

# VvAA internationaal 2019

## Inhoudsopgave

### **Algemene bepalingen**

Deel A Algemene bepalingen  
Deel A Begripsomschrijvingen

### **Hoofdverzekering**

#### **VvAA basis internationaal**

Deel B Omvang dekking  
Deel C Zorgdiensten

### **Aanvullende verzekering**

#### **VvAA start internationaal**

Deel B Omvang dekking  
Deel C Zorgdiensten

#### **VvAA plus internationaal**

Deel B Omvang dekking  
Deel C Zorgdiensten

#### **VvAA optimaal internationaal**

Deel B Omvang dekking  
Deel C Zorgdiensten

#### **VvAA top internationaal**

Deel B Omvang dekking  
Deel C Zorgdiensten

# Deel A Algemene bepalingen

## VvAA internationaal

---

### **INHOUDSOPGAVE**

#### **BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN**

Artikel 1

#### **GRONDSLAG VAN DE (AANVULLENDE) VERZEKERING(EN)**

Artikel 2

#### **VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERDE**

Artikel 3

#### **OVERIGE BEPALINGEN**

Artikel 4	Verzwijging en fraude
Artikel 5	Betalingsverplichtingen
Artikel 6	Melding relevante gebeurtenissen
Artikel 7	Herziening van premie of voorwaarden
Artikel 8	Wijziging van de aanvullende verzekering
Artikel 9	Begin en einde van de (aanvullende) verzekering(en)
Artikel 10	Geschillen
Artikel 11	Registratie van persoonsgegevens
Artikel 12	Uitsluitingen
Artikel 13	Materieel controleren
Artikel 14	Elektronische communicatie

## 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).

#### **Aanvullende verzekering**

De verzekering die u aanvullend op de VvAA basis internationaal of aanvullend op de zorgverzekering volgens het sociale verzekeringsstelsel in België, Duitsland of Frankrijk kunt sluiten.

#### **Alternatieve geneeswijzen**

Door de reguliere geneeskunde niet erkende behandelingen of onderzoeksmethoden gericht op genezing of behandeling van een ziekte. Het 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) heeft en wordt toegepast binnen de antroposofische geneeskunde.

#### **Arts**

Een arts geregistreerd volgens de Wet BIG.

#### **Behandelaar**

In Nederland:

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](http://www.vvaa.nl/zorgverzekering). De beroepsgroep dient de zorg als gebruikelijk te aanvaarden. De officiële of de binnen een beroepsgroep algemeen gebruikelijke tarieven bepalen het uit te keren bedrag. Normtarieven van een beroepsorganisatie zijn leidend.

Buiten Nederland:

Bij zorg buiten Nederland dient de zorgverlener te zijn ingeschreven in de door de overheid van het land, waar de verzekerde zijn woon- en/of verblijfplaats heeft, gehanteerde registers. Als er van overheidswege geen register is, dient de zorgverlener ingeschreven te staan in het register van de in dat land erkende beroepsgroep. De zorg die wordt verleend, dient in de beroepsgroep als gebruikelijk te worden aanvaard en dient te worden berekend volgens de in dat land geldende officiële en gebruikelijke tarieven.

#### **Buitenland**

Ieder ander land dan het woonland.

#### **Complexe multimorbiditeit**

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 zijn nogal eens anders dan verwacht.

#### **Dagbehandeling**

Opname korter dan 24 uur.

#### **DBC**

Diagnose Behandeling Combinatie. Een DBC omschrijft door een code het geheel van onderzoek en behandeling van zorgverleners voor een zorgvraag.

#### **DBC-zorgproduct**

Een DBC-zorgproduct is een declarabele prestatie binnen de medisch-specialistische zorg. Een DBC-zorgproduct omschrijft de prestaties (onderzoek en behandeling) van zorgverleners voor een zorgvraag. Een DBC-zorgproduct wordt geopend vanaf het eerste consult en sluit na maximaal 120 dagen.

De sluitdatum wordt bepaald door de volgende factoren: klinisch of niet-klinische zorg, operatieve of conservatieve behandeling, een nieuwe zorgvraag of vervolgtraject van een zorgvraag. De prestaties worden onderscheiden in DBC-zorgproducten en overige zorgproducten. Alleen Nederlandse ziekenhuizen werken met DBC-zorgproducten.

Medisch-specialistische zorg verleend door ziekenhuizen buiten Nederland vertaalt de zorgverzekeraar naar (een) Nederlands(e) DBC-zorgproduct(en) (zie artikel 1 van deel B).

#### **Eerstelijns psychologische zorg**

Diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut is niet nodig.

#### **Geregistreerd geneesmiddel**

Geneesmiddel dat in Nederland 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. U kunt de geneesmiddeleninformatiebank van het CBG raadplegen op [www.cbg-meb.nl](http://www.cbg-meb.nl).

#### **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 die geneeskundige specialistische ggz levert in verband met een psychiatrische aandoening en daarvoor wettelijk is toegelaten.

#### **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).

#### **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).

#### **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).

#### **Kwetsbaarheid**

Een gelijktijdige afname op meer 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.

#### **Medisch adviseur**

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

#### **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.

#### **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, gedragswetenschappelijk 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.

**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 uw lichaam, van buitenaf en buiten uw wil, waardoor medisch aantoonbaar fysiek letsel is veroorzaakt.

**Onvoorziene behandeling**

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

**Opname**

Opname in een ziekenhuis, ggz-instelling of medisch-specialistische revalidatie-instelling, als medisch gezien verpleging, onderzoek en behandeling alleen in een ziekenhuis, ggz-instelling of revalidatie-instelling kunnen worden geboden, terwijl behandeling door een medisch specialist of kaakchirurg noodzakelijk is.

**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).

**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.

**(Premie)vervaldag**

De dag waarop een premie, eigen risico, eigen bijdrage of vergelijkbaar bedrag aan de zorgverzekeraar verschuldigd is.

**Preventief medisch onderzoek**

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

**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).

**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).

**U**

De verzekerde voor wie de verzekering is gesloten.

**Verblijf**

Opname met een duur van 24 uur of langer.

**Verzekerde**

De op het polisblad als verzekerde vermelde persoon.

**Verzekering**

De VvAA basis internationaal.

**Verzekeringnemer**

De persoon die de verzekering met de zorgverzekeraar is aangegaan.

**Wet BIG**

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg

**Wlz**

De Wet langdurige zorg (Wlz) regelt zorg voor kwetsbare ouderen en voor mensen die door een beperking blijvend 24 uur per dag zorg nodig hebben. Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) stelt het recht op zorg vast.

**Wmo**

De Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) is een voorziening waarin de toegang tot en financiering van een aantal hulpvragen en voorzieningen wordt geregeld, zoals de kosten van hulp bij het huishouden, aanpassingen in de eigen woning zoals een traplift of verhoogd toilet, maaltijdverzorging en langdurig gebruik van een rolstoel.

**Woonland**

Het land waar u uw woonplaats heeft.

**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 te Houten.

**Zorgverzekering**

Een verzekering voor vergoeding van – de kosten van – zorg gelijkwaardig aan de VvAA basis internationaal.

**GRONDSLAG VAN DE (AANVULLENDE) VERZEKERING(EN)****Artikel 2**

- lid 1 De verzekering en (een) eventuele aanvullende verzekering(en) zijn gebaseerd op het ingevulde aanvraagformulier en gegevens die door u of de verzekeringnemer afzonderlijk zijn verstrekt.
- lid 2 U heeft alleen aanspraak op vergoeding van kosten als sprake is van een medische noodzaak. Dit wordt mede bepaald door doelmatigheid en kwaliteit van de zorg(diensten). De zorg(dienst) mag niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.
- lid 3 U heeft – met inachtneming van deze polisvoorwaarden – recht op vergoeding van zorgkosten gemaakt tijdens de looptijd van de verzekering. De behandel- of leveringsdatum is bepalend, dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Betreft de nota een DBC of DBC-zorgproduct van een Nederlandse zorginstelling voor medisch-specialistische zorg, dan worden de kosten alleen vergoed als de aanvangsdatum van de DBC of het DBC-zorgproduct binnen de looptijd van de verzekering ligt. Heeft de nota betrekking op medisch-specialistische zorg buiten Nederland, dan worden de kosten alleen vergoed als de behandeldatum van de betreffende zorg binnen de looptijd van de verzekering ligt.
- lid 4 U kunt kosten van zorg declareren bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten die gedekt zijn door de verzekering, 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 betalingsverplichtingen 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. U mag het recht op vergoeding van zorgkosten niet zonder toestemming van de zorgverzekeraar aan iemand anders overdragen.
- lid 5 De zorgverzekeraar kan bedragen die zijn voorgeschoten verrekenen met volgende uitkeringen op grond van uw verzekering. Als verrekening niet mogelijk is, stuurt de zorgverzekeraar u een nota.
- lid 6 Als de zorgverzekeraar meer vergoedt dan gedekt is op de verzekering, 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:
1. de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname of behandeling bekend te maken aan de medisch adviseur, als deze daarom vraagt, met inachtneming van de privacyregelgeving;
  2. aan de zorgverzekeraar, de medisch adviseur of degene belast met de controle, medewerking te (laten) verlenen tot het verkrijgen van de gewenste informatie, met inachtneming van de privacyregelgeving;
  3. 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;
  4. per verzekerde het declaratieformulier duidelijk gespecificeerd naar ziekte/aandoening en behandeling in te vullen, met als bijlagen de betreffende nota's;
  5. bij geneesmiddelen per geneesmiddel aan te geven:
    - voor welke ziekte/aandoening het geneesmiddel is voorgeschreven,
    - hoeveel stuks en hoeveel mg of ml,
    - de gebruiksintensiteit van het geneesmiddel;
  6. nota's voor opname in een ziekenhuis, ggz-instelling of revalidatie-instelling te voorzien van:
    - de diagnose van de behandelend arts
    - het behandel- of operatieverslag.

Desgewenst kunt u de medische gegevens insturen ter attentie van de medisch adviseur van de zorgverzekeraar.

- lid 2 U moet de originele nota's binnen 36 maanden na de behandel- of leveringsdatum indienen bij de zorgverzekeraar. 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 afwickelen. 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 (duidelijke) afbeelding van de 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 het origineel tijdens deze termijn bij u opvragen.

- lid 4 Het niet nakomen van (één van) bovengenoemde verplichtingen kan leiden tot het niet vergoeden van de betreffende kosten of tot vertraging in de behandeling van de betreffende nota('s).

## 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 verzekering, 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 of 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](http://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 10, lid 3;
  - heeft de zorgverzekeraar het recht om de verzekering te beëindigen per de datum waarop fraude werd gepleegd.
- lid 4 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 de verzekering of een aanvullende verzekering met kennis van de werkelijke stand van zaken een (aanvullende) verzekering met minder dekking was aangeboden, wordt een schadeclaim beoordeeld volgens deze dekking.

## Artikel 5 Betalingsverplichtingen

- lid 1 De verzekeringnemer is premie voor de (aanvullende) verzekering(en) verschuldigd. De premie is leeftijdsafhankelijk, en wordt verhoogd als u in een hogere leeftijdscategorie komt te vallen. De wijziging gaat in op de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin men de betreffende leeftijd bereikt. De premie is vermeld op de premietabel, die onderdeel uitmaakt van de voorwaarden van de verzekering. De verzekeringnemer moet de premie en de in lid 3 bedoelde toeslag op de overeengekomen wijze vooruit te betalen. De verzekeringnemer mag de te betalen premie niet verrekenen met van de zorgverzekeraar te vorderen vergoedingen.
- lid 2 Als de verzekeringnemer niet tijdig – de premie, niet verzekerde kosten, eigen risico's of eigen bijdragen betaalt, kan de zorgverzekeraar hem na de (premie)vervaldag schriftelijk aanmanen tot betaling. Daarbij wijst de zorgverzekeraar erop dat bij het niet betalen binnen de gestelde termijn de (aanvullende) verzekering wordt beëindigd. De verzekeringnemer blijft verplicht het verschuldigde te voldoen.
- 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 3 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 4 Niet verzekerde kosten, eigen risico's en eigen bijdragen die als gevolg van rechtstreekse betaling aan een zorgverlener zijn voorgeschoten, moet de verzekeringnemer terugbetalen.
- lid 5 De zorgverzekeraar kan een jaarlijks te bepalen toeslag in rekening brengen op de premie. De hoogte van de toeslag is vermeld op de premietabel, die onderdeel uitmaakt van de voorwaarden van de verzekering.
- lid 6 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.

## Artikel 6 Melding relevante gebeurtenissen

Voor u of de verzekeringnemer geldt de verplichting de gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de (aanvullende) verzekering(en) van betekenis kunnen zijn binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar te melden. Voorbeelden hiervan zijn verhuizing, echtscheiding, geboorte en overlijden.

Schriftelijke berichten aan u of de verzekeringnemer verzendt de zorgverzekeraar naar het laatst bekende adres.



## Artikel 7 Herziening van premie of voorwaarden

- lid 1 De zorgverzekeraar kan de voorwaarden en/of de premie van de (aanvullende) verzekering(en) 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.
- lid 2 Als de verzekeringnemer niet akkoord gaat met de wijziging, kan hij de (aanvullende) verzekering(en) per de wijzigingsdatum beëindigen. De zorgverzekeraar moet de melding van beëindiging schriftelijk ontvangen uiterlijk 1 maand nadat de verzekeringnemer de mededeling van de wijziging heeft ontvangen. Als de zorgverzekeraar dan niets heeft vernomen, loopt (lopen) de (aanvullende) verzekering(en) door op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.
- lid 3 Een collectiviteitkorting op de (aanvullende) verzekering(en) vervalt als niet meer wordt voldaan aan de voorwaarden in de collectieve verzekeringsovereenkomst. De (aanvullende) verzekering(en) loopt dan door op individuele voorwaarden. De voorwaarden van de collectieve verzekeringsovereenkomst zijn op te vragen bij de contractant (bijvoorbeeld de werkgever).

## Artikel 8 Wijziging van de aanvullende verzekering

- lid 1 De verzekeringnemer kan met ingang van 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 Bij wijziging zoals bedoeld in lid 1 en 2 geldt het volgende. Een vergoeding volgens een andere aanvullende verzekering wordt in mindering gebracht op de vergoeding van de betreffende aanspraak volgens de gekozen verzekering.

