



**Ik kies zelf
mijn arts én
ziekenhuis**

Manon Bleumink
huisarts,
lid sinds 2008

Algemene regels en vergoedingen 2020
Health Basic en Health Premium
vva.nl/zorg



Health Basic & Health Premium

Voor zorg in Nederland

Hoe werkt de verzekering?

Uw verzekering heeft algemene regels en vergoedingen. De algemene regels zijn de regels en afspraken die gelden voor Health Basic en Health Premium. Er staat bijvoorbeeld in wanneer de verzekering ingaat en hoe wij zorgkosten vergoeden.

In de vergoedingen staat op welke zorg en diensten u recht heeft en wat u daarvoor moet doen.

En hoe werkt de zorg in Nederland?

De huisarts heeft in Nederland een belangrijke rol. U kunt zich inschrijven bij een huisartsenpraktijk in de buurt. Als u een gezondheidsprobleem heeft, gaat u eerst naar de huisarts. Vaak kan de huisarts of een medewerker van de praktijk u helpen. Als het nodig is, verwijst de huisarts u naar een andere zorgverlener, bijvoorbeeld een medisch specialist in het ziekenhuis.

U kunt in Nederland niet rechtstreeks (zonder verwijzing) naar het ziekenhuis gaan. Ook als u met spoed zorg nodig heeft, moet u eerst contact opnemen met de huisarts, of een huisartsenpost. Alleen bij een levensbedreigende situatie belt u zelf een ambulance, via 1-1-2.

Voor paramedische zorg, de homeopathisch arts en de tandarts heeft u geen verwijzing nodig. Heeft u hulp nodig bij het kiezen van een zorgverlener? Of een andere vraag over zorg? Onze Zorgconsulenten zijn uw persoonlijke gids voor zorg.

Heeft u nog vragen?

Algemene informatie vindt u op www.vvaa.nl/zorgverzekering. U kunt ook contact opnemen met ons Service Center op 030 639 64 00.

Contactgegevens

VvAA zorgverzekering

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

VvAA service center

Voor algemene vragen over uw zorgverzekering
Telefoon: 030 639 64 00
Bereikbaar op werkdagen van 8.00 tot 18.00 uur
E-mail: sc@vvaazorgverzekering.nl

VvAA machtigingen

Als u toestemming nodig heeft om zorg vergoed te krijgen
Telefoon: 030 639 64 00
Bereikbaar op werkdagen van 8.30 tot 17.30 uur
Internet: www.vvaa.nl/verzekeringen/zorgverzekering

VvAA zorgconsulent

Informatie over behandelmethodes, het regelen van zorg en zorgbemiddeling
Telefoon: 0800 668 96 67 (gratis)
Bereikbaar op werkdagen van 8.30 tot 17.30 uur
E-mail: zorgconsulent@vvaazorgverzekering.nl

VvAA kraamzorg service

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

Artsen Alarm Service

Hulp en advies over geneeskundige zorg in noodsituaties
Telefoon: +31 (0)30 241 29 08
24 uur per dag bereikbaar

VvAA verhaalszaken

Bijstand bij verhaal van letselschade op een aansprakelijke derde
Telefoon: 030 639 62 64
Bereikbaar op werkdagen van 08.30 tot 17.00 uur

VvAA klachtenservice

Voor het indienen van een klacht
Postbus 168
3990 DD Houten
E-mail: klachtenservice@vvaazorgverzekering.nl

Taxivervoer

Telefoon: 0900 333 33 30
Bereikbaar op werkdagen van 08.30 tot 17.00 uur

Algemene regels Health Basic en Health Premium

Inhoud

Inleiding	5
1. De verzekeringen Health Basic en Health Premium	6
Over onze verzekeringen	6
Wie de verzekering afsluit, wie verzekerd is en wie het verzekeringsbewijs krijgt	6
Welke regels de verzekering en de premie bepalen	6
2. Ik word klant van VvAA	7
De verzekering afsluiten of aanvragen is zo gebeurd	7
Wanneer uw verzekering ingaat	7
Wat verder van belang is	7
3. Ik ben verzekerd bij VvAA	8
Ik heb zorg nodig	8
Ik betaal zelf: eigen bijdragen en eigen risico	8
Soms vergoedt de verzekering minder, of niet	9
Ik wil zorgkosten declareren	10
Ik betaal premie	10
Meewerken en informeren	11
Wij gebruiken uw gegevens. Zorgvuldig	11
Wij kunnen de verzekering wijzigen	12
U kunt de verzekering wijzigen	12
4. Ik verlaat VvAA, of VvAA beëindigt de verzekering	13
Opzeggen	13
Soms eindigt de verzekering zonder opzegging	13
Soms beëindigen wij de verzekering	13
Als u fraudeert	14
Als u niet tevreden bent of een klacht heeft	14
Wat verder van belang is	15

Inleiding

Dit zijn de algemene regels van Health Basic en Health Premium. Samen met de vergoedingen van Health Basic en Health Premium regelen ze waar u recht op heeft en wat u daarvoor moet doen.

Er staan ook regels in voor het afsluiten van deze verzekeringen.

Onze verzekeringen vergoeden kosten van zorg en geven recht op onze diensten.

Deze algemene regels zijn verdeeld in 4 onderwerpen.

1. De verzekeringen Health Basic en Health Premium
2. Ik word klant van VvAA
3. Ik ben verzekerd bij VvAA
4. Ik verlaat VvAA, of VvAA beëindigt de verzekering

Daarbij staat het belangrijkste in vette letters. Zo vindt u snel wat u zoekt.