## Artikel 9 Begin en einde van de (aanvullende) verzekering(en)

- lid 1 De ingangsdatum van de verzekering is de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek tot het sluiten van de verzekering heeft ontvangen. Op verzoek van de verzekeringnemer kan dit ook een latere dag zijn. De ingangsdatum is op het polisblad vermeld. De ingangsdatum van een aanvullende verzekering is 1 januari na ontvangst van de aanvraag (indien gezondheidsvragen worden gesteld als acceptatie akkoord is).
- Vanaf 1 januari volgend op de ingangsdatum vindt ieder jaar verlenging plaats voor de duur van 1 kalenderjaar, tenzij de zorgverzekeraar uiterlijk op 31 december een schriftelijke opzegging heeft ontvangen.
- lid 2 De zorgverzekeraar heeft niet het recht de (aanvullende) verzekering(en) te beëindigen, tenzij sprake is van verzwijging of fraude (artikel 4) of wanbetaling (artikel 5, lid 2).
- lid 3 Als de (aanvullende) verzekering(en) ingaat binnen 1 maand nadat de vorige verzekering is geëindigd door opzegging per 1 januari of door wijziging van de voorwaarden of premie, is de ingangsdatum de dag waarop de vorige verzekering is geëindigd.
- lid 4 De verzekeringnemer heeft het recht de verzekering(en) voor een verzekerde te beëindigen met ingang van de dag waarop die verzekerde verzekeringsplichtig wordt volgens de Zorgverzekeringswet.
- De verzekeringnemer heeft het recht de verzekering(en) te beëindigen als de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft laten weten dat de zorgverzekeraar medische gegevens over de verzekeringnemer of verzekerde heeft bekeken die niet voor de zorgverzekeraar bestemd waren, zoals in een elektronisch patiëntendossier. De opzegging moet binnen 6 weken na het bericht van de NZa door de zorgverzekeraar zijn ontvangen.

## 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 om heroverweging. U richt dit verzoek aan de Klachtenservice van de zorgverzekeraar. Het voorgaande geldt ook voor de verzekeringnemer.

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 het geschil of de klacht over de verzekering voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. 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, tenzij u of de verzekeringnemer voor het begin van de procedure kenbaar heeft gemaakt geen bindend advies te willen.

#### **Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen**

Postbus 291, 3700 AG Zeist

Telefoon: 088 900 69 00

E-mail: [info@skgz.nl](mailto:info@skgz.nl)

Internet: [www.skgz.nl](http://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 1 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 13 maanden na uw verzoek om heroverweging indienen.
- Wilt u een geschil bij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen voorleggen? Dit kan tot 1 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 1 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 3 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 Klachtenservice van de zorgverzekeraar en, in tweede instantie, tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen.

lid 5 Klachten over formulieren van de zorgverzekeraar kunt u of 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](mailto:informatielijn@nza.nl)

Internet: [www.nza.nl](http://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 zij deze op in haar persoonsregistratie. 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 Algemene verordening gegevensbescherming

(AVG) 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](http://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 VvAA, Postbus 168, 3990 DD Houten, of via telefoonnummer 030 639 64 00, of via het contactformulier op [www.vvaa.nl/zorgverzekering](http://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 Incidenten waarschuwingssysteem Financiële Instellingen. Op grond van dit protocol kunnen wij 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 van toepassing. Meer informatie vindt u op [www.stichtingcis.nl](http://www.stichtingcis.nl). U kunt het reglement ook aanvragen bij het VvAA service center.
- lid 4 Voor het uitvoeren van de (aanvullende) verzekering 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 de 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 moeten het BSN gebruiken in hun communicatie. De zorgverzekeraar gebruikt bij contacten met deze partijen ook het BSN.

## Artikel 12 Uitsluitingen

- lid 1 De verzekering biedt geen dekking voor kosten van:
1. griepvaccinatie;
  2. alternatieve geneeswijzen;
  3. geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
  4. kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgas voor verloskundige zorg;
  5. prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, tenzij u hiervoor een medische indicatie heeft;
  6. zorg die valt onder de aanspraken op grond van de Wlz of de Wmo, ongeacht of u Wlz/Wmo-gerechtigd bent;
  7. eigen bijdragen volgens de Wlz, Wmo of in verband met bevolkingsonderzoek;
  8. aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet of in verband met sportbeoefening), attesten en vaccinaties;
  9. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg voor vrouwelijke verzekerden van 43 jaar of ouder;
  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. niet nagekomen afspraken;
  12. incasso – al of niet via een rechtszaak – als u een nota niet – tijdig – betaalt aan een zorgverlener;
  13. schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of mouterij volgens artikel 3:38 Wet op het financieel toezicht;
  14. 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.
- lid 2 Deze verzekering biedt geen dekking indien – als deze verzekering niet zou bestaan – aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op vergoeding volgens een andere verzekering – al dan niet van een oudere datum – of volgens een wettelijke regeling. Indien aanspraak kan worden gemaakt op een andere verzekering – al dan niet van een oudere datum – of volgens een wettelijke regeling, dan is de dekking die deze verzekering biedt een excedent dekking.
- lid 3 De aanvullende verzekeringen bieden, naast de in lid 1 onder 5 t/m 14 en lid 2 vermelde uitsluitingen, geen dekking voor kosten van:
1. eigen bijdragen volgens een (buitenlandse) wettelijke regeling die niet in deel B als dekking zijn

- omschreven;
2. zorg die niet vergoed wordt op een voor u afgesloten 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.

lid 4 Voor verzekerden die Nederlands ingezetene zijn, geldt het volgende.  
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.

Voor verzekerden die geen Nederlands ingezetene zijn, zijn de kosten van schade door terrorisme uitgesloten van de dekking van de (aanvullende) verzekering.

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.

### Artikel 13 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 14 Elektronische communicatie

lid 1 Als u of de verzekeringnemer langs elektronische weg contact opneemt met de zorgverzekeraar, dan kan de zorgverzekeraar mededelingen ook langs deze weg aan u doen. Waar in de verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk', wordt in die situatie ook verstaan 'per e-mail'. Onder 'adres' wordt in die situatie verstaan 'e-mailadres'.

lid 2 Als u of de verzekeringnemer ons 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, Verzekerdenadministratie, Postbus 168, 3990 DD Houten;
- via het contactformulier op [www.vvaa.nl/zorgverzekering](http://www.vvaa.nl/zorgverzekering).

# Deel B Omvang Dekking

## VvAA basis internationaal 2019

---

### INHOUDSOPGAVE

Artikel 1	Restitutiebasis
Artikel 2	Eigen risico
Artikel 3	Huisartsenzorg
Artikel 4	Medisch-specialistische zorg
Artikel 5	Medisch-specialistische verpleegkundige zorg
Artikel 6	Geboortezorg
Artikel 7	Medisch-specialistische revalidatie
Artikel 8	Orgaantransplantatie
Artikel 9	Dialysezorg
Artikel 10	Mechanische beademing
Artikel 11	Oncologische aandoeningen
Artikel 12	Trombosedienst
Artikel 13	Erfelijkheidsonderzoek en -adviesing
Artikel 14	Audiologische zorg
Artikel 15	Paramedische zorg
Artikel 16	Mondzorg
Artikel 17	Farmaceutische zorg
Artikel 18	Hulpmiddelenzorg
Artikel 19	Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer
Artikel 20	Eerstelijns psychologische zorg
Artikel 21	Gespecialiseerde ggz
Artikel 22	Preventieve zorg
Artikel 23	Hulpdienst en repatriëring

## Artikel 1 Restitutiebasis

- lid 1 De VvAA basis internationaal biedt aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg en overige diensten als hierna omschreven. Daarbij bent u vrij in de keuze van zorgverlener. De zorgverlener moet wel voldoen aan de geldende (kwaliteits)wetgeving.
- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal:
1. het tarief overeengekomen tussen de zorgverlener en de zorgverzekeraar,
  2. als er geen contract is, het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of
  3. als er geen Wmg-tarief bestaat, een in Nederland geldend 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 zorgaanbieders in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.
- lid 3 Buiten Nederland genoten medisch-specialistische zorg wordt voor de toepassing van het vorige lid vertaald naar het passende Nederlandse DBC-zorgproduct.
- lid 4 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 2 Eigen risico

- lid 1 Voor de VvAA basis internationaal kunt u kiezen voor een eigen risico. De zorgverzekeraar brengt het eigen risico in mindering op vergoedingen vanuit de VvAA basis internationaal. Het gekozen eigen risico is vermeld op het polisblad. De andere eigen risico bedragen die u kunt kiezen, staan vermeld in de premietabel die onderdeel uitmaakt van voorwaarden van de VvAA basis internationaal.
- lid 2 Kosten die niet onder de dekking van de VvAA basis internationaal vallen, tellen niet mee voor het vol maken van het eigen risico.
- lid 3 Als de VvAA basis internationaal in de loop van een kalenderjaar ingaat of eindigt, berekent de zorgverzekeraar het eigen risico door het geldende eigen risico te vermenigvuldigen met het aantal dagen waarop de verzekering liep of zal lopen, 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 door het geldende eigen risico te vermenigvuldigen met het aantal dagen waarover volwassenenpremie wordt betaald, gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.
- De uitkomsten van deze berekeningen worden afgerond op hele euro's.
- lid 4 Voor medisch-specialistische zorg zoals omschreven in artikel 4, verleent in een Nederlandse zorginstelling, geldt dat voor de verrekening van het eigen risico een DBC of DBC-zorgproduct wordt toegerekend aan het jaar waarin de DBC of het DBC-zorgproduct wordt geopend. Voor medisch-specialistische zorg buiten Nederland geldt, dat voor de verrekening van het eigen risico de kosten van de nota worden toegerekend aan het jaar waarin de behandeldatum van de betreffende nota valt.

## Artikel 3 Huisartsenzorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg zoals huisartsen in het woonland die plegen te bieden. Een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgaanbieder, werkzaam onder de verantwoordelijkheid van een huisarts, verleent de zorg. Huisartsenzorg omvat ook daarmee samenhangend (laboratorium)onderzoek.

## Artikel 4 Medisch-specialistische zorg

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Een medisch specialist verleent de zorg. Voor vergoeding is noodzakelijk dat u voor aanvang van de zorg een verwijzing heeft van een huisarts, jeugdarts of bedrijfsarts, behalve bij onvoorziene 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 2019* dan vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van zorg alleen als zij voor aanvang van de zorg toestemming heeft gegeven. U kunt deze lijst aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op [www.vvaa.nl/zorgverzekering](http://www.vvaa.nl/zorgverzekering). In Nederland kan uw zorgverlener doorgaans deze 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 maximaal 365 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

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

#### **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. Daarnaast vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van 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 die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
3. verlamde of verslakte 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 gehemeltepleten, 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 1e, 2e en 3e 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 1e of 2e ivf-poging jonger bent dan 38 jaar, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten alleen als niet meer dan 1 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 1 of 2 embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.

Bijzonderheden:

1. Een icsi (intracytoplasmatische sperma-injectie)-behandeling met een ivf-behandeling, al dan niet met gebruikmaking van eiceldonatie, wordt gelijk gesteld aan een ivf-poging. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de eiceldonatie;
2. De aanspraak op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen, verband houdend met de 1e, 2e en 3e poging ivf maakt onderdeel uit van artikel 4 Medisch-specialistische zorg- en niet van artikel 17 Farmaceutische zorg;
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 12 weken zwangerschap vanaf de laatste menstruatie bij een fysiologische zwangerschap. Voor de zwangerschapsduur bij ivf betekent dat tien weken na het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel 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 4 dagen korter, dus in totaal 9 weken en 3 dagen;
5. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap – spontaan of na een ivf – geldt als nieuwe eerste poging.

lid 3

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor:

1. abdominoplastiek (buikwandcorrectie), tenzij sprake is van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminkingen als gevolg van

- 2. een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- 2. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een – gehele of gedeeltelijke – borstamputatie en bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij vastgestelde transsexualiteit (man-vrouw transgenders);
- 3. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- 4. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek (reconstructie van de huid);
- 5. behandelingen gericht op sterilisatie (zowel man als vrouw);
- 6. behandelingen gericht op het ongedaan maken van sterilisatie (zowel man als vrouw).

lid 4 Voor vergoeding van kosten voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg geldt niet dit artikel, maar artikel 21. 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 20 en 21, maar vallen ze onder het DBC-zorgproduct van de medisch-specialistische zorg.

lid 5 De aanspraak voor mondzorg door de kaakchirurg is omschreven in artikel 16.

## Artikel 5 Medisch-specialistische verpleegkundige zorg

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. De zorgverzekeraar vergoedt deze kosten als de verpleegkundige zorg medisch noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg, aansluitend op, of in plaats van, opname in een ziekenhuis. Een verpleegkundige of verpleegkundig specialist verleent de zorg. De zorg omvat niet: verpleegkundige zorg die gepaard gaat met verblijf.

lid 2 Er bestaat alleen aanspraak op vergoeding van kosten als de zorgverzekeraar voor aanvang van de zorg toestemming heeft gegeven. Bij de aanvraag voor toestemming dient een behandelplan van de medisch specialist te worden ingediend. In dit behandelplan is de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking vermeld, de bij de behandeling te betrekken disciplines en de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

lid 3 Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van persoonlijke verzorging, thuisbeademing, palliatieve terminale zorg, intensieve zorg voor kinderen met een somatische aandoening, casemanagement en preventie.

## Artikel 6 Geboortezorg

Als vrouwelijke verzekerde heeft u aanspraak op vergoeding van de hierna genoemde kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg.

lid 1 Bij bevalling in een ziekenhuis vergoedt de zorgverzekeraar:

- de kosten van ziekenhuisopname volgens artikel 4, lid 2a;
- de kosten van verloskundige en andere medisch-specialistische zorg, alsmede de bijkomende kosten.

Verlaat u als moeder het ziekenhuis binnen acht dagen vanaf de dag van bevalling, dan ontvangt u een tegemoetkoming in de kosten voor kraamzorg. Deze tegemoetkoming bedraagt € 200,- voor elke dag dat u minder dan acht dagen in het ziekenhuis verblijft (dus maximaal € 1.600,-). Voor deze tegemoetkoming gaat de zorgverzekeraar uit van het aantal door het ziekenhuis in rekening gebrachte opnamedagen. Dit bedrag kan naar eigen keuze worden besteed.

lid 2 Bij bevalling in een geboortecentrum, polikliniek of thuis, vergoedt de zorgverzekeraar:

- het honorarium voor verloskundige zorg door de medisch specialist, huisarts of verloskundige;
- de kosten van gebruik polikliniek;
- de kraamzorgkosten in het geboortecentrum.

Verlaat u als moeder het geboortecentrum binnen acht dagen vanaf de dag van bevalling, dan ontvangt u een tegemoetkoming in de kosten voor kraamzorg. Deze tegemoetkoming bedraagt € 200,- voor elke dag dat u minder dan acht dagen in het geboortecentrum verblijft (dus maximaal € 1.600,-). Voor deze tegemoetkoming gaat de zorgverzekeraar uit van het aantal door het geboortecentrum in rekening gebrachte verblijfdagen.

Bij bevalling in een polikliniek of thuis ontvangt de moeder als tegemoetkoming in de kosten van kraamzorg € 200,- per dag gedurende maximaal acht dagen (maximaal € 1.600,-).

lid 3 Als na een bevalling, als genoemd onder lid 2, binnen acht dagen alsnog een medische noodzaak voor ziekenhuisopname ontstaat, bestaat vanaf dat moment recht op vergoeding zoals vermeld in lid 1.



- lid 4 Als de bevalling plaatsvindt in Nederland kunt u in plaats van de tegemoetkoming in de kosten kiezen voor door de zorgverzekeraar geregelde kraamzorg. Het geboortecentrum of kraambureau indiceert op grond van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg aan welke kraamzorg u en uw kind behoefte hebben. In overleg met de zorgverzekeraar wordt dan het aantal uren kraamzorg vastgesteld en toegekend. Bij deze kraamzorg thuis geldt een eigen bijdrage van € 4,40 per uur. Meer informatie over kraamzorg en de aanvraagprocedure daarvoor kunt u nalezen in deel C (Zorgdiensten). Als u ervoor kiest om de zorgverzekeraar de kraamzorg voor u te laten regelen, vervalt de tegemoetkoming in kosten van kraamzorg zoals beschreven in lid 1 en lid 2.

## Artikel 7 Medisch-specialistische revalidatie

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor medisch-specialistische revalidatie als:
1. 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
  2. u met deze zorg een mate van zelfstandigheid kunt bereiken of behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.
- lid 2 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 3 Er bestaat alleen aanspraak op vergoeding van kosten als de zorgverzekeraar voor aanvang van de zorg toestemming heeft gegeven. Bij de aanvraag voor toestemming dient een behandelplan te worden ingediend. In dit behandelplan is de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking vermeld, de bij de behandeling te betrekken disciplines en de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.
- lid 4 Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van geriatrische revalidatie. Dit is de integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten-ouderengeneeskunde die plegen te bieden aan ouderen waarbij sprake is van kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid. In Nederland wordt deze zorg geleverd in een daarvoor toegelaten instelling met een gespecialiseerde afdeling ingericht voor het leveren van geriatrische revalidatiezorg.

## Artikel 8 Orgaantransplantatie

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor transplantatie van de volgende weefsels en organen: beenmerg, bot, hoornvlies, huidweefsel, nier, hart, lever (orthotoop), long, hart/long, nier/pancreas. De zorgverzekeraar vergoedt ook de kosten van de medisch-specialistische 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 preservatie, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal in verband met de voorgenomen transplantatie.
- lid 2 De donor heeft aanspraak op vergoeding van 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. Deze aanspraak betreft alleen kosten van verleende zorg die verband houdt met die opname.
- De donor zonder zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet, heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van het vervoer binnen het woonland van de verzekerde in de laagste klasse van een openbaar vervoermiddel voor de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en voor de zorg, bedoeld in dit lid. Als dit medisch noodzakelijk is, kan dit vervoer ook per auto plaatsvinden.
- lid 3 Als een donor, die geen zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet heeft, buiten uw woonland woont en er transplantatie plaatsvindt van een nier, beenmerg of lever in uw woonland, dan vergoedt de zorgverzekeraar ook de kosten van het vervoer van de donor naar uw woonland 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 een ander land dan uw woonland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in uw woonland en eventuele gederfde inkomsten.

- lid 4 Aanspraak op de vergoeding van kosten volgens dit artikel bestaat alleen na toestemming vooraf door de zorgverzekeraar. De kosten van transplantaties van andere, niet genoemde, organen en weefsels vallen niet onder de dekking.

## Artikel 9 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 thuisdialyse samenhangen. Deze kosten vallen echter onder de hulpmiddelenzorg en worden vergoed volgens artikel 20 van het Reglement Hulpmiddelen.

## Artikel 10 Mechanische beademing

Aanspraak bestaat op vergoeding van 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 11 Oncologische aandoeningen

### lid 1 Oncologische aandoeningen bij kinderen

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

### lid 2 MammaPrint en Oncotype DX

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van MammaPrint en 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.

## Artikel 12 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 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](http://www.vvaa.nl/zorgverzekering).

### Artikel 13 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. De zorgverzekeraar vergoedt alleen de kosten die ten behoeve van uzelf worden gemaakt.

### Artikel 14 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 tot 7 jaar.

### Artikel 15 Paramedische zorg

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de in dit artikel omschreven kosten van zorg zoals fysiotherapeuten, oefentherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten die plegen te bieden. De zorgverzekeraar vergoedt geen extra kosten voor behandeling buiten de reguliere werktijden.

Als de behandeling in Nederland plaatsvindt, geldt het volgende:

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

#### 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.

Als u 18 jaar of ouder bent, worden de kosten van de eerste 9 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 (etalagebenen), 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.
- bij COPD in GOLD-stadium II of hoger:
  - klasse A eenmalig maximaal 5 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie gedurende maximaal 12 maanden;
  - klasse B maximaal 27 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie in de eerste periode van maximaal 12 maanden, daarna maximaal 3 behandelingen per 12 maanden;
  - klasse C en D maximaal 70 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie in de eerste periode van maximaal 12 maanden, daarna maximaal 52 behandelingen per 12 maanden.

Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen via [www.vvaa.nl/zorgverzekering](http://www.vvaa.nl/zorgverzekering) (*Lijst chronische fysio- en oefentherapie 2019*).

- 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 9 behandelingen door een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut of oefentherapeut Mensendieck / oefentherapeut Cesar per indicatie per kalenderjaar. Als na 9 behandelingen nog geen toereikend resultaat is bereikt vergoedt de zorgverzekeraar voor deze verzekerden de kosten van maximaal 9 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 10 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. De kosten van behandeling van taalontwikkelingsstoornissen bij dialect of anderstaligheid worden niet vergoed.
- lid 6 **Diëtetiek**  
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel door een diëtist. De zorgverzekeraar vergoedt maximaal 4 behandeluren per kalenderjaar.

## Artikel 16 Mondzorg

- lid 1 **Algemene tandheelkunde**
1. De zorgverzekeraar vergoedt de volgende kosten gezamenlijk tot een maximum van € 340,- per verzekerde per kalenderjaar:
    - voor verzekerden tot 18 jaar de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten). De zorg wordt verleend door een tandarts (in geval van tandprothetische voorzieningen kan ook een tandprotheticus de hulp verlenen);
    - voor verzekerden tot 18 jaar de bijdrage aan een jeugdtandverzorgingsdienst;
    - voor verzekerden tot 23 jaar 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. De noodzaak van deze zorg moet zijn vastgesteld voordat u de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.
  2. Aanspraak bestaat (ongeacht leeftijd) op vergoeding van de kosten van tandheelkundige behandeling als een lichamelijke aandoening of een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. U heeft alleen aanspraak op deze vergoeding als:
    - de behandeling plaatsvindt in een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum,
    - de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist, en
    - de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend. Bij de aanvraag voor toestemming dient een behandelplan te worden ingediend. Bij de toestemming kan de zorgverzekeraar nadere voorwaarden stellen.
- lid 2 **Kaakchirurgie**  
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van kaakchirurgische behandeling door een kaakchirurg.

- lid 3 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van opname in een ziekenhuis in verband met chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard 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.

- lid 4 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van tandheelkundige implantaten en het inbrengen daarvan in de kaak, als:

- de behandeling wordt uitgevoerd door een kaakchirurg;
- bij u sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak;
- het implantaat dient voor bevestiging van een volledige uitneembare prothese;
- de voorgestelde behandeling doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is;
- de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.

De zorgverzekeraar vergoedt alleen het honorarium van de kaakchirurg en de bijkomende ziekenhuiskosten. Niet vergoed worden de kosten van het aanbrengen van de suprastructuur op implantaten en van de (overkappings)prothese. De suprastructuur is het gedeelte op het implantaat dat boven het tandvlees zit.

- lid 5 **Kaakorthopedie**

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van kaakorthopedische behandeling door een orthodontist op aan de zorg voorafgaande verwijzing van de huisarts of tandarts als sprake is van:

- een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet;
- een kaakorthopedische afwijking in boven- en/of onderkaak die alleen door een chirurgische behandeling kan worden gecorrigeerd en waarbij een kaakorthopedische voor- of nabehandeling noodzakelijk is;
- een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lichamelijke ontwikkelingsstoornis, waarbij 1 van de symptomen is een teveel aan gebitselementen met vertraagde of verstoorde doorbraak.

## Artikel 17 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 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 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.
  - d. artikel 40, lid 3, onder c Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een ander land en binnen Nederland zijn gebracht, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder 1 dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder(s) van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, lid 1, onder fff, van die wet, of
  - e. artikel 52, lid 1, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder 1 dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder(s) van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens

de verordening, bedoeld in artikel 1, lid 1, onder fff, van die wet.

Onder rationale 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 apotheekhoudend huisarts. Een dieetpreparaat kan ook geleverd worden door een gespecialiseerde leverancier.

Het kan zijn dat in het land waar u verblijft een geneesmiddel als bedoeld in lid 1 onder 1, 2 of 3 niet beschikbaar is of dat – in plaats van een geneesmiddel als bedoeld in lid 1 onder 1, 2 of 3 – een gelijkwaardig geneesmiddel in de gebruikelijke zorg wordt toegepast. In dat geval vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van het gelijkwaardige geneesmiddel. Als het gaat om een geneesmiddel dat gelijkwaardig is aan een geneesmiddel opgenomen in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten alleen als wordt voldaan aan de in deze bijlage genoemde indicatievoorwaarden.

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](http://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 3 maanden, bij een geneesmiddel voor behandeling van een chronische ziekte, met uitzondering van hypnotica (slaapmiddelen) en anxiolytica (middelen die angst verminderen);
- d. maximaal 1 jaar, bij orale anticonceptiva;
- e. maximaal 1 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 1 maand bij hypnotica en anxiolytica;
- g. maximaal 1 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.

- lid 4 Bij in de Regeling zorgverzekering genoemde zelfzorggeneesmiddelen voor chronisch gebruik vergoedt de zorgverzekeraar niet de kosten van het gebruik gedurende de eerste 15 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 6 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:

- de geneesmiddelen bedoeld in lid 1 onder 2b en 2c van dit artikel;
- de dieetpreparaten bedoeld in lid 1 onder 3 van dit artikel;
- 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 2019*. Een actuele versie van dit document kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op [www.vvaa.nl/zorgverzekering](http://www.vvaa.nl/zorgverzekering).

De zorgverzekeraar vergoedt eenmaal per kalenderjaar medicatiebeoordeling chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik zonder toestemming vooraf. Voor vergoeding van een 2e 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.

## Artikel 18 **Hulpmiddelenzorg**

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten of verstrekking in bruikleen van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, als genoemd in het Reglement Hulpmiddelen. In dat reglement 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](http://www.vvaa.nl/zorgverzekering).

In afwijking van het Reglement Hulpmiddelen vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van pessaria en koperhoudende spiraaltjes voor verzekerden van alle leeftijden.

lid 2 Waar dit blijkt uit het Reglement Hulpmiddelen 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 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 kostbaar of onnodig gecompliceerd.

Er bestaat 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.

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 de vergoeding hulpmiddelenzorg, 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](http://www.vvaa.nl/zorgverzekering).

## Artikel 19 Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer

lid 1 Onder ziekenvervoer wordt verstaan vervoer per:

1. ambulance-auto;
2. taxi;
3. eigen vervoer per auto;
4. helikopter.

De zorgverzekeraar vergoedt het vervoer per ambulance-auto of helikopter alleen in geval van spoedeisende zorg.

De vergoeding voor vervoer per auto bedraagt € 0,28 per kilometer volgens de kortst gebruikelijke route. Binnen Europa vindt vergoeding plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet.

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 2 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van ziekenvervoer over een afstand van ten hoogste 300 kilometer. Het betreft vervoer:

- naar een zorgverlener of instelling waar u zorg zal ontvangen waarvan de kosten gedekt zijn door de VvAA basis internationaal;
- van deze zorgverlener of instelling naar uw eigen woning, of naar een andere woning als u in uw eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen;
- als de zorgverzekeraar u vooraf toestemming geeft voor zorg bij een bepaalde zorgverlener geldt de beperking tot 300 kilometer niet.

lid 3 Als ziekenvervoer per ambulance-auto, helikopter, taxi of eigen auto niet mogelijk is kan de zorgverzekeraar vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer met een ander middel van vervoer.

lid 4 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 het vervoer van 2 begeleiders.

lid 5 De zorgverzekeraar kan, bij het verlenen van de toestemming bedoeld in lid 3 en 4, voorwaarden stellen ten aanzien van de wijze waarop het vervoer plaatsvindt.

lid 6 Als het ziekenvervoer binnen Nederland plaatsvindt kan de zorgverzekeraar taxivervoer voor u regelen. De aanvraagprocedure daarvoor kunt u nalezen in deel C (Zorgdiensten).



## Artikel 20 Eerstelijns psychologische zorg

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van eerstelijns psychologische zorg zoals klinisch psychologen die plegen te bieden. Een gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist verleent de zorg.
- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt maximaal acht consulten eerstelijns psychologische zorg per kalenderjaar, maximaal € 98,- per consult (60 minuten).
- De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van verblijf.
- lid 3 Voor de eerstelijns psychologische zorg is voor aanvang van de zorg een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.

## Artikel 21 Gespecialiseerde ggz

- lid 1 **Psychiatrische ziekenhuisopname**  
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis voor maximaal 365 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.
- De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de specialistische-psychiatrische behandeling en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging volgens (het Wmg-tarief voor) een passende Nederlandse DBC gespecialiseerde ggz. Ook vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname.
- lid 2 **Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg**  
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van gespecialiseerde ggz door een psychiater of in een ggz-instelling onder verantwoordelijkheid van een psychiater. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de behandeling volgens een passende Nederlands DBC Gespecialiseerde ggz en het bijbehorende Wmg-tarief. De zorgverzekeraar vergoedt daarnaast de kosten van de bij de behandeling behorende verpleging, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.
- lid 3 De omvang van de zorg wordt begrensd door wat psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Deze zorg omvat niet de eerstelijns psychologische zorg genoemd in artikel 20.
- lid 4 Voor de psychiatrische ziekenhuisopname en de niet-klinische specialistische ggz is een gerichte verwijzing nodig door een huisarts, jeugdarts of medisch specialist.
- lid 5 **Eigen bijdrage**  
Als u 18 jaar of ouder bent, geldt bij een opname een eigen bijdrage voor verblijf langer dan 31 dagen in verband met een specialistische-psychiatrische behandeling. Deze eigen bijdrage geldt vanaf de 32ste dag van verblijf en bedraagt € 145,- per maand. Een onderbreking van maximaal 7 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 31 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 31 dagen.
- Voor verblijf gedurende een gedeelte van de maand berekent de zorgverzekeraar de eigen bijdrage door € 145,- te vermenigvuldigen met 12, gedeeld door 365 en de uitkomst hiervan te vermenigvuldigen met het aantal dagen van verblijf in die maand.
- lid 6 Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor:
- behandeling van aanpassingsstoornissen;
  - hulp bij werk- en relatieproblemen;
  - psychoanalyse.