1. De verzekeringen Health Basic en Health Premium

Bijna iedereen in Nederland moet een 'basisverzekering' hebben. Dat is wettelijk zo geregeld. De basisverzekering vergoedt alle belangrijke ziektekosten.

Kunt u geen basisverzekering afsluiten, bijvoorbeeld omdat u maar tijdelijk in Nederland bent en een niet-Nederlandse werkgever heeft? Of omdat u kenniswerker bent? Dan zijn Health Basic en Health Premium prima verzekeringen voor uw ziektekosten in Nederland. Met Health Basic bent u in Nederland verzekerd tegen de belangrijkste risico's, bijvoorbeeld de kosten van een ziekenhuisopname en geneesmiddelen. Met Health Premium kunt u kiezen voor een uitgebreidere dekking. Bijvoorbeeld zorg bij de tandarts, fysiotherapie en kraamzorg.

Over onze verzekeringen

1. Health Basic en Health Premium zijn **restitutieverzekeringen**. Met zo'n verzekering heeft u recht op de vergoeding van kosten van zorg en op onze diensten. We spreken hierna kortweg van 'verzekering', en van 'vergoeden van zorg'. Als wij hierna van 'VvAA' spreken, of van 'wij' of 'ons', bedoelen we daarmee ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.
2. **In dit document staat:**
 - **welke zorg** de verzekering vergoedt
 - **wie** die zorg mag leveren
 - **welke voorwaarden** verder gelden

Hierbinnen kunt u zelf een zorgverlener kiezen. De verzekering vergoedt zorg die **medisch noodzakelijk** is. Wat **medisch noodzakelijk** betekent staat in algemene regel 17.

Wie de verzekering afsluit, wie verzekerd is en wie het verzekeringsbewijs krijgt

3. De persoon die de verzekering afsluit, heet officieel **verzekeringnemer**. Die noemen wij hierna '**hoofdverzekerde**'. Een hoofdverzekerde kan een verzekering voor zichzelf afsluiten, maar ook voor iemand anders, zoals een partner of kinderen. De persoon die verzekerd is, is **de verzekerde**. Als u een verzekering voor uzelf afsluit, dan bent u de hoofdverzekerde én de verzekerde.
4. **De hoofdverzekerde krijgt van ons de polis**. Dat is het bewijs van de verzekering. Op de polis staat wie er verzekerd is en welke verzekeringen zijn afgesloten.

Welke regels de verzekering en de premie bepalen

5. De algemene regels en de vergoedingen bepalen wat uw verzekering inhoudt.
6. De verzekering is ook gebaseerd op informatie die u ons heeft verstrekt, bijvoorbeeld bij uw aanvraag.
7. Bij de algemene regels hoort ook onze premietabel. Daarin staan de – leeftijdsafhankelijke – premies van de verzekering en de kortingen en toeslagen.
8. Bent u collectief verzekerd? Dan gelden ook de regels die voor de collectieve verzekering van toepassing zijn. De voorwaarden van uw collectieve verzekering kunt u opvragen bij de partij die deze met VvAA heeft afgesloten. Vaak is dat de werkgever.

2. Ik word klant van VVAA

Wilt u klant worden van VvAA? U bent van harte welkom!

De verzekering afsluiten of aanvragen is zó gebeurd

9. U sluit de verzekering zelf af via onze website. Of u stuurt ons het aanvraagformulier via post of e-mail. U kunt de verzekering ook afsluiten via uw verzekeringsadviseur.
10. **U kunt Health Basic en Health Premium alleen afsluiten als uw woon- of hoofdverblijfplaats in Nederland ligt.** En als u geen recht heeft op een basisverzekering volgens de Zorgverzekeringswet. **En wij stellen vragen over de gezondheid van de verzekerde(n).** Met de antwoorden beoordelen wij of u de verzekering kunt afsluiten. Sluit u de verzekering af voor een kind binnen 4 maanden na de geboortedatum? Dan gaat de verzekering in op de geboortedatum zonder gezondheidsvragen.

Wanneer uw verzekering ingaat

11. **Op de polis staat wanneer uw verzekering ingaat.**

Wat verder van belang is

12. **Bij een nieuwe verzekering heeft u 14 dagen bedenktijd.**
De bedenktijd van 14 dagen gaat in op de dag dat u de polis ontvangt. U kunt dan zonder reden opzeggen. Dit betekent dat de verzekering nooit heeft bestaan. U krijgt betaalde premies terug en er bestaat geen recht op vergoeding(en).
13. Neemt u per e-mail of via social media contact met ons op? Dan mogen wij ook via die weg reageren. Dat doen wij niet als dat door privacyregels niet kan, of als u aangeeft dat u via een andere weg reactie wilt ontvangen. Neemt u via de website contact met ons op? Dan reageren wij telefonisch of via e-mail.

3. Ik ben verzekerd bij VvAA

Heeft u Health Basic of Health Premium? Dan heeft u recht op vergoeding van zorgkosten. In dit hoofdstuk staat wat wij vergoeden.

Ik heb zorg nodig

14. Heeft u zorg nodig? Aan de hand van de volgende regels bepalen wij of wij de zorg vergoeden. Meestal gaat de vergoeding bij zorg in Nederland vanzelf. De zorgverlener vraagt dan rechtstreeks vergoeding van VvAA en VvAA betaalt rechtstreeks aan de zorgverlener. U mag het recht op vergoeding van zorgkosten niet zonder onze toestemming aan iemand anders overdragen. Of gebruiken om iemand anders zekerheid te geven dat u een nota van die ander gaat betalen.
15. **Health Basic en Health Premium vergoeden de zorg en geven recht op diensten die bij de Vergoedingen staan, als aan de voorwaarden en de algemene regels is voldaan.**

Voorbeeld

In de algemene regels staat dat wij alleen zorg vergoeden die u in redelijkheid nodig heeft. Dit geldt altijd, ook al wordt dit niet steeds herhaald.