## Artikel 22 Preventieve zorg

- Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de volgende vormen van preventieve zorg, uitgevoerd door de huisarts of medisch specialist:
- preventief onderzoek naar darmkanker, baarmoederhalskanker en borstkanker eenmaal per 5 jaar;
  - vaccinaties ter voorkoming van ernstige infectieziekten voor kinderen tot en met de leeftijd van 4

jaar.

## Artikel 23 Hulpdienst en repatriëring

### lid 1 **Artsen Alarm Service**

In geval van een ziekenhuisopname bij acute ziekte of ongeval buiten uw woonland bent u verplicht direct contact op te (laten) nemen met de Artsen Alarm Service. Daarnaast kunt u contact opnemen voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties.

De Artsen Alarm Service is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar (zie deel C).

### lid 2 **Repatriëring**

In geval van ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijke repatriëring naar uw woonland of – als de behandeling niet in het woonland kan plaatsvinden – naar Nederland.

De organisatie van repatriëring geschiedt door de Artsen Alarm Service. Bij repatriëring bent u verplicht om direct de hulp van de Artsen Alarm Service in te roepen.

### lid 3 **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 met betrekking tot de reden en achtergrond van de ziekenhuisopname of de repatriëring.

## Deel C Zorgdiensten

# VvAA basis internationaal 2019

---

### **VvAA zorgconsulent: van preventie tot nazorg**

Gezond zijn en gezond blijven is het uitgangspunt van de zorgverzekeraar. Dat houdt in dat de zorgverzekeraar meer doet dan het uitbetalen van nota's. U kunt bij de zorgverzekeraar terecht voor wachtlijstbemiddeling, het regelen van zorg en voor informatie over gezondheid, ziekte, preventie en de gezondheidszorg. Hiervoor kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent.

De VvAA zorgconsulent is tijdens kantooruren bereikbaar vanuit Nederland op het gratis telefoonnummer 0800 668 96 67 of vanuit het buitenland op +31 (0)30 639 62 24.

### **Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg**

Daarnaast kunt u via de VvAA zorgconsulent:

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

### **Artsen Alarm Service**

Als u buiten uw woonland 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 het relatienummer en de naam van de verzekerde op te geven. Daarnaast kunt u contact opnemen voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties.

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 bij de VvAA basis internationaal van de zorgverzekeraar 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.

### **Voor in Nederland wonende verzekerden of verzekerden die ten behoeve van een gedekte behandeling in Nederland verblijven, geldt ook het volgende:**

#### **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 binnen uw verzekering. Voor meer informatie over de mogelijkheden en vergoeding van eHealth kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent.

#### **VvAA kraamzorg service**

Kraamzorg is onderdeel van de dekking geboortezorg zoals beschreven in artikel 6 van deel B van de VvAA basis internationaal. 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](http://www.vvaa.nl/zorgverzekering). VvAA kraamzorg service regelt de kraamzorg bij een erkende kraamzorgorganisatie.

U dient de kraamzorg minimaal 4 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aan te vragen. De 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 19 van deel B van de VvAA basis internationaal. Om u optimaal van dienst te zijn, laat de zorgverzekeraar een taxibedrijf het taxivervoer binnen Nederland 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.

#### **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.

# Deel B Omvang Dekking

## VvAA start internationaal 2019

---

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

De (maximale) vergoedingen gelden per verzekerde, tenzij anders is aangegeven. Vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van medische noodzaak.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg en overige diensten **in uw woonland, zoals in onderstaande artikelen** omschreven, volgens wettelijk vastgestelde tarieven en prestaties of marktconforme bedragen in dit land tot:

- maximaal 200% van de in Nederland wettelijke vastgestelde tarieven en prestaties of in Nederland geldende marktconforme bedragen voor dezelfde zorg, en/of
- het maximale in de onderstaande artikelen genoemde bedrag.

Kosten van behandelingen ondergaan **in Nederland** worden echter vergoed tot maximaal 100% van de in Nederland wettelijk vastgestelde tarieven en prestaties 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 zorgaanbieders in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.

Zie voor zorg en diensten **buiten uw woonland** artikel 10.

### Artikel 1 Geboortezorg bij een bevalling in Nederland

Vrouwelijke verzekerden die in Nederland wonen of voor een bevalling in Nederland verblijven, hebben recht op een kraampakket, geleverd via de VvAA28 kraamzorg service. De aanvraagprocedure staat in deel C (Zorgdiensten).

### Artikel 2 Fysiotherapie en oefentherapie

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling door een fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck of oefentherapeut Cesar tot tezamen maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar.

Als de behandeling in Nederland plaatsvindt, geldt het volgende: de zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling op afwijkende praktijklocaties, zoals scholen voor regulier of speciaal onderwijs of (medisch) kinderdagverblijven, alleen als de zorgverzekeraar hiervoor vooraf toestemming heeft verleend. De zorgverzekeraar geeft alleen toestemming als er een indicatie is voor behandeling op de bedoelde locaties en sprake is van incidentele behandeling.

### Artikel 3 Farmaceutische zorg

lid 1 De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 100,- per kalenderjaar:

- geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de VvAA basis internationaal. Als in het land waar u verblijft een geregistreerd geneesmiddel als hier bedoeld niet beschikbaar is of als een gelijkwaardig geneesmiddel aan dit geregistreerde geneesmiddel in de gebruikelijke zorg wordt toegepast, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van dit gelijkwaardige geneesmiddel;
- de kosten van terhandstelling van en advies en begeleiding bij deze geneesmiddelen;
- de eigen bijdragen voor geneesmiddelen volgens artikel 17, lid 5 van de VvAA basis internationaal;
- 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 VvAA basis internationaal.

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.

- lid 2 Er bestaat echter volgens dit artikel geen aanspraak op vergoeding van 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);
  - middelen die geregistreerd staan als Niet Geneesmiddel;
  - homeopathische of antroposofische geneesmiddelen;
  - vaccinaties en profylactische middelen. Zie daarvoor de dekking in artikel 5;
  - zelfzorggeneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de VvAA basis internationaal;
  - geneesmiddelen die gebruikt worden bij de behandeling voor fertiliteit en in verband met kunstmatige voortplantingstechnieken;
  - geneesmiddelen voor erectieproblemen;
  - andere farmaceutische zorgdiensten dan de terhandstelling van receptplichtige geneesmiddelen en het begeleidingsgesprek nieuw 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 de kosten of wettelijke eigen bijdrage van het geneesmiddel. 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 of behandelaar die alternatieve geneeswijzen beoefent. De vergoeding bedraagt maximaal € 30,- per consult/behandeling, met een maximum van 1 consult/behandeling per dag, tot maximaal € 400,- per kalenderjaar.
- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van met de behandeling samenhangend (laboratorium)onderzoek, voorgeschreven door de in lid 1 bedoelde arts of behandelaar.

#### Artikel 5 Vaccinaties

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

#### Artikel 6 Eigen bijdragen hulpmiddelen

De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 250,- per kalenderjaar de eigen bijdragen volgens het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar.

De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 100,- per kalenderjaar de kosten van een pruik die voor eigen rekening blijven doordat de maximale vergoeding volgens de VvAA basis internationaal wordt overschreden.

Het reglement kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op [www.vvaa.nl/zorgverzekering](http://www.vvaa.nl/zorgverzekering).

#### Artikel 7 Overige hulpmiddelen

- lid 1 **Bewakingsapparatuur wiegendood**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van huur of bruikleen van bewakingsapparatuur voor een periode van maximaal 18 maanden, op verwijzing van de behandelend arts en als de zorgverzekeraar toestemming vooraf heeft verleend. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met VvAA zorgconsulent (zie deel C).
- lid 2 **Rolstoelen/Invalidenwagens**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van bruikleen van niet-elektromotorisch aangedreven rolstoelen of invalidenwagens als het gebruik medisch noodzakelijk is. Er bestaat geen recht op vergoeding als een aanspraak bestaat op verstrekking volgens een wettelijke voorziening of als de verstrekking redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.

- lid 3 **Steunzolen**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts als een orthopedisch schoentechnicus de steunzolen levert. De vergoeding bedraagt maximaal € 100,- per kalenderjaar.
- lid 4 **Verpleegartikelen**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van huur van verpleegartikelen. Er bestaat geen recht op vergoeding als een aanspraak bestaat op verstrekking volgens een wettelijke voorziening of als de verstrekking redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.
- lid 5 **Plaswekker**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van huur of aanschaf van een plaswekker (inclusief sensorbroekjes) voor een periode van 3 maanden tot maximaal € 85,- voor de gehele looptijd van de verzekering, op voorschrift van de behandelend arts.

## Artikel 8 **Bijzondere behandelingen/therapieën**

- lid 1 **Acnebehandeling**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling van acne door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist voor verzekerden tot 21 jaar. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend dermatoloog (huidarts). Vergoeding vindt alleen plaats als de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend. De vergoeding bedraagt maximaal € 250,- per kalenderjaar.
- lid 2 **Camouflage-instructie**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van maximaal 2 instructielessen voor camouflage door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist. Vergoeding vindt plaats als er sprake is van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of de hals. Vergoeding vindt alleen plaats als de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend. Uit het verzoek om toestemming moet blijken wat de aard en de ernst van de afwijkingen is. De vergoeding bedraagt maximaal € 70,- per kalenderjaar.
- lid 3 **Epilatie (elektrisch of door middel van laserbehandeling)**  
Bij overmatige haargroei in het gezicht vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van epilatie (elektrisch of door middel van laserbehandeling) tot maximaal € 150,- voor de looptijd van de verzekering. De behandeling vindt plaats op voorschrift van de behandelend arts. Vergoeding vindt alleen plaats als de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend. Uit het verzoek om toestemming moet blijken wat de aard en de ernst van de afwijkingen is, tot welke klachten deze leiden en welke andere behandelingen hiervoor hebben plaatsgevonden.
- lid 4 **Lymfedrainage**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling door een huidtherapeut bij ernstig lymfoedeem als de behandeling plaatsvindt op voorschrift van de behandelend arts. Vergoeding vindt alleen plaats als de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- lid 5 **Podotherapie**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg door een podotherapeut, registerpodoloog of podoposturaal therapeut als de behandeling plaatsvindt op voorschrift van de behandelend arts. Daarbij vergoedt de zorgverzekeraar ook de vervaardigde podotherapeutische zolen, orthesen en nagelbeugels. De vergoeding bedraagt maximaal € 150,- per kalenderjaar.
- lid 6 **Psoriasisdagbehandeling**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling in een erkend psoriasisdagbehandelingscentrum tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts.
- lid 7 **Stottertherapie**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van stottertherapie bij een instituut voor stottertherapie tot maximaal € 350,- voor de gehele duur van de verzekering. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts en vergoeding vindt alleen plaats als de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.

## Artikel 9 **Verblijfkosten**

- lid 1 **Verblijf in een logeerhuis voor in Nederland wonende of verblijvende verzekerden**  
Als u jonger bent dan 18 jaar en wordt behandeld in een ziekenhuis, vergoedt de zorgverzekeraar € 12,50 per dag van de verschuldigde eigen bijdrage tot maximaal € 260,- per kalenderjaar voor verblijf van uw meeverzekerde ouders 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 medeverzekerde gezinslid in een aan het ziekenhuis verbonden logeerkamer gedurende de periode van uw opname, tot maximaal € 25,- per dag.

- lid 2 **Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren**  
De zorgverzekeraar vergoedt de verschuldigde eigen bijdrage tot € 6,- per dag, gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar. Het verblijf moet plaatsvinden op verwijzing van de behandelend arts.

## Artikel 10 Buitenland

De zorgverzekeraar vergoedt de volgende kosten **buiten uw woonland**:

- lid 1 **Onvoorziene behandelingen**  
De zorgverzekeraar vergoedt de buiten uw woonland gemaakte kosten, volgens de voorwaarden van de VvAA start internationaal, als er sprake is van een onvoorziene behandeling. De vergoeding wordt verleend volgens de in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedragen tot maximaal 2 keer het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag of maximaal het in de voorwaarden genoemde maximum bedrag.

- lid 2 **Voorziene behandelingen**
- De zorgverzekeraar vergoedt de buiten uw woonland gemaakte kosten, volgens de voorwaarden van de VvAA start internationaal, als er sprake is van een voorziene behandeling. De vergoeding wordt verleend volgens de in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedragen tot maximaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag of het in de voorwaarden genoemde maximum bedrag;
  - De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van medisch-specialistische zorg volgens artikel 4 van deel B van de VvAA basis internationaal, 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 in dit land. De vergoeding volgens de VvAA basis internationaal 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:

- inzet van een Chefarzt (Duitsland) en ereloon(supplementen) (België) of kosten die hieruit voortvloeien;
- alternatieve zorg.

- lid 3 **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.

## Artikel 11 Artsen Alarm Service

- lid 1 **Artsen Alarm Service**  
Als u door acute ziekte of een ongeval bij tijdelijk verblijf buiten uw woonland in een ziekenhuis wordt opgenomen, bent u verplicht direct contact op te (laten) nemen met de Artsen Alarm Service. Daarnaast kunt u contact opnemen voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties.

De Artsen Alarm Service is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar (zie deel C).

- lid 2 **Repatriëring**  
In geval van ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bestaat dekking voor medisch noodzakelijke repatriëring naar uw woonland inclusief de voorgeschreven medische begeleiding. De Artsen Alarm Service organiseert de repatriëring.

Bij repatriëring bent u verplicht om direct hulp van de Artsen Alarm Service in te roepen.

- lid 3 **Medische gegevens**  
U geeft – voor zover nodig – toestemming aan de medisch adviseur van de Artsen Alarm Service om de van belang zijnde gegevens met betrekking tot de reden en achtergrond in geval van ziekenhuisopname en/of repatriëring te verschaffen aan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar.

# Deel C Zorgdiensten

## VvAA start internationaal 2019

---

### **VvAA zorgconsulent: van preventie tot nazorg**

Gezond zijn en gezond blijven is het uitgangspunt van de zorgverzekeraar. Dat houdt in dat de zorgverzekeraar meer doet dan het uitbetalen van nota's. U kunt bij de zorgverzekeraar terecht voor wachtlijstbemiddeling, het regelen van zorg en informatie over gezondheid, ziekte, preventie en de gezondheidszorg. Hiervoor kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent.

De Zorgconsulent is tijdens kantooruren bereikbaar vanuit Nederland op het gratis telefoonnummer 0800 668 96 67 of vanuit het buitenland op +31 (0)30 639 62 24.

### **Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg**

Daarnaast kunt u via de VvAA zorgconsulent:

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

### **Artsen Alarm Service**

Als u buiten uw woonland 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 het relatienummer en de naam van de verzekerde op te geven. Daarnaast kunt u contact opnemen voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties.

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 aan smartengeld en inkomensschade.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van bijstand, inclusief de kosten van het voeren van een procedure, tot maximaal € 12.500,-. Een reglement met daarin alle voorwaarden kunt u aanvragen bij Verhaalszaken of raadplegen op [www.vvaa.nl/zorgverzekering](http://www.vvaa.nl/zorgverzekering). Voor meer informatie, het aanvragen en regelen van deze verhaalsbijstand kunt u contact opnemen met Verhaalszaken.

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

### **Voor in Nederland wonende verzekerden of verzekerden die ten behoeve van een gedekte behandeling in Nederland verblijven, geldt ook het volgende:**

#### **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 binnen uw verzekering. Voor meer informatie over de mogelijkheden en vergoeding van eHealth kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent.

#### **Kraampakket**

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](http://www.vvaa.nl/zorgverzekering). De inhoud van het kraampakket kunt u raadplegen op [www.vvaa.nl/zorgverzekering](http://www.vvaa.nl/zorgverzekering).

#### **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.



## Deel B Omvang Dekking

# VvAA plus internationaal 2019

---

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

De (maximale) vergoedingen gelden per verzekerde, tenzij anders is aangegeven. Vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van medische noodzaak.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg en overige diensten **in uw woonland, zoals in onderstaande artikelen** omschreven, volgens wettelijk vastgestelde tarieven en prestaties of marktconforme bedragen in dit land tot:

- maximaal 200% van de in Nederland wettelijke vastgestelde tarieven en prestaties of in Nederland geldende marktconforme bedragen voor dezelfde zorg, en/of
- het maximale in de onderstaande artikelen genoemde bedrag.

Kosten van behandelingen ondergaan in Nederland worden echter vergoed tot maximaal 100% van de in Nederland wettelijk vastgestelde tarieven en prestaties 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 zorgaanbieders in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.

Zie voor zorg en diensten **buiten uw woonland** artikel 12.

### Artikel 1 Geboortezorg bij een bevalling in Nederland

Voor vrouwelijke verzekerden die in Nederland wonen of voor een bevalling in Nederland verblijven en kiezen voor door de zorgverzekeraar geregelde kraamzorg geldt:

- lid 1 Een uitkering voor kraamzorg van € 250,-. U kunt de uitkering onder meer gebruiken om de eigen bijdrage kraamzorg te betalen.
- lid 2 **Kraampakket**  
De aanstaande moeder heeft recht op een kraampakket, geleverd via de VvAA kraamzorg service. De aanvraagprocedure staat in deel C (Zorgdiensten).

### Artikel 2 Paramedische zorg

- lid 1 **Fysiotherapie en oefentherapie**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling door een fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck of oefentherapeut Cesar tot tezamen maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar.

Als de behandeling in Nederland plaatsvindt, geldt het volgende:  
de zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling op afwijkende praktijklocaties, zoals scholen voor regulier of speciaal onderwijs of (medisch) kinderdagverblijven, alleen als de zorgverzekeraar hiervoor vooraf toestemming heeft verleend. De zorgverzekeraar geeft alleen toestemming als er een indicatie is voor behandeling op de bedoelde locaties en sprake is van incidentele behandeling.

- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de volgende behandelingen tot een gezamenlijk maximum van € 500,- per kalenderjaar:
- orthoptische zorg door een orthoptist;
  - chiropractie door een chiropractor;
  - osteopathie door een osteopaat.

De behandeling moet voorgeschreven zijn door de behandelend huisarts of medisch specialist.

### 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 VvAA basis internationaal. Als in het land waar u verblijft een geregistreerd geneesmiddel als hier bedoeld niet beschikbaar is of als een gelijkwaardig geneesmiddel aan dit geregistreerde geneesmiddel in de gebruikelijke zorg wordt toegepast, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van dit gelijkwaardige geneesmiddel;
  - de kosten van terhandstelling van en advies en begeleiding bij deze geneesmiddelen;
  - de eigen bijdragen voor geneesmiddelen volgens artikel 17, lid 5 van de VvAA basis internationaal;
  - 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 VvAA basis internationaal.

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.

- lid 2 Er bestaat echter volgens dit artikel geen aanspraak op vergoeding van 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);
  - middelen die geregistreerd staan als Niet Geneesmiddel;
  - homeopathische of antroposofische geneesmiddelen;
  - vaccinaties en profylactische middelen. Zie daarvoor de dekking in artikel 5;
  - zelfzorggeneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de VvAA basis internationaal;
  - geneesmiddelen die gebruikt worden bij de behandeling voor fertiliteit en in verband met kunstmatige voortplantingstechnieken;
  - geneesmiddelen voor erectieproblemen;
  - andere farmaceutische zorgdiensten dan de terhandstelling van receptplichtige geneesmiddelen en het begeleidingsgesprek nieuw 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 de kosten of wettelijke eigen bijdrage van het geneesmiddel. 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 of behandelaar die alternatieve geneeswijzen beoefent. De vergoeding bedraagt maximaal € 30,- per consult/behandeling, met een maximum van 1 consult/behandeling per dag, tot maximaal € 500,- per kalenderjaar.
- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van met de behandeling samenhangend (laboratorium)onderzoek, voorgeschreven door de in lid 1 bedoelde arts of behandelaar.

### Artikel 5 Vaccinaties

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

### Artikel 6 Eigen bijdragen hulpmiddelen

De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 250,- per kalenderjaar de eigen bijdragen volgens het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar.

De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 100,- per kalenderjaar de kosten van een pruik die voor eigen rekening blijven doordat de maximale vergoeding volgens de VvAA basis internationaal wordt overschreden.

Het reglement kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op [www.vvaa.nl/zorgverzekering](http://www.vvaa.nl/zorgverzekering).

## Artikel 7 Overige hulpmiddelen

- lid 1 **Bewakingsapparatuur wiegendood**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van huur of bruikleen van bewakingsapparatuur voor een periode van maximaal 18 maanden, op verwijzing van de behandelend arts en als de zorgverzekeraar toestemming vooraf heeft verleend. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).
- lid 2 **Rolstoelen/Invalidenwagens**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van bruikleen van niet-(elektro)motorisch aangedreven rolstoelen of invalidenwagens als het gebruik medisch noodzakelijk is. Er bestaat geen recht op vergoeding als een aanspraak bestaat op verstrekking volgens een wettelijke voorziening of als de verstrekking redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.
- lid 3 **Steunzolen**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts als een orthopedisch schoentechnicus de steunzolen levert. De vergoeding bedraagt maximaal € 150,- per kalenderjaar.
- lid 4 **Verpleegartikelen**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van huur van verpleegartikelen. Er bestaat geen recht op vergoeding als een aanspraak bestaat op verstrekking volgens een wettelijke voorziening of als de verstrekking redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.
- lid 5 **Plaswekker**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van huur of aanschaf van een plaswekker (inclusief sensorbroekjes) voor een periode van 3 maanden tot maximaal € 85,- voor de gehele looptijd van de verzekering, op voorschrift van de behandelend arts.

## Artikel 8 Bijzondere behandelingen/therapieën

- lid 1 **Acnebehandeling**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling van acne door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist voor verzekerden tot 21 jaar. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend dermatoloog (huidarts). Vergoeding vindt alleen plaats als de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend. De vergoeding bedraagt maximaal € 500,- per kalenderjaar.
- lid 2 **Camouflage-instructie**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van maximaal 2 instructielessen voor camouflage door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist. Vergoeding vindt plaats als er sprake is van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of de hals. Vergoeding vindt alleen plaats als de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend. Uit het verzoek om toestemming moet blijken wat de aard en de ernst van de afwijkingen is. De vergoeding bedraagt maximaal € 70,- per kalenderjaar.
- lid 3 **Diëtetiek**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van voorlichting en advisering over voeding en eetgewoonten door een diëtist tot maximaal € 120,- per kalenderjaar.
- lid 4 **Epilatie (elektrisch of door middel van laserbehandeling)**  
Bij overmatige haargroei in het gezicht vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van epilatie (elektrisch of door middel van laserbehandeling) tot maximaal € 350,- voor de gehele looptijd van de verzekering. De behandeling vindt plaats op voorschrift van de behandelend arts. Vergoeding vindt alleen plaats als de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend. Uit het verzoek om toestemming moet blijken wat de aard en de ernst van de afwijkingen is, tot welke klachten deze leiden en welke andere behandelingen hiervoor hebben plaatsgevonden.
- lid 5 **Lymfedrainage**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling door een huidtherapeut bij ernstig lymfoedeem als de behandeling plaatsvindt op voorschrift van de behandelend arts. Vergoeding vindt alleen plaats als de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- lid 6 **Pedicure**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van voetzorg door een pedicure bij diabetes mellitus of

reumatoïde artritis en van de daarbij geleverde orthesen en nagelbeugels tot maximaal € 100,- per kalenderjaar.

lid 7 **Podotherapie**

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg door een podotherapeut, registerpodoloog of podoposturaal therapeut als de behandeling plaatsvindt op voorschrift van de behandelend arts. Daarbij vergoedt de zorgverzekeraar ook de vervaardigde podotherapeutische zolen, orthesen en nagelbeugels. De vergoeding bedraagt maximaal € 250,- per kalenderjaar.

lid 8 **Psoriasisdagbehandeling**

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling in een erkend psoriasisdagbehandelingscentrum tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts.

lid 9 **Stottertherapie**

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van stottertherapie bij een instituut voor stottertherapie tot maximaal € 350,- voor de gehele duur van de verzekering. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts en vergoeding vindt alleen plaats als de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.

## Artikel 9 **Verblijfkosten**

lid 1 **Verblijf in een logeerhuis voor in Nederland wonende of verblijvende verzekerden**

Als u jonger bent dan 18 jaar en wordt behandeld in een ziekenhuis, vergoedt de zorgverzekeraar € 12,50 per dag van de verschuldigde eigen bijdrage tot maximaal € 260,- per kalenderjaar voor verblijf van uw meeverzekerde ouders 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 medeverzekerde gezinslid in een aan het ziekenhuis verbonden logeerhuis gedurende de periode van uw opname, tot 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 1 kamp per kalenderjaar. Het verblijf moet plaatsvinden op verwijzing van de behandelend arts.

## Artikel 10 **Orthodontie**

Als u jonger bent dan 18 jaar, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie zoals beugels) door een tandarts of orthodontist als volgt. De vergoeding gedurende de gehele looptijd van de verzekering bedraagt maximaal € 750,- in de eerste 12 maanden na de start van de behandeling en maximaal € 750,- in de 12 maanden daarna. De vergoeding stopt na deze 2 jaar, of zodra u 18 wordt.

## Artikel 11 **Griepvaccinatie**

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een jaarlijkse griepvaccinatie.

## Artikel 12 **Buitenland**

De zorgverzekeraar vergoedt de volgende kosten **buiten uw woonland**:

lid 1 **Onvoorziene behandelingen**

Bij acute ziekte of een ongeval tijdens verblijf buiten uw woonland vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van zorg zoals in dit lid beschreven.

Binnen een EU-/EER- of verdragsland:

- kosten die volgens de VvAA basis internationaal of een andere zorgverzekering voor eigen rekening blijven, uitsluitend door overschrijding van het bedrag dat zou zijn vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de VvAA basis internationaal of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit;

- kosten die volgens de voorwaarden van de VvAA plus internationaal zijn gedekt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedrag;

Buiten een EU-/EER- of verdragsland:

- kosten die volgens de VvAA basis internationaal of een andere zorgverzekering voor eigen rekening blijven, uitsluitend door overschrijding van het bedrag dat zou zijn vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De uitkering is in een voorkomend geval beperkt tot maximaal tweemaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de VvAA basis internationaal of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit;
- kosten die volgens de voorwaarden van de VvAA plus internationaal zijn gedekt, tot maximaal tweemaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag.

lid 2

#### **Voorziene behandelingen**

- De zorgverzekeraar vergoedt de buiten uw woonland gemaakte kosten, volgens de voorwaarden van de VvAA plus internationaal, als er sprake is van een voorziene behandeling. De vergoeding wordt verleend volgens de in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedragen tot maximaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag of het in de voorwaarden genoemde maximum bedrag.
- De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van medisch-specialistische zorg volgens artikel 4 van deel B van de VvAA basis internationaal, 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 in dit land. De vergoeding volgens de VvAA basis internationaal 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:

- inzet van een Chefarzt (Duitsland) en ereloon(supplementen) (België) of kosten die hieruit voortvloeien;
- alternatieve zorg.

lid 3

#### **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.

### **Artikel 13 Artsen Alarm Service**

lid 1

#### **Artsen Alarm Service**

Als u door acute ziekte of een ongeval bij tijdelijk verblijf buiten uw woonland in een ziekenhuis wordt opgenomen, bent u verplicht direct contact op te (laten) nemen met de Artsen Alarm Service. Daarnaast kunt u contact opnemen voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties. De Artsen

Alarm Service is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar (zie deel C).

lid 2

#### **Repatriëring**

In geval van ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bestaat dekking voor medisch noodzakelijke repatriëring naar uw woonland inclusief de voorgeschreven medische begeleiding. Bij overlijden vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van repatriëring van het stoffelijk overschot naar het woonland. De Artsen Alarm Service organiseert de repatriëring.

Bij repatriëring bent u verplicht om direct hulp van de Artsen Alarm Service in te roepen.

lid 3

#### **Medische gegevens**

U geeft – voor zover nodig – toestemming aan de medisch adviseur van de Artsen Alarm Service om de van belang zijnde gegevens met betrekking tot de reden en achtergrond in geval van ziekenhuisopname en/of repatriëring te verschaffen aan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar.