Bij de vergoeding kan bijvoorbeeld als voorwaarde staan dat de zorgverlener een bepaalde specialisatie heeft. Of dat u van ons toestemming moet hebben voor u naar de zorgverlener gaat.

16. **De verzekering vergoedt de zorg zolang u bij ons verzekerd bent.**

Op de datum van behandeling of (bijvoorbeeld bij een geneesmiddel) de datum van aflevering die op de nota staat, moet u bij ons verzekerd zijn. Brengt uw zorgverlener de hele behandeling als 1 tarief in rekening, zoals bij een dbc? Dan moet u op de openingsdatum van de dbc bij ons verzekerd zijn. Eindigt uw verzekering terwijl een dbc nog niet gesloten is? Dan krijgt u mogelijk niet alle kosten vergoed. Dit geldt ook bij andere, vergelijkbare declaraties.

17. **Wij vergoeden alleen de zorg:**

- a. waarop u naar inhoud en omvang in redelijkheid bent aangewezen, en**
b. die naar inhoud en omvang als effectief en veilig wordt beschouwd

Dit is het geval als de wetenschap heeft aangetoond en in de praktijk is gebleken dat de zorg goed werkt. Is dat niet aangetoond of gebleken dan geldt wat het betrokken vakgebied (de hele groep van zorgverleners) goede zorg vindt. Verder moet de zorg voor u doeltreffend zijn. De zorg mag dus niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.

18. **De overheid bepaalt soms het tarief.** Wij vergoeden dan maximaal dat tarief. In Nederland stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor sommige behandeling een vaste of maximumprijs vast. Wij vergoeden dan deze vaste prijs, of niet meer dan de maximumprijs.

Is er geen vaste of maximumprijs van de overheid? Dan vergoeden wij de marktconforme prijs.

'Marktconform' betekent dat de nota van uw zorgverlener niet onredelijk hoog is, vergeleken met wat andere zorgverleners in het land van behandeling voor die zorg rekenen.

Wij betalen altijd in euro's. Is het bedrag op de nota van uw zorgverlener in een andere muntsoort? Dan rekenen wij het bedrag om naar euro's. Wij rekenen met de wisselkoers op de laatste werkdag van de maand vóór de maand waarin u de zorg ontving.

Ik betaal zelf: eigen bijdragen en eigen risico

19. **Soms betaalt u een eigen bijdrage.**

Voor bepaalde geneesmiddelen geldt een wettelijke eigen bijdrage. Dat is een bedrag dat u zelf moet betalen als u deze geneesmiddelen krijgt.

20. **U kunt per kalenderjaar een eigen risico kiezen. U kunt kiezen voor € 0, € 500 of € 1.000.** Bij een eigen risico van € 500 of € 1.000 krijgt u dit deel van uw zorgkosten niet vergoed. U krijgt dan wel korting op de premie. In de premietabel staan de kortingen. Op uw polis staat welk eigen risico voor u geldt.

U betaalt geen eigen risico over de eigen bijdrage. Dit werkt als volgt. Als wij een nota van u krijgen, halen we daar eerst uw eigen bijdrage vanaf. Daarna berekenen wij het eigen risico.

21. **Tot 1 januari van het jaar waarin u 19 jaar wordt, heeft u geen eigen risico.** Wilt u vanaf die datum wel een eigen risico? Dan moet u dat voor 1 januari aan ons doorgeven.

22. Declareert u of uw zorgverlener zorg, dan telt die zorg mee voor het eigen risico van het jaar van behandeling. Soms moet de zorgverlener van de overheid de consulten, onderzoeken en behandelingen in 1 keer declareren, bijvoorbeeld met een dbc. Is dat zo? Dan telt de dbc mee voor het eigen risico in het jaar waarin de dbc is geopend.

Opent de zorgverlener voor dezelfde behandeling een nieuwe dbc (vervolg-dbc) in het jaar erop? Dan moet u mogelijk voor beide jaren eigen risico betalen.

23. **Bent u maar een deel van het jaar bij ons verzekerd?**

Dan passen wij het eigen risico daarop aan. Wij berekenen dan op basis van het aantal dagen dat de verzekering heeft gelopen of dat premie moest worden betaald. De uitkomst ronden wij af op hele euro's.

Uw verzekering gaat in op 3 februari. Er zijn dan 33 dagen van het jaar voorbij en nog 333 te gaan. Uw eigen risico is 333/366 van bijvoorbeeld € 500: € 454,92. We ronden dat af op € 455.

Soms vergoedt de verzekering minder, of niet

24. **Soms bestaat recht op zorg of hulp volgens onder meer de:**

- Wet langdurige zorg (Wlz)
- Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo)
- Jeugdwet

Dan vergoeden wij de zorg of hulp niet, ongeacht of u Wlz-/Wmo-gerechtigd bent. Ook niet als u de zorg of hulp van zorgkantoor of gemeente niet voldoende zou vinden.