# Deel C Zorgdiensten

## VvAA plus internationaal 2019

---

### **VvAA zorgconsulent: van preventie tot nazorg**

Gezond zijn en gezond blijven is het uitgangspunt van de zorgverzekeraar. Dat houdt in dat de zorgverzekeraar meer doet dan het uitbetalen van nota's. U kunt bij de zorgverzekeraar terecht voor wachtlijstbemiddeling, het regelen van zorg en informatie over gezondheid, ziekte, preventie en de gezondheidszorg. Hiervoor kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent.

De Zorgconsulent is tijdens kantooruren bereikbaar vanuit Nederland op het gratis telefoonnummer 0800 668 96 67 of vanuit het buitenland op +31 (0)30 639 62 24.

### **Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg**

Daarnaast kunt u via de VvAA zorgconsulent:

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

### **Artsen Alarm Service**

Als u buiten uw woonland 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 het relatienummer en de naam van de verzekerde op te geven. Daarnaast kunt u contact opnemen voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties.

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 aan smartengeld en inkomensschade.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van bijstand, inclusief de kosten van het voeren van een procedure, tot maximaal € 12.500,-. Een reglement met daarin alle voorwaarden kunt u aanvragen bij Verhaalszaken of raadplegen op [www.vvaa.nl/zorgverzekering](http://www.vvaa.nl/zorgverzekering). Voor meer informatie, het aanvragen en regelen van deze verhaalsbijstand kunt u contact opnemen met Verhaalszaken.

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

### **Voor in Nederland wonende verzekerden of verzekerden die ten behoeve van een gedekte behandeling in Nederland verblijven, geldt ook het volgende:**

#### **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 binnen uw verzekering. Voor meer informatie over de mogelijkheden en vergoeding van eHealth kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent.

#### **Kraampakket**

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](http://www.vvaa.nl/zorgverzekering). De inhoud van het kraampakket kunt u raadplegen op [www.vvaa.nl/zorgverzekering](http://www.vvaa.nl/zorgverzekering).

#### **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.

## Deel B Omvang Dekking

# VvAA optimaal internationaal 2019

---

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

De (maximale) vergoedingen gelden per verzekerde, tenzij anders is aangegeven. Vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van medische noodzaak.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg en overige diensten **in uw woonland, zoals in onderstaande artikelen** omschreven, volgens wettelijk vastgestelde tarieven en prestaties of marktconforme bedragen in dit land tot:

- maximaal 200% volgens de in Nederland wettelijke vastgestelde tarieven en prestaties of in Nederland geldende marktconforme bedragen voor dezelfde zorg, en/of
- het maximale in de onderstaande artikelen genoemde bedrag.

Kosten van behandelingen ondergaan **in Nederland** worden echter vergoed tot maximaal 100% van de in Nederland wettelijk vastgestelde tarieven en prestaties 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 zorgaanbieders in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.

Zie voor zorg en diensten **buiten uw woonland** artikel 16.

### Artikel 1 Geboortezorg bij een bevalling in Nederland

Voor vrouwelijke verzekerden die in Nederland wonen of voor een bevalling in Nederland verblijven en kiezen voor door de zorgverzekeraar geregelde kraamzorg geldt:

- lid 1 Een uitkering voor kraamzorg van € 350,-. U kunt de uitkering onder meer gebruiken om de eigen bijdrage kraamzorg te betalen.
- 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).

### Artikel 2 Paramedische zorg en sportarts

- lid 1 **Fysiotherapie en oefentherapie**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling door de volgende therapeuten tot tezamen maximaal 35 behandelingen per kalenderjaar:
- fysiotherapeut;
  - manueel therapeut (maximaal 9 behandelingen per jaar);
  - oefentherapeut Mensendieck;
  - oefentherapeut Cesar.

Als de behandeling in Nederland plaatsvindt, geldt het volgende:

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

- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de volgende behandelingen tot een gezamenlijk maximum van € 750,- per kalenderjaar:
- orthoptische zorg door een orthoptist;
  - chiropractie door een chiropractor;
  - osteopathie door een osteopaat;
  - sportmedisch onderzoek, sportmedisch- en inspanningsadvies, sportmedische begeleiding, preventief medisch onderzoek en sportkeuring (alle) door een sportarts.

De behandeling moet voorgeschreven zijn door de behandelend huisarts of medisch specialist.

### Artikel 3 Eerstelijns psychologische zorg

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van eerstelijns psychologische zorg vanaf het 9e consult tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. Een gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist verleent de zorg.

De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van verblijf.

### Artikel 4 Farmaceutische zorg

- lid 1 De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 4.540,- per kalenderjaar de kosten van:
- zelfzorggeneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de VvAA basis internationaal;
  - geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de VvAA basis internationaal. Als in het land waar u verblijft een geregistreerd geneesmiddel als hier bedoeld niet beschikbaar is of als een gelijkwaardig geneesmiddel aan dit geregistreerde geneesmiddel in de gebruikelijke zorg wordt toegepast, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van dit gelijkwaardige geneesmiddel;
  - de eigen bijdragen voor geneesmiddelen volgens artikel 17, lid 5 van de VvAA basis internationaal;
  - melatonine die alleen op voorschrift van een arts bij de apotheek verkrijgbaar is. De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van vrij (zonder recept) verkrijgbare melatonine;
  - terhandstelling van en advies en begeleiding bij deze geneesmiddelen;
  - 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 VvAA basis internationaal.

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.

- lid 2 Er bestaat echter volgens dit artikel geen aanspraak op vergoeding van 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);
  - de middelen die geregistreerd staan als Niet Geneesmiddel;
  - homeopathische of antroposofische geneesmiddelen. Zie daarvoor de dekking in artikel 5, lid 2;
  - vaccinaties en profylactische middelen. Zie daarvoor de dekking in artikel 6;
  - geneesmiddelen voor erectieproblemen;
  - andere farmaceutische zorgdiensten dan de terhandstelling van receptplichtige geneesmiddelen en het begeleidingsgesprek nieuw 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 de kosten of wettelijke eigen bijdrage van het geneesmiddel. 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

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

- kosten van een consult bij of behandeling door een arts of behandelaar die alternatieve geneeswijzen beoefent. De vergoeding bedraagt maximaal € 65,- per consult/behandeling, met een maximum van 1 consult/behandeling per dag;
- kosten van geregistreerde homeopathische of antroposofische geneesmiddelen. De homeopathische of antroposofische geneesmiddelen zijn voorgeschreven door de hierboven bedoelde arts of behandelaar en worden geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts;
- kosten van met de behandeling samenhangend (laboratorium)onderzoek, voorgeschreven door de hierboven bedoelde arts of behandelaar.



## Artikel 6 Vaccinaties

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

## Artikel 7 Eigen bijdragen hulpmiddelen

De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 500,- per kalenderjaar de eigen bijdragen volgens het *Reglement Hulpmiddelen* van de zorgverzekeraar.

De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 150,- per kalenderjaar de kosten van een pruik die voor eigen rekening blijven doordat de maximale vergoeding volgens de VvAA basis internationaal wordt overschreden.

Het reglement kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op [www.vvaa.nl/zorgverzekering](http://www.vvaa.nl/zorgverzekering).

## Artikel 8 Huishoudelijke hulp in natura voor in Nederland wonende verzekerden

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van huishoudelijke hulp voor maximaal 9 uren als:

- u 18 jaar of ouder bent,
- de hulp direct aansluit op een ziekenhuisopname van minimaal 4 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.

## Artikel 9 Vervangende mantelzorg voor in Nederland wonende verzekerden

Voor in Nederland wonende verzekerden vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van vervangende mantelzorg:

- bij afwezigheid van de mantelzorger(s) van een gehandicapte of chronisch zieke verzekerde, om medische reden of vakantie;
- bij afwezigheid van u als verzekerde mantelzorger om medische reden of vakantie.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten alleen als de mantelzorger 3 maanden of langer minimaal acht uur per week mantelzorg heeft verleend en als de vervangende mantelzorg is geregeld door de VvAA zorgconsulent (zie deel C). De vergoeding is maximaal € 1.200,- per kalenderjaar.

Als de mantelzorger en de persoon die de mantelzorg krijgt beiden aanvullend verzekerd zijn bij de zorgverzekeraar, dan kan slechts eenmaal aanspraak worden gemaakt op vergoeding. Daarbij hanteert de zorgverzekeraar de maximale vergoeding van de hoogste aanvullende verzekering.

## Artikel 10 Overige hulpmiddelen

### lid 1 **Brillen/Contactlenzen/Geïmplanteerde lenzen/Ooglaseren**

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van versterkende/corrigerende brillenglazen inclusief montuur of versterkende/corrigerende contactlenzen, geïmplanteerde lenzen met visuscorrigerende werking of ooglaserbehandeling tezamen tot maximaal € 175,- per 2 opeenvolgende kalenderjaren. Bij een vergoeding wordt afgetrokken wat is vergoed in het vorige kalenderjaar.

### lid 2 **Bewakingsapparatuur wiegendood**

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van huur of bruikleen van bewakingsapparatuur voor een periode van maximaal 18 maanden, op verwijzing van de behandelend arts en als de zorgverzekeraar toestemming vooraf heeft verleend. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

### lid 3 **Rolstoelen/Invalidenwagens**

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van bruikleen van niet-(elektro)motorisch aangedreven rolstoelen of invalidenwagens. Er bestaat geen recht op vergoeding als een aanspraak bestaat op verstrekking volgens een wettelijke voorziening of als de verstrekking redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.

- lid 4 **Steunzolen**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts als een orthopedisch schoentechnicus de steunzolen levert.
- lid 5 **Verpleegartikelen**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van huur van verpleegartikelen. Er bestaat geen recht op vergoeding als een aanspraak bestaat op verstrekking volgens een wettelijke voorziening of als de verstrekking redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.
- lid 6 **Plaswekker**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van huur of aanschaf van een plaswekker (inclusief sensorbroekjes) voor een periode van 3 maanden tot maximaal € 85,- voor de gehele looptijd van de verzekering, op voorschrift van de behandelend arts.

## Artikel 11 Bijzondere behandelingen/therapieën

- lid 1 **Acnebehandeling**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling van acne door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist voor verzekerden tot 21 jaar. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend dermatoloog (huidarts). Vergoeding vindt alleen plaats als de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- lid 2 **Camouflage-instructie**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van maximaal 2 instructielessen voor camouflage door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist. Vergoeding vindt plaats als er sprake is van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of de hals. Vergoeding vindt alleen plaats als de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend. Uit het verzoek om toestemming moet blijken wat de aard en de ernst van de afwijkingen is. De vergoeding bedraagt maximaal € 70,- per kalenderjaar.
- lid 3 **Diëtetiek**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van voorlichting en advisering over voeding en eetgewoonten door een diëtist tot maximaal € 200,- per kalenderjaar.
- lid 4 **Epilatie (elektrisch of door middel van laserbehandeling)**  
Bij overmatige haargroei in het gezicht vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van epilatie (elektrisch of door middel van laserbehandeling) tot maximaal € 750,- voor de gehele looptijd van de verzekering. De behandeling vindt plaats op voorschrift van de behandelend arts. Vergoeding vindt alleen plaats als de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend. Uit het verzoek om toestemming moet blijken wat de aard en de ernst van de afwijkingen is, tot welke klachten deze leiden en welke andere behandelingen hiervoor hebben plaatsgevonden.
- lid 5 **Lymfedrainage**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling door een huidtherapeut bij ernstig lymfoedeem als de behandeling plaatsvindt op voorschrift van de behandelend arts. Vergoeding vindt alleen plaats als de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- lid 6 **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.
- lid 7 **Podotherapie**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg door een podotherapeut, registerpodoloog of podoposturaal therapeut als de behandeling plaatsvindt op voorschrift van de behandelend arts. Daarbij vergoedt de zorgverzekeraar ook de vervaardigde podotherapeutische zolen, orthesen en nagelbeugels.
- lid 8 **Psoriasisdagbehandeling**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling in een erkend psoriasisdagbehandelingscentrum tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts.
- lid 9 **Stottherapie**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van stottherapie bij een instituut voor stottherapie tot maximaal € 500,- voor de gehele duur van de verzekering. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts en vergoeding vindt alleen plaats als de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.

- lid 10 **Sterilisatie**  
De zorgverzekeraar vergoedt eenmaal tijdens de gehele looptijd van de verzekering de kosten van
- sterilisatie van de man tot maximaal € 400,-
  - sterilisatie van de vrouw tot maximaal € 1.200,-

De kosten voor het ongedaan maken van een sterilisatie worden niet vergoed.

- lid 11 **Plastische chirurgie**  
Als de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend, 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:
    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 9* raadplegen op [www.vvaa.nl/zorgverzekering](http://www.vvaa.nl/zorgverzekering). U kunt de brochure ook aanvragen bij het VvAA service center.

- lid 12 **Beweegprogramma's voor in Nederland wonende verzekerden**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de hierna genoemde beweegprogramma's tot maximaal € 500,- per kalenderjaar:
- een door KNGF erkend beweegprogramma gericht op genezing en herstel, het voorkomen van verdere klachten of bevordering van de gezondheid bij chronische ziekte, voorgeschreven door de behandelend arts;
  - 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 2 keer per week in groepsverband traint. Het programma is voorgeschreven door de behandelend arts en wordt gegeven door een fysiotherapeut of een oefentherapeut.

## Artikel 12 **Verblijfkosten**

- lid 1 **Verblijf in een logeerkamer voor in Nederland wonende of verblijvende verzekerden**  
Als u jonger bent dan 18 jaar en wordt behandeld in een ziekenhuis, vergoedt de zorgverzekeraar € 12,50 per dag van de verschuldigde eigen bijdrage tot maximaal € 260,- per kalenderjaar voor verblijf van uw meeverzekerde ouders in een Ronald McDonald Huis of in een aan het ziekenhuis verbonden logeerkamer.

Als u 18 jaar of ouder bent en bent opgenomen in een ziekenhuis, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van verblijf van uw medeverzekerde gezinslid in een aan het ziekenhuis verbonden logeerkamer gedurende de periode van uw opname tot maximaal € 25,- per dag.

- lid 2 **Verblijf in een hospice voor in Nederland wonende of verblijvende verzekerden**  
De zorgverzekeraar vergoedt maximaal € 25,- per dag van de eigen bijdrage voor maximaal 3 maanden van verblijf in een hospice of bijna-thuis-huis, als het verblijf is geïndiceerd door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de huisarts of de behandelend medisch specialist. De zorgverzekeraar vergoedt niet de inkomensafhankelijke eigen bijdrage die u verschuldigd bent op grond van de Wlz of de Wmo.