25. **Wij vergoeden ook de volgende zorg en diensten niet.**

eigen bijdragen volgens:

- Wet langdurige zorg
- Zorgverzekeringswet
- Wet maatschappelijke ondersteuning 2015
- Jeugdwet

eigen bijdragen voor bevolkingsonderzoek

keuringen, zoals aanstellingskeuringen en rijbewijskeuringen

het verstrekken van doktersverklaringen

kosten voor te laat betalen van nota's

niet nagekomen zorgafspraken (no-show)

schade door (burger)oorlog, opstand, en vergelijkbare conflicten

activiteiten om een bepaald sportniveau te bereiken, of sportprestaties te verbeteren

26. Als uw zorgkosten het gevolg zijn van terroristische handelingen, dan kan het zijn dat u een lagere vergoeding krijgt. Wij hebben onze verplichting om deze zorgkosten te vergoeden, verzekerd bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). Deze verzekering vergoedt maximaal € 1 miljard per kalenderjaar. Zijn er meer kosten? Dan vergoedt de NHT deze voor een deel. Wij vergoeden de zorgkosten dan ook voor dit deel. Hebben wij de kosten niet verzekerd bij NHT? Ook dan vergoeden wij de kosten voor een gelijk deel, alsof ze wel verzekerd zouden zijn bij de NHT.

Met terroristische handelingen bedoelen wij: 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

(Woont u niet in Nederland? Dan krijgt u zorg die het gevolg is van terroristische handelingen niet vergoed.)

27. **Voor Health Basic en Health Premium gelden de volgende 2 beperkingen. In de praktijk merkt u dit niet.** Verzekeraars lossen dit zoveel mogelijk samen op.

1. **Health Basic en Health Premium vergoeden niet voor het deel waarvoor een andere regeling geldt.**

De verzekeringen zijn 'excedent'-verzekeringen. Dit betekent dat de vergoedingen niet gelden voor zover een andere regeling vergoedt. Daarboven vergoeden wij wel, tot de maximale vergoeding. Een regeling is een verzekering, wet of voorziening.

2. **Wij vergoeden niet bij samenloop.**

Samenloop betekent dat zorg of zorgkosten onder 2 of meer regelingen vallen. Of onder die andere regeling zou vallen, als Health Basic of Health Premium niet bestond. Het maakt niet uit of de andere regeling eerder of later is ingegaan.

28. **Wij vergoeden de volgende zorg ook niet.**

Zorg die is voorgeschreven of geleverd:

- door de verzekerde aan zichzelf
- door de verzekerde aan een gezinslid
- door een familielid in de 1e of 2e graad aan een verzekerde

Wij vergoeden deze zorg wel als we vooraf toestemming hebben gegeven.

Ik wil zorgkosten declareren

U heeft zorg gekregen en vraagt zich af hoe het zit met de vergoeding. Vaak heeft u hier geen omkijken naar. Want zorgverleners sturen ons de nota meestal rechtstreeks. Krijgt u toch een nota zelf? Dan kunt u die op verschillende manieren bij ons indienen. Hieronder leest u hoe het werkt.

29. **Veel zorgverleners dienen de nota rechtstreeks bij ons in. Wij betalen dan rechtstreeks aan de zorgverlener. Zo voldoen wij aan de verplichting om uw nota te vergoeden.**

Betalen wij de zorgverlener meer dan waarop u recht heeft? Dan kunnen wij het verschil bij de zorgverlener terugvragen.

30. **Het kan ook zijn dat u ons zorgkosten moet terugbetalen.** Als wij rechtstreeks met uw zorgverlener afrekenen, betalen wij de hele nota. Dat doen wij ook als u een deel van de nota zelf moet betalen door het eigen risico of een eigen bijdrage. Of doordat niet alle zorg door Health Basic of Health Premium wordt vergoed. Voor het bedrag dat u zelf moet betalen, krijgt u van ons een nota. Die moet u binnen 21 dagen betalen.

31. **Dient u zelf een nota van een zorgverlener bij ons in? Dan moet u zich aan de volgende 3 regels houden.** Anders kan het zijn dat wij de kosten niet vergoeden.

- Dien uw nota's zo snel mogelijk bij ons in. We moeten ze binnen 3 jaar hebben ontvangen.** De 3 jaar gaan in op het moment dat u de zorg gekregen heeft. Dus niet op het moment dat gedeclareerd is.
- Nota's die u indient moeten duidelijk zijn.** Er moet bijvoorbeeld in staan welke zorg u heeft gekregen, en wie die heeft verleend. De nota's moeten in het Nederlands zijn, of in het Engels, Duits, Frans of Spaans. Anders kunnen wij om een vertaling vragen.
- Dient u de nota digitaal in, bijvoorbeeld via de VvAA app of onze website? **U moet de originele nota nog 1 jaar bewaren nadat wij deze hebben ontvangen.** Wij kunnen u vragen ons het origineel toe te sturen.

32. **Wij kunnen nota's controleren.** Wij gaan dan bijvoorbeeld na of u de zorg wel heeft gekregen en nodig had.

Ik betaal premie

33. **De hoofdverzekerde moet de premies voor de verzekerden steeds vooraf betalen.** U kunt kiezen voor betalen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar.

34. **Leeftijdafhankelijke premie.** De premie is leeftijdsafhankelijk. Bij een hogere leeftijdscategorie hoort een hogere premie. Die geldt vanaf 1 januari van het kalenderjaar dat volgt op uw verjaardag. De premie staat in de premietabel.

35. **Er kunnen van de premie nog kortingen af gaan.** De premie en de kortingen staan in de premietabel. Korting krijgt u:
- als u per kwartaal, half jaar of jaar betaalt in plaats van per maand
 - als u een eigen risico kiest
 - als u aan een collectiviteit deelneemt
36. Berekenen wij premie over een deel van 1 maand? Dan stellen we 1 maand op 30 dagen.
37. U mag premie die u moet betalen niet verrekenen met vergoedingen die u nog van ons krijgt.
38. Tijdens detentie wordt uw verzekering opgeschort, tenzij u deze wilt laten doorlopen. Tijdens opschorting kunt u bij ons geen aanspraak maken op vergoeding van zorg. U hoeft ons ook geen premie te betalen. Als u de verzekering wilt opschorten, moet u ons vooraf laten weten dat u in detentie zit, en voor welke periode. U moet ons dan ook laten weten wanneer u vrij bent gekomen.

Meewerken en informeren

39. **Hebben wij voor controle of onderzoek informatie nodig? Dan moet u daar aan meewerken.** U moet zorgen dat onze medisch adviseur of een andere medewerker die informatie krijgt. Bijvoorbeeld van de behandelend arts. Hierbij gelden de privacyregels. Werkt u niet mee, dan kan het zijn dat u nota's niet vergoed krijgt, of ons moet terugbetalen.
40. **Belangrijke veranderingen in uw situatie moet u binnen 1 maand aan ons doorgeven.** Met belangrijk bedoelen we gebeurtenissen waarvan wij op de hoogte moeten zijn om uw verzekering goed uit te voeren. Bijvoorbeeld:
- u verhuist naar het buitenland of gaat daar werken
 - u krijgt een ander bankrekeningnummer
 - u heeft een kind gekregen
 - u bent verplicht om een basisverzekering (een zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet) te hebben
- Doet u dit niet, dan kan het zijn dat u nota's niet vergoed krijgt.
41. Is iemand anders aansprakelijk voor uw zorgkosten, bijvoorbeeld omdat u bent aangereden? Of heeft u een (reis)verzekering die de zorgkosten dekt? **U moet meewerken als wij de zorgkosten bij die andere persoon of verzekeraar willen terugvragen.** Vraagt u zelf ook (andere) kosten terug bij de tegenpartij? Dat mag onze rechten niet beperken. Anders kan het zijn dat u de zorgkosten aan ons moet terugbetalen.

Wij gebruiken uw gegevens. Zorgvuldig.

42. **Als u bij ons een verzekering heeft of aanvraagt, nemen wij uw gegevens op in onze administratie.** Als u ons belt, kunnen wij het telefoongesprek opnemen en omzetten in geschreven tekst. Hierbij gelden de privacyregels. Die regels staan in de wet, onze gedragscode en ons privacy statement. In ons privacy statement vindt u hierover meer informatie.
43. **Wij nemen uw burgerservicenummer (BSN) op in onze administratie.** Wij moeten het gebruiken in de contacten met zorgverleners.
44. Wij gebruiken uw gegevens en opgenomen telefoongesprekken:
- om uw verzekeringen en onze dienstverlening uit te voeren en te verbeteren
 - om te voldoen aan wettelijke verplichtingen
 - voor controle, analyse en (wetenschappelijk of statistisch) onderzoek
 - voor marketing
 - voor het voorkomen en bestrijden van fraude en andere criminaliteit
- Soms gebruiken wij ook medische gegevens. Dat doen wij alleen als dat nodig is voor deze doelen, behalve marketing. Meer informatie hierover staat in ons privacy statement. Daar staat ook in wat uw rechten zijn.
45. De stichting CIS houdt bij wie heeft gefraudeerd. Wij mogen daar nagaan of u er bekend bent. Ook mogen wij uw gegevens via het CIS uitwisselen met andere verzekeraars, als daar reden voor is. Wij gebruiken deze informatie bij het afsluiten van verzekeringen en het behandelen van declaraties. Het CIS heeft een eigen privacyreglement. U vindt het via www.stichtingcis.nl.

46. Om uw verzekeringen uit te voeren, vragen en geven wij uw adres- en polisgegevens aan anderen, zoals zorgverleners en hulpmiddelenleveranciers. Wij doen dat digitaal via het netwerk voor veilige communicatie in de zorg (Vecozo), of via een beveiligde e-mailverbinding. Zo kan de zorg die u krijgt op een makkelijke en veilige manier bij ons worden gedeclareerd. Neemt u deel aan een collectieve verzekering via uw werkgever? Dan wisselen wij voor de uitvoering van de verzekeringen gegevens uit met uw werkgever. Zo kijken wij of u (nog) recht op premiekorting heeft.

Is er een dringende reden om uw adres niet uit te wisselen? Dan kunt u dat bij ons melden.

47. Wilt u geen post, e-mail of andere uitingen ontvangen met marketing als doel? Geef het aan ons door. Dan sturen wij u deze informatie niet meer.

Wij kunnen de verzekering wijzigen

48. **Wij kunnen de voorwaarden en de premie van de verzekering wijzigen.**

De hoofdverzekerde krijgt van ons bericht over deze wijzigingen. Daarin staat ook wanneer de wijzigingen ingaan. Meestal is dat op 1 januari. Later kan ook. Soms kunt u dan opzeggen. Dit staat in algemene regel 50.

U kunt de verzekering wijzigen

49. De hoofdverzekerde kan de verzekering per 1 januari wijzigen van Health Basic naar Health Premium of andersom. Daarbij stellen wij gezondheidsvragen als het gaat om een wijziging van Basic naar Premium.

4. Ik verlaat VvAA, of VvAA beëindigt de verzekering

We hopen natuurlijk dat u bij ons blijft. Wilt u de verzekering toch beëindigen? Hier leest u hoe en wanneer u dat kunt doen.

Opzeggen

50. **De hoofdverzekerde kan de verzekering elk jaar opzeggen.** Dit kan met een brief, een e-mail of via de website. Als de opzegging op 31 december bij ons binnen is, eindigt de verzekering op 1 januari van het volgende jaar.

In 5 gevallen kan de hoofdverzekerde ook tijdens het jaar opzeggen.