- 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,- voor maximaal 1 kamp per kalenderjaar. Het verblijf moet plaatsvinden op verwijzing van de behandelend arts.

## Artikel 13 **Ziekenvervoer**

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van ziekenvervoer binnen uw woonland als het vervoer plaatsvindt voor een behandeling gedekt volgens de VvAA basis internationaal of een andere zorgverzekering en om medische redenen geen gebruik kan worden gemaakt van het openbaar vervoer.

De zorgverzekeraar vergoedt:

1. € 0,28 per kilometer bij gebruik van de auto volgens de kortst gebruikelijke route. Binnen Europa vindt vergoeding plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet;
2. taxivervoer;
3. vervoer per helikopter bij spoedeisende hulp.

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.

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

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

## Artikel 14 Mondzorg

- lid 1 Als u jonger bent dan 18 jaar, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) door een tandarts of orthodontist als volgt. De vergoeding gedurende de gehele 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) tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. 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 apparaat dat beide kaken in een positie dwingt, waardoor er een opening blijft voor de luchtstroom.

## Artikel 15 Preventieve zorg

- lid 1 **Griepvaccinatie**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een jaarlijkse griepvaccinatie.
- lid 2 **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 – bijvoorbeeld door een werkgever – georganiseerd onderzoek;
  - preventief medisch onderzoek door een sportarts. Hiervoor geldt artikel 2, lid 2.
- Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).
- 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 of het lidmaatschap voor mantelzorgers van Mezzo, tot maximaal € 25,- per kalenderjaar. De zorgverzekeraar vergoedt de bijdrage na het overleggen van een kopie van het inschrijvings- en betalingsbewijs.

## Artikel 16 Buitenland

De zorgverzekeraar vergoedt de volgende kosten **buiten uw woonland**:

- lid 1 **Onvoorziene behandelingen**  
Bij acute ziekte of een ongeval tijdens verblijf buiten uw woonland vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van zorg zoals in dit lid beschreven.
- Binnen een EU-/EER- of verdragsland:
- kosten die volgens de VvAA basis internationaal of een andere zorgverzekering voor eigen rekening blijven, uitsluitend door overschrijding van het bedrag dat zou zijn vergoed als de zorg in

Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de VvAA basis internationaal of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit;

- kosten die volgens de voorwaarden van de VvAA optimaal internationaal zijn gedekt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedrag.

Buiten een EU-/EER- of verdragsland:

- kosten die volgens de VvAA basis internationaal of een andere zorgverzekering voor eigen rekening blijven, uitsluitend door overschrijding van het bedrag dat zou zijn vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De uitkering is in een voorkomend geval beperkt tot maximaal tweemaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de VvAA basis internationaal of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit;
- kosten die volgens de voorwaarden van de VvAA optimaal internationaal zijn gedekt, tot maximaal tweemaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag.

lid 2

### **Voorziene behandelingen**

- De zorgverzekeraar vergoedt de buiten uw woonland gemaakte kosten, volgens de voorwaarden van de VvAA optimaal internationaal als er sprake is van een voorziene behandeling. De vergoeding wordt verleend volgens de in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedragen tot maximaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag of het in de voorwaarden genoemde maximum bedrag;
- De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van medisch-specialistische zorg volgens artikel 4 van deel B van de VvAA basis internationaal, 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 in dit land. De vergoeding volgens de VvAA basis internationaal 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:

- inzet van een Chefarzt (Duitsland) en ereloon(supplementen) (België) of kosten die hieruit voortvloeien;
- alternatieve zorg.

lid 3

### **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.

## **Artikel 17 Artsen Alarm Service**

lid 1

### **Artsen Alarm Service**

Als u door acute ziekte of een ongeval bij tijdelijk verblijf buiten uw woonland in een ziekenhuis wordt opgenomen, bent u verplicht direct contact op te (laten) nemen met de Artsen Alarm Service. Daarnaast kunt u contact opnemen voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties.

De Artsen Alarm Service is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar (zie deel C).

lid 2

### **Repatriëring**

In geval van ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bestaat dekking voor medisch noodzakelijke repatriëring naar uw woonland inclusief de voorgeschreven medische begeleiding. Bij overlijden vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van repatriëring van het stoffelijk overschot naar het woonland. De Artsen Alarm Service organiseert de repatriëring.

Bij repatriëring bent u verplicht om direct hulp van de Artsen Alarm Service in te roepen.

lid 3

### **Medische gegevens**

U geeft – voor zover nodig – toestemming aan de medisch adviseur van de Artsen Alarm Service om de van belang zijnde gegevens met betrekking tot de reden en achtergrond in geval van ziekenhuisopname en/of repatriëring te verschaffen aan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar.

## Deel C Zorgdiensten

# VvAA optimaal internationaal 2019

---

### **VvAA zorgconsulent: van preventie tot nazorg**

Gezond zijn en gezond blijven is het uitgangspunt van de zorgverzekeraar. Dat houdt in dat de zorgverzekeraar meer doet dan het uitbetalen van nota's. U kunt bij de zorgverzekeraar terecht voor wachtlijstbemiddeling, het regelen van zorg en informatie over gezondheid, ziekte, preventie en de gezondheidszorg. Hiervoor kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent.

De Zorgconsulent is tijdens kantooruren bereikbaar vanuit Nederland op het gratis telefoonnummer 0800 668 96 67 of vanuit het buitenland op +31 (0)30 639 62 24.

### **Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg**

Daarnaast kunt u via de VvAA zorgconsulent:

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

### **Artsen Alarm Service**

Als u buiten uw woonland onverwacht in een ziekenhuis wordt opgenomen, moet u (laten) bellen met de Artsen Alarm Service. Dit geldt ook bij de noodzaak tot repatriëring. Hierbij dient u het relatienummer en de naam van de verzekerde op te geven. Daarnaast kunt u contact opnemen voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties.

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 aan smartengeld en inkomensschade.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van bijstand, inclusief de kosten van het voeren van een procedure, tot maximaal € 12.500,-. Een reglement met daarin alle voorwaarden kunt u aanvragen bij Verhaalszaken of raadplegen op [www.vvaa.nl/zorgverzekering](http://www.vvaa.nl/zorgverzekering). Voor meer informatie, het aanvragen en regelen van deze verhaalsbijstand kunt u contact opnemen met Verhaalszaken.

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

### **Voor in Nederland wonende verzekerden of verzekerden die ten behoeve van een gedekte behandeling in Nederland verblijven, geldt ook het volgende:**

#### **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 binnen uw verzekering. Voor meer informatie over de mogelijkheden en vergoeding van eHealth kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent.

#### **Kraampakket**

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](http://www.vvaa.nl/zorgverzekering). De inhoud van het kraampakket kunt u raadplegen op [www.vvaa.nl/zorgverzekering](http://www.vvaa.nl/zorgverzekering).

#### **Huishoudelijke hulp in natura**

De VvAA zorgconsulent regelt voor u de huishoudelijke hulp in natura zoals beschreven in deel B, artikel 8.

#### **Vervangende mantelzorg**

De VvAA zorgconsulent regelt voor u vervangende mantelzorg zoals beschreven in deel B, artikel 9.

**Taxivervoer**

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer zoals beschreven in artikel 13 van deel B van de VvAA optimaal internationaal. Om u optimaal van dienst te zijn, laat de zorgverzekeraar een taxibedrijf het taxivervoer binnen Nederland 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.

**Preventief medisch onderzoek**

De VvAA zorgconsulent verzorgt informatie over preventief medisch onderzoek dat de verzekerde wordt aangeboden door de zorgverzekeraar.

**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.

## Deel B Omvang Dekking

# VvAA top internationaal 2019

---

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

De (maximale) vergoedingen gelden per verzekerde, tenzij anders is aangegeven. Vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van medische noodzaak.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg en overige diensten **in uw woonland, zoals in onderstaande artikelen** omschreven, volgens wettelijk vastgestelde tarieven en prestaties of marktconforme bedragen in dit land tot:

- maximaal 200% van de in Nederland wettelijke vastgestelde tarieven en prestaties of in Nederland geldende marktconforme bedragen voor dezelfde zorg, en/of
- het maximale in de onderstaande artikelen genoemde bedrag.

Kosten van behandelingen ondergaan **in Nederland** worden echter vergoed tot maximaal 100% van de in Nederland wettelijk vastgestelde tarieven en prestaties 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 zorgaanbieders in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.

Zie voor zorg en diensten **buiten uw woonland** artikel 17.

### Artikel 1 Geboortezorg bij een bevalling in Nederland

Voor vrouwelijke verzekerden die in Nederland wonen, of voor een bevalling in Nederland verblijven en kiezen voor door de zorgverzekeraar geregelde kraamzorg geldt:

- lid 1 Een uitkering voor kraamzorg van € 455,-. U kunt de uitkering onder meer gebruiken om de eigen bijdrage kraamzorg te betalen.
- lid 2 **Kraampakket**  
De aanstaande moeder heeft recht op een kraampakket, geleverd via de VvAA kraamzorg service. De aanvraagprocedure staat in deel C (Zorgdiensten).
- lid 3 **Lactatiekundige**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg door een lactatiekundige.

### Artikel 2 Paramedische zorg en sportarts

- lid 1 **Fysiotherapie en oefentherapie**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling door de volgende therapeuten:
- fysiotherapeut;
  - manueel therapeut (maximaal 9 behandelingen per jaar);
  - oefentherapeut Mensendieck;
  - oefentherapeut Cesar.
- Als de behandeling in Nederland plaatsvindt, geldt het volgende: de zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling op afwijkende praktijklocaties, zoals scholen voor regulier of speciaal onderwijs of (medisch) kinderdagverblijven, alleen als de zorgverzekeraar hiervoor vooraf toestemming heeft verleend. De zorgverzekeraar geeft alleen toestemming als er een indicatie is voor behandeling op de bedoelde locaties en sprake is van incidentele behandeling.
- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de volgende behandelingen tot een gezamenlijk maximum van € 1.000,- per kalenderjaar:
- orthoptische zorg door een orthoptist;
  - chiropractie door een chiropractor;
  - osteopathie door een osteopaat;
  - sportmedisch onderzoek, sportmedisch- en inspanningsadvies, sportmedische begeleiding;
  - preventief medisch onderzoek en sportkeuring (alle) door een sportarts.



De behandeling moet voorgeschreven zijn door de behandelend huisarts of medisch specialist.

### Artikel 3 Eerstelijns psychologische zorg

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van eerstelijns psychologische zorg vanaf het 9e consult, tot maximaal € 1.000,- per kalenderjaar. Een gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist verleent de zorg.

De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van verblijf.

### Artikel 4 Farmaceutische zorg

- lid 1 De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 4.540,- per kalenderjaar de kosten van:
- zelfzorggeneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de VvAA basis internationaal;
  - geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de VvAA basis internationaal. Als in het land waar u verblijft een geregistreerd geneesmiddel als hier bedoeld niet beschikbaar is of als een gelijkwaardig geneesmiddel aan dit geregistreerde geneesmiddel in de gebruikelijke zorg wordt toegepast, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van dit gelijkwaardige geneesmiddel;
  - de eigen bijdragen voor geneesmiddelen volgens artikel 17, lid 5 van de VvAA basis internationaal;
  - melatonine die alleen op voorschrift van een arts bij de apotheek verkrijgbaar is. De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van vrij (zonder recept) verkrijgbare melatonine;
  - terhandstelling van en advies en begeleiding bij deze geneesmiddelen;
  - verbandmiddelen, als deze worden gebruikt voor het bedekken of verbinden van huidaanandoeningen of wonden onder verantwoordelijkheid van de behandelend arts en niet worden vergoed volgens de VvAA basis internationaal.

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.

- lid 2 Er bestaat echter volgens dit artikel geen aanspraak op vergoeding van 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);
  - de middelen die geregistreerd staan als Niet Geneesmiddel;
  - homeopathische of antroposofische geneesmiddelen. Zie daarvoor de dekking in artikel 5, lid 3;
  - vaccinaties en profylactische middelen. Zie daarvoor de dekking in artikel 6;
  - geneesmiddelen voor erectieproblemen;
  - andere farmaceutische zorgdiensten dan de terhandstelling van receptplichtige geneesmiddelen en het begeleidingsgesprek nieuw 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 de kosten of wettelijke eigen bijdrage van het geneesmiddel. 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

- De zorgverzekeraar vergoedt de volgende kosten tezamen tot maximaal € 1.000,- per kalenderjaar:
- kosten van een consult bij of behandeling door een arts of behandelaar die alternatieve geneeswijzen beoefent. De vergoeding bedraagt maximaal € 65,- per consult/behandeling, met een maximum van 1 consult/behandeling per dag;
  - kosten van geregistreerde homeopathische of antroposofische geneesmiddelen. De homeopathische of antroposofische geneesmiddelen zijn voorgeschreven door de hierboven bedoelde arts of behandelaar en worden geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts;
  - kosten van met de behandeling samenhangend (laboratorium)onderzoek, voorgeschreven door de hierboven bedoelde arts of behandelaar.

## Artikel 6 Vaccinaties

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van vaccinaties en van profylactische middelen ter voorkoming van malaria bij een reis vanuit uw woonland naar het buitenland.

## Artikel 7 Eigen bijdrage hulpmiddelen

De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 1.000,- per kalenderjaar de eigen bijdragen volgens het *Reglement Hulpmiddelen* van de zorgverzekeraar.

De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 250,- per kalenderjaar de kosten van een pruik die voor eigen rekening blijven doordat de maximale vergoeding volgens de VvAA basis internationaal wordt overschreden.

Het reglement kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op [www.vvaa.nl/zorgverzekering](http://www.vvaa.nl/zorgverzekering).

## Artikel 8 Overige hulpmiddelen

- lid 1 **Brillen/Contactlenzen/Geïmplanteerde lenzen/Ooglaseren**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van versterkende/corrigerende brillenglazen inclusief montuur of versterkende/corrigerende contactlenzen, geïmplanteerde lenzen met visuscorrigerende werking of ooglaserberehandeling tezamen tot maximaal € 350,- per 2 opeenvolgende kalenderjaren. Bij een vergoeding wordt afgetrokken wat is vergoed in het vorige kalenderjaar.
- lid 2 **Bewakingsapparatuur wiegendood**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van huur of bruikleen van bewakingsapparatuur, op verwijzing van de behandelend arts en als de zorgverzekeraar toestemming vooraf heeft verleend. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).
- lid 3 **Rolstoelen/Invalidenwagens**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van bruikleen van niet-(elektro)motorisch aangedreven rolstoelen of invalidenwagens. Er bestaat geen recht op vergoeding als een aanspraak bestaat op verstrekking volgens een wettelijke voorziening of als de verstrekking redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.
- lid 4 **Steunzolen**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van steunzolen als een orthopedisch schoentechnicus de steunzolen levert.
- lid 5 **Verpleegartikelen**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van huur van verpleegartikelen. Er bestaat geen recht op vergoeding als een aanspraak bestaat op verstrekking volgens een wettelijke voorziening of als de verstrekking redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.
- lid 6 **Plaswekker**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van huur of aanschaf van een plaswekker (inclusief sensorbroekjes).