- a. Als u nog in de bedenktijd van algemene regel 12 zit.
- b. Als u van werkgever verandert en u bij uw huidige werkgever aan een collectieve verzekering deelneemt. De opzegging moet dan wel binnen 1 maand na het einde van uw huidige dienstverband bij ons binnen zijn.
- c. Als wij de verzekering of de premie tussentijds wijzigen volgens algemene regel 48. De verzekering eindigt op de datum waarop de wijziging zou ingaan. U moet dan wel opzeggen voordat de wijziging ingaat, of binnen 1 maand nadat de hoofdverzekerde bericht over de wijziging heeft gekregen. Opzeggen kan niet als de wijziging het gevolg is van het veranderen van een wettelijke bepaling, of als de wijziging voordelig voor u is.
- d. Als de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) u laat weten dat wij medische gegevens over u hebben bekeken die niet voor ons bestemd waren. Wij zullen dat ook nooit doen. De opzegging moet binnen 6 weken na het bericht van de NZa bij ons binnen zijn.
- e. Als de verzekerde 18 jaar wordt. De verzekering eindigt dan op de 1e dag van de maand na de maand waarin de verzekerde 18 jaar wordt.

Soms eindigt de verzekering zonder opzegging

50. Blijkt na het afsluiten van Health Basic of Health Premium dat u een basisverzekering volgens de Zorgverzekeringswet had moeten of moet hebben? Dan eindigt Health Basic of Health Premium vanaf de ingangsdatum of de datum waarop u een basisverzekering had moeten of moet hebben. Heeft u al premie betaald? Dan betalen wij die terug. Zorgkosten die wij hebben vergoed, halen wij hier van af. Zijn de door ons betaalde zorgkosten hoger dan de door u betaalde premie? Dan moet u ons het verschil terugbetalen.
51. Health Basic en Health Premium eindigen ook als de woon- of verblijfplaats van een verzekerde niet langer in Nederland ligt.
52. De verzekering eindigt op de dag na de dag waarop de verzekerde overlijdt. Teveel betaalde premie betalen wij terug of verrekenen wij.

Soms beëindigen wij de verzekering

53. **Wij beëindigen de verzekering als u niet op tijd betaalt.** Voor wij uw verzekering beëindigen, doorlopen wij de volgende stappen.
 - a. Als u de premie niet (op tijd) betaalt, sturen wij u een aanmaning. Dat doen wij ook als u zorgkosten die wij hebben voorgesloten niet (op tijd) terugbetaalt.
 - b. Heeft u een betalingsachterstand van 2 maanden premie? Dan sturen wij u een voorstel voor een betalingsregeling. Accepteert u dat voorstel niet? En betaalt u ook het openstaande bedrag niet? Dan beëindigen wij uw verzekering.
 - c. Heeft u een betalingsachterstand van zorgkosten, eigen risico of eigen bijdragen die u moet terugbetalen? Dan sturen wij u ook een voorstel voor een betalingsregeling. Accepteert u dat voorstel niet? En betaalt u ook het openstaande bedrag niet? Dan kunnen wij uw verzekering beëindigen.

54. **Moeten wij kosten maken om te zorgen dat u premie en voorgeschoten kosten (terug)betaalt?** Dan komen die voor uw rekening. Het kan bijvoorbeeld gaan om de kosten van een incassobureau of van een rechtszaak.

55. Wij kunnen de verzekering ook beëindigen als u gefraudeerd heeft.

Als u fraudeert

56. **Bij fraude nemen wij maatregelen.** Wij spreken van fraude als u bewust een regel overtreedt of dat door een ander laat doen om er zelf beter van te worden. Dit is het geval als u met onjuiste of onvolledige informatie bij ons een verzekering afsluit of probeert af te sluiten. Of van ons een vergoeding of dienst krijgt of probeert te krijgen terwijl u daar geen recht op heeft.

Voorbeelden van fraude zijn:

- u stuurt ons stukken die vervalst zijn
- u geeft ons opzettelijk een onjuist beeld van uw situatie
- u vermeldt bij een declaratie iets wat niet waar is
- u houdt informatie achter die voor ons van belang is

57. Bij een vermoeden van fraude starten wij een onderzoek. Wij houden ons aan het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit. In dit Protocol hebben verzekeraars afspraken gemaakt over de aanpak van fraude.

58. Is fraude vastgesteld? Dan kunnen dit de gevolgen zijn:

- nota's waarmee is gefraudeerd, vergoeden wij niet
- nota's die wij onterecht aan u of uw zorgverlener hebben betaald, vorderen wij van u terug
- kosten van het fraudeonderzoek brengen wij bij u in rekening
- wij kunnen aangifte doen bij de politie
- wij kunnen uw gegevens (laten) opnemen in de registers die in algemene regel 45 staan
- wij kunnen uw verzekering met terugwerkende kracht tot de datum van de fraude beëindigen
- wij kunnen u weigeren voor een nieuwe verzekering

Als u niet tevreden bent of een klacht heeft

Wij doen ons best om u zo goed mogelijk van dienst te zijn. Toch kan het gebeuren dat u niet tevreden bent of het niet eens bent met een beslissing die we hebben genomen. Wilt u een klacht indienen? Hieronder leggen wij uit hoe u dit kunt doen.

59. **Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of ontevreden met onze dienstverlening? Dan kunt u bij onze Klachtenservice een klacht indienen.** U ontvangt onze reactie binnen 30 dagen.

60. **Bent u niet tevreden met onze reactie of reageren wij niet? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).** De procedure bij de SKGZ verloopt in 2 stappen.

- a. Eerst probeert de Ombudsman uw klacht door bemiddeling op te lossen.
- b. Als dat niet lukt, kunt u uw klacht voorleggen aan de Geschillencommissie.

Meer informatie vindt u op de website skgz.nl/procedure.

U kunt uw klacht op 2 manieren bij de SKGZ indienen.

- a. Via het klachtenformulier op skgz.nl/klacht-indienen
- b. Door een brief te sturen naar:

SKGZ
Antwoordnummer 5518
3700 VB Zeist

U moet de klacht op tijd bij SKGZ indienen. De SKGZ heeft 4 termijnen.

- a. Heeft u een reactie van ons gekregen? U kunt uw klacht tot 1 jaar na ons antwoord indienen bij de Ombudsman.
- b. Hebben wij niet gereageerd? U kunt uw klacht tot 13 maanden na uw vraag aan VvAA indienen bij de Ombudsman.

- c. U kunt de SGKZ vragen of u uw klacht direct aan de Geschillencommissie mag voorleggen. Dit kan tot 1 jaar na het (niet) handelen van VvAA waar uw klacht over gaat. Heeft u het (niet) handelen niet direct gemerkt? Dan gaat de termijn van 1 jaar in op het moment dat u wel op de hoogte had kunnen zijn.
- d. Heeft de Ombudsman uw probleem volgens u niet opgelost, en wilt u uw klacht daarom voorleggen aan de Geschillencommissie? Dit kan tot 3 maanden nadat de Ombudsman u zijn antwoord heeft laten weten.

U kunt uw klacht mogelijk ook voorleggen aan de burgerlijke rechter. U kunt dan niet meer naar de SGKZ.

61. Is uw klacht dat onze formulieren te ingewikkeld of overbodig zijn? Dan kunt u deze ook bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) indienen. Dat kan via de telefoon of e-mail.

Nederlandse Zorgautoriteit
Informatielijn: 088 770 87 70
E-mail: informatielijn@nza.nl

Wat verder van belang is

62. De verzekering valt onder Nederlands recht.

Vergoedingen
Health Basic & Health Premium 2020

Vergoedingen 2020

	Health Basic	Health Premium
Huisarts en gezond blijven		
Huisarts (huisartsenzorg)	•	•
Trombosedienst	•	•
Stoppen met roken		•
Medisch noodzakelijke (reis)vaccinaties en griepvaccinatie		•
Preventief medisch onderzoek		•
Homeopathisch of antroposofisch arts		•
Ziekenhuis en medisch specialist		
Medisch specialist	•	•
Ziekenhuisopname	•	•
Medisch-specialistische revalidatie	•	•
Orgaantransplantatie en -donatie	•	•
Second opinion	•	•
Borstkanker: aanvullend onderzoek	•	•
Vruchtbaarheidsbehandelingen		•
In-vitrofertilisatie (ivf)		•
Plastische chirurgie		•
Sterilisatie		•
Extra zorg		
Medisch-specialistische verpleegkundige zorg thuis	•	•
Verblijf in een logeerhuis		•
Hospice (logeerkosten)		•
Zwangerschap en bevalling		
Prenatale screening	•	•
Zwangerschap en bevalling	•	•
Kraamzorg en kraampakket		•
Medicijnen en hulpmiddelen		
Geneesmiddelen Basic	•	•
Geneesmiddelen Premium		•
Hulpmiddelen Basic	•	•
Hulpmiddelen Premium		•
Mond en gebit		
Kaakchirurgie	•	•
Tandheelkundige zorg na een ongeval	•	•
Algemene tandheelkundige zorg		•
Orthodontie tot 18 jaar		•
Psychische zorg		
Generalistische basis-ggz		•
Gespecialiseerde ggz	•	•
Vervoer		
Ambulancevervoer	•	•
Repatriëring bij overlijden in Nederland	•	•
Zittend ziekenvervoer		•
Overige therapieën		
Overige therapieën		•
Zorg in het buitenland en reizen		
Spoedeisende zorg in het buitenland	•	•
Repatriëring		•
Verhaal bij letselschade		
Verhaal bij letselschade		•

Huisarts en gezond blijven

Vergoedingen

Huisarts (huisartsenzorg)

Trombosedienst

Stoppen met roken

Medisch noodzakelijke (reis)vaccinaties en griepvaccinatie

Preventief medisch onderzoek

Homeopathisch of antroposofisch arts

Huisarts (huisartsenzorg)

Heeft u gezondheidsproblemen? Of vragen over uw gezondheid? Dan is uw huisarts meestal uw eerste aanspreekpunt. Ook voor psychische klachten kunt u bij de huisarts terecht.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

Wat u vergoed krijgt

In Nederland is het gebruikelijk dat u zich inschrijft bij een huisarts. Dat is niet verplicht. Maar inschrijven is wel aan te raden, want:

- u heeft dan altijd een huisarts als u zorg nodig heeft
- de ontwikkeling van uw gezondheid staat in een medisch dossier

Soms behandelt de huisarts u

De huisarts bespreekt uw vragen en klachten met u en stelt een diagnose. Als het nodig is, laat hij uw bloed onderzoeken, of laat hij ander onderzoek doen. Meestal kan de huisarts u zelf behandelen. Soms verwijst hij u door naar een andere zorgverlener, zoals een fysiotherapeut, psycholoog of medisch specialist.

Soms behandelen andere zorgverleners u

Vaak werken in de praktijk van de huisarts nog andere zorgverleners: dit noemen we de praktijkondersteuners. Bijvoorbeeld een diabetesverpleegkundige, een longverpleegkundige of iemand die psychische problemen behandelt. Zij kunnen u zelfstandig behandelen, onder verantwoordelijkheid van de huisarts.