## Artikel 9 Ziekenvervoer

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van ziekenvervoer binnen uw woonland als het vervoer plaatsvindt voor een behandeling gedekt volgens de VvAA basis internationaal of een andere zorgverzekering en om medische redenen geen gebruik kan worden gemaakt van het openbaar vervoer.

De zorgverzekeraar vergoedt:

1. € 0,28 per kilometer bij gebruik van de auto volgens de kortst gebruikelijke route. Binnen Europa vindt vergoeding plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet;
2. taxivervoer;
3. vervoer per helikopter bij spoedeisende hulp.

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.

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.

## Artikel 10 Mondzorg

- lid 1 Als u jonger bent dan 18 jaar, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) door een tandarts of orthodontist.
- lid 2 Als u 18 jaar of ouder bent, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) door een tandarts of orthodontist 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 3 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 4 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 apparaat dat beide kaken in een positie dwingt, waardoor er een opening blijft voor de luchtstroom.

## Artikel 11 Bijzondere behandelingen/therapieën

- lid 1 **Acnebehandeling**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling van acne door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist voor verzekerden tot 21 jaar. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend dermatoloog (huidarts). Vergoeding vindt alleen plaats als de zorgverzekeraar voor aanvang van de zorg toestemming heeft verleend.
- lid 2 **Camouflage-instructie**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van maximaal 2 instructielessen voor camouflage door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist. Vergoeding vindt plaats als er sprake is van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of de hals. Vergoeding vindt alleen plaats als de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend. Uit het verzoek om toestemming moet blijken wat de aard en de ernst van de afwijkingen is. De vergoeding bedraagt maximaal € 120,- per kalenderjaar.
- lid 3 **Diëtetiek**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van voorlichting en advisering over voeding en eetgewoonten door een diëtist.
- lid 4 **Epilatie (elektrisch of door middel van laserbehandeling)**  
Bij overmatige haargroei in het gezicht vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van epilatie (elektrisch of door middel van laserbehandeling) tot maximaal € 1.500,- tijdens de gehele looptijd van de verzekering. De behandeling vindt plaats op voorschrift van de behandelend arts. Vergoeding vindt alleen plaats als de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend. Uit het verzoek om toestemming moet blijken wat de aard en de ernst van de afwijkingen is, tot welke klachten deze leiden en welke andere behandelingen hiervoor hebben plaatsgevonden.
- 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 ivf-behandelingen in een ziekenhuis als u bij aanvang van de poging jonger bent dan 43 jaar. De bijzonderheden beschreven in artikel 4, lid 2, sub d. van de VvAA basis internationaal gelden ook ten aanzien van dit artikel. De behandeling vindt plaats in een ziekenhuis en de zorgverzekeraar heeft vooraf toestemming verleend.
- lid 7 **Lymfedrainage**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling door een huidtherapeut bij ernstig lymfoedeem.
- lid 8 **Overgangsconsulent(e)**  
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van voorlichting, advies en zorg tijdens de menopauze door

een overgangsconsulent(e).

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.

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.

lid 11 **Psoriasisdagbehandeling**

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling in een erkend psoriasisdagbehandelingscentrum.

lid 12 **Stottertherapie**

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van stottertherapie bij een instituut voor stottertherapie.

lid 13 **Sterilisatie en refertilisatie (hersteloperatie)**

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor sterilisatie en de kosten voor het ongedaan maken ervan.

lid 14 **Plastische chirurgie**

Als de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend, 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 2019* raadplegen op [www.vvaa.nl/zorgverzekering](http://www.vvaa.nl/zorgverzekering). U kunt de brochure ook aanvragen bij het VvAA service center.

lid 15 **Beweegprogramma's voor in Nederland wonende verzekerden**

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de hierna genoemde beweegprogramma's:

- een door KNGF erkend beweegprogramma gericht op genezing en herstel, het voorkomen van verdere klachten of bevordering van de gezondheid bij chronische ziekte, voorgeschreven door de behandelend arts;
- 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 2 keer per week in groepsverband traint. Het programma is voorgeschreven door de behandelend arts en wordt gegeven door een fysiotherapeut of een oefentherapeut.

## Artikel 12 **Verblijfkosten**

lid 1 **Verblijf in een logeerhuis voor in Nederland wonende of verblijvende verzekerden**

Als u jonger bent dan 18 jaar en wordt behandeld in een ziekenhuis, vergoedt de zorgverzekeraar de eigen bijdrage voor verblijf van uw meeverzekerde ouders 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 meeverzekerd gezinslid in een aan het ziekenhuis verbonden logeerhuis gedurende de periode van uw opname.

lid 2 **Verblijf in een hospice voor in Nederland wonende of verblijvende verzekerden**

De zorgverzekeraar vergoedt maximaal € 50,- per dag van de eigen bijdrage voor maximaal 3 maanden van verblijf in een hospice of bijna-thuis-huis, als het verblijf is geïndiceerd door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de huisarts of de behandelend medisch specialist. De zorgverzekeraar vergoedt niet de inkomensafhankelijke eigen bijdrage die u verschuldigd bent op grond van de Wlz of de Wmo.

lid 3 **Zorghotel voor in Nederland wonende of verblijvende verzekerden**

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. Het verblijf vindt plaats op verwijzing van de behandelend arts en de zorgverzekeraar heeft vooraf toestemming verleend. Een overzicht van de

erkende zorghotels kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op [www.vvaa.nl/zorgverzekering](http://www.vvaa.nl/zorgverzekering).

lid 4 **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. Het verblijf moet plaatsvinden op verwijzing van behandelend arts.

lid 5 **Kuuroord**

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling en verblijf in een kuuroord binnen Europa als u lijdt aan reumatoïde artritis of psoriasis tot maximaal € 500,- per kalenderjaar.

### Artikel 13 Huishoudelijke hulp in natura voor in Nederland wonende verzekerden

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 4 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.

### Artikel 14 Vervangende mantelzorg voor in Nederland wonende verzekerden

Voor in Nederland wonende verzekerden vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van vervangende mantelzorg:

- bij afwezigheid van de mantelzorger(s) van een gehandicapte of chronisch zieke verzekerde, om medische reden of vakantie;
- bij afwezigheid van u als verzekerde mantelzorger om medische reden of vakantie.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten alleen als de mantelzorger 3 maanden of langer minimaal acht uur per week mantelzorg heeft verleend en als de vervangende mantelzorg is geregeld door de VvAA zorgconsulent (zie deel C). De vergoeding is maximaal € 2.000,- per kalenderjaar.

Als de mantelzorger en de persoon die de mantelzorg krijgt beiden aanvullend verzekerd zijn bij de zorgverzekeraar, dan kan slechts eenmaal aanspraak worden gemaakt op vergoeding. Daarbij hanteert de zorgverzekeraar de maximale vergoeding van de hoogste aanvullende verzekering.

### Artikel 15 Kinderopvang voor in Nederland wonende verzekerden

Als u als ouder in een ziekenhuis wordt opgenomen, vergoedt de zorgverzekeraar vanaf de 4e 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. Meer informatie vindt u in deel C (Zorgdiensten).

### Artikel 16 Preventieve zorg

lid 1 **Griepvaccinatie**

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een jaarlijkse griepvaccinatie .

lid 2 **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 – bijvoorbeeld door een werkgever – georganiseerd onderzoek;
- preventief medisch onderzoek door een sportarts. Hiervoor geldt artikel 2, lid 2.

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

- 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 of het lidmaatschap voor mantelzorgers van Mezzo. De zorgverzekeraar vergoedt de bijdrage na het overleggen van een kopie van het inschrijvings- en betalingsbewijs.

## Artikel 17 Buitenland

De zorgverzekeraar vergoedt de volgende kosten **buiten uw woonland**:

- lid 1 **Onvoorziene behandelingen**  
Bij acute ziekte of een ongeval tijdens verblijf buiten uw woonland vergoedt de zorgverzekeraar:
- de kosten van zorg die volgens de VvAA basis internationaal of een andere zorgverzekering voor eigen rekening blijven, uitsluitend door overschrijding van het bedrag dat zou zijn vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedrag; de vergoeding volgens de VvAA basis internationaal of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit;
  - de kosten die volgens de voorwaarden van de VvAA top internationaal zijn gedekt. De vergoeding is beperkt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedrag.

- lid 2 **Voorziene behandelingen**
- De zorgverzekeraar vergoedt de buiten uw woonland gemaakte kosten, volgens de voorwaarden van de VvAA top internationaal, als er sprake is van een voorziene behandeling. De vergoeding wordt verleend volgens het in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedrag tot maximaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag en het in de voorwaarden genoemde maximum bedrag;
  - De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van medisch-specialistische zorg volgens artikel 4 van deel B van de VvAA basis internationaal, 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 in dit land. De vergoeding volgens de VvAA basis internationaal 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:

- inzet van een Chefarzt (Duitsland) en ereloon(supplementen) (België) of kosten die hieruit voortvloeien;
- alternatieve zorg.

- lid 3 **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.

## Artikel 18 Artsen Alarm Service

- lid 1 **Artsen Alarm Service**  
Als u door acute ziekte of een ongeval bij tijdelijk verblijf buiten uw woonland in een ziekenhuis wordt opgenomen, bent u verplicht direct contact op te (laten) nemen met de Artsen Alarm Service. Daarnaast kunt u contact opnemen voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties. De Artsen

Alarm Service is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar (zie deel C).

- lid 2 Als u tijdelijk buiten uw woonland verblijft, vergoedt de zorgverzekeraar extra dienstverlening door of via de Artsen Alarm Service.
- a. Bij acute ziekte of een ongeval vergoedt de zorgverzekeraar:
- het geven van garantie op rechtstreekse betaling van zorgkosten aan de betreffende zorginstelling,
  - noodzakelijke voorschotbetalingen,
  - toezending van noodzakelijke geneesmiddelen als deze niet ter plaatse verkrijgbaar zijn,
  - de kosten van repatriëring: bij ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bestaat aanspraak op medisch noodzakelijke repatriëring naar uw woonland met de voorgeschreven medische

- begeleiding,
  - de noodzakelijke extra verblijfkosten van de verzekerde als repatriëring om medische redenen wel noodzakelijk maar (nog) niet mogelijk is,
  - de reiskosten van een eenmalig bezoek van uw gezinslid als repatriëring om medische redenen wel noodzakelijk maar (nog) niet mogelijk is;
- b. Bij overlijden vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van:
- vervoer van het stoffelijk overschot naar het woonland, of
  - begrafenis of crematie in het buitenland en overkomst van gezinsleden tot maximaal het bedrag dat vergoed zou zijn bij repatriëring van het stoffelijk overschot;
- c. Als u in een noodsituatie belandt, waarbij opsporing en redding noodzakelijk is, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van opsporing en/of redding tot maximaal € 11.345,-.

lid 3

**Medische gegevens**

U geeft – voor zover nodig – toestemming aan de medisch adviseur van de Artsen Alarm Service om de van belang zijnde gegevens met betrekking tot de redenen en achtergrond in geval van ziekenhuisopname en/of repatriëring te verschaffen aan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar.

## Deel C Zorgdiensten

# VvAA top internationaal 2019

---

### **VvAA zorgconsulent: van preventie tot nazorg**

Gezond zijn en gezond blijven is het uitgangspunt van de zorgverzekeraar. Dat houdt in dat de zorgverzekeraar meer doet dan het uitbetalen van nota's. U kunt bij de zorgverzekeraar terecht voor wachtlijstbemiddeling, het regelen van zorg en informatie over gezondheid, ziekte, preventie en de gezondheidszorg. Hiervoor kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent.

De Zorgconsulent is tijdens kantooruren bereikbaar vanuit Nederland op het gratis telefoonnummer 0800 668 96 67 of vanuit het buitenland op +31 (0)30 639 62 24.

### **Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg**

Daarnaast kunt u via de VvAA zorgconsulent:

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

### **Artsen Alarm Service**

Als u buiten uw woonland 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 het relatienummer en de naam van de verzekerde op te geven. Daarnaast kunt u contact opnemen voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties.

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 aan smartengeld en inkomensschade.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van bijstand, inclusief de kosten van het voeren van een procedure, tot maximaal € 12.500,-. Een reglement met daarin alle voorwaarden kunt u aanvragen bij Verhaalszaken of raadplegen op [www.vvaa.nl/zorgverzekering](http://www.vvaa.nl/zorgverzekering). Voor meer informatie, het aanvragen en regelen van deze verhaalsbijstand kunt u contact opnemen met Verhaalszaken.

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

### **Voor in Nederland wonende verzekerden of verzekerden die ten behoeve van een gedekte behandeling in Nederland verblijven, geldt ook het volgende:**

#### **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 binnen uw verzekering. Voor meer informatie over de mogelijkheden en vergoeding van eHealth kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent.

#### **Kraampakket**

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](http://www.vvaa.nl/zorgverzekering). De inhoud van het kraampakket kunt u raadplegen op [www.vvaa.nl/zorgverzekering](http://www.vvaa.nl/zorgverzekering).

#### **Huishoudelijke hulp in natura**

De VvAA zorgconsulent regelt voor u de huishoudelijke hulp in natura zoals beschreven in deel B, artikel 13.



**Vervangende mantelzorg**

De VvAA zorgconsulent regelt voor u de vervangende mantelzorg zoals beschreven in deel B, artikel 14.

**Kinderopvang**

De VvAA zorgconsulent regelt voor u de kinderopvang zoals beschreven in deel B, artikel 15.

**Taxivervoer**

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer zoals beschreven in artikel 9 van deel B van de VvAA top internationaal. Om u optimaal van dienst te zijn, laat de zorgverzekeraar een taxibedrijf het taxivervoer binnen Nederland 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.

**Preventief medisch onderzoek**

De VvAA zorgconsulent verzorgt informatie over preventief medisch onderzoek dat de verzekerde wordt aangeboden door de zorgverzekeraar.

**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.