Soms behandelen de huisarts en andere zorgverleners u samen

De huisarts kan ook samenwerken met zorgverleners buiten de praktijk. Met elkaar zorgen zij ervoor dat u zorg op maat krijgt bij bijvoorbeeld diabetes (suikerziekte), hart- en vaatziekten of COPD (chronische longproblemen). Dit wordt ook wel 'ketenzorg' genoemd.

Soms moet u ergens anders heen voor extra onderzoek

Soms heeft de huisarts voor een goede diagnose extra onderzoek nodig. Eenvoudig onderzoek kan vaak in de praktijk zelf. Als het onderzoek niet in de huisartsenpraktijk kan, stuurt de huisarts u naar een laboratorium, een bloedprikpost of de polikliniek van het ziekenhuis. De huisarts krijgt de uitslag van het onderzoek en kan u dan verder behandelen.

Health Basic en Premium vergoeden deze diagnostiek als het gaat om:

- laboratoriumonderzoek, zoals bloed- of urineonderzoek
- beeldvormende diagnostiek, zoals een röntgenfoto of een scan
- functieonderzoek, zoals een hartfilmpje of longtest

Spoedzorg: eerst de huisarts of de huisartsenpost

Gaat het om een levensbedreigende situatie? Dan belt u 112. Voor andere spoedeisende vragen belt u eerst met uw huisarts. Is uw huisartsenpraktijk gesloten? Dan belt u met de huisartsenpost. Daar beoordelen ze hoe dringend uw hulpvraag is en welke zorgverlener u het beste kan helpen. Soms is een advies van de huisartsenpost genoeg. Is dat niet het geval? Dan vragen ze u om langs te komen. Als dat nodig is, krijgt u van de huisartsenpost een verwijzing voor de spoedeisende hulp van het ziekenhuis. Komt u bij de spoedeisende hulp maar heeft u geen verwijzing? Dan kunt u niet altijd terecht of moet u langer wachten.

Al deze zorg samen is huisartsenzorg. Health Basic en Premium vergoeden die.

Dit wordt niet vergoed

- eerstelijns verblijf
- zorg door de specialist ouderengeneeskunde of de arts voor verstandelijk gehandicapten

Trombosedienst

Bij trombose stolt het bloed op het verkeerde moment of op de verkeerde plaats. Zo kunnen bloedpropjes ontstaan die de bloedvaten afsluiten. Antistollingsmiddelen (bloedverduunners) gaan dit tegen.

Als u antistollingsmiddelen gebruikt, moet u regelmatig de stollingstijd van uw bloed (laten) controleren. Daarvoor krijgt u meestal te maken met de trombosedienst. Dit is een instelling die patiënten begeleidt die in opdracht van een behandelend arts antistollingsmiddelen gebruiken. De trombosedienst heeft prikposten waar u bloed kunt laten prikken, of komt bij u thuis. Controleert u zelf de stollingstijd? Dan kan de trombosedienst u meetapparatuur geven en u helpen bij het gebruik ervan.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

Wat u vergoed krijgt

Health Basic en Premium vergoeden:

- het prikken van bloed door de trombosedienst
- het onderzoek om de stollingstijd van het bloed te bepalen
- advies over geneesmiddelen om trombose te voorkomen

Meet u zelf de stollingswaarden van uw bloed? Dan vergoeden Health Basic en Premium ook:

- instructie voor het gebruik van de apparatuur en begeleiding bij de metingen

De vergoeding van de zelfmeetapparatuur en de producten die daarbij horen, staat onder de vergoeding Hulpmiddelen bij trombose.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

U moet voor de zorg start een verwijzing hebben van uw (huis)arts of medisch specialist.

Stoppen met roken

Wilt u graag stoppen met roken en lukt dat niet alleen? Dan kan uw huisarts, verloskundige of medisch specialist u helpen met korte ondersteunende adviezen.

Voor intensievere begeleiding kunt u meedoen aan een stoppen-met-rokenprogramma. Dat is gericht op stoppen met roken door verandering van uw gedrag. Professionals helpen u met advies, persoonlijke coaching, telefonische coaching of een groepstraining. Eventueel in combinatie met nicotinevervangers, zoals nicotinepleisters of nicotine zuig- of kauwtabletten, of met geneesmiddelen zoals Nortrilen, Zyban of Champix.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen
Health Premium	<ul style="list-style-type: none">• Stoppen-met-rokenprogramma 1 keer per kalenderjaar, met nicotinevervangers/geneesmiddelen• Lasertherapie, Allen Carr-training, training De Opluchting tot maximaal € 250 per kalenderjaar

Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt:

- 1 keer per kalenderjaar een stoppen-met-rokenprogramma, met de daarbij voorgeschreven nicotinevervangers en geneesmiddelen

Voor een stoppen-met-rokenprogramma kunt u terecht bij:

- huisarts
- verpleegkundige
- zorgverlener die geregistreerd staat in het kwaliteitsregister Stoppen met Roken van het Partnership Stop met Roken. U vindt zo'n zorgverlener via www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl

Voor de bijbehorende nicotinevervangers en geneesmiddelen kunt u terecht bij:

- apotheek
- apotheekhoudend huisarts

Health Premium vergoedt daarnaast onderstaande programma's tot maximaal € 250 per kalenderjaar:

- lasertherapie
- Allen Carr-training
- training De Opluchting (videotraining, e-mailtraining of open training van één dag)

Dit moet u zelf doen

Voor de nicotinevervangers en de geneesmiddelen moet u een voorschrift (recept) hebben

Voor de nicotinevervangers en geneesmiddelen die bij de behandeling horen, moet u een voorschrift hebben van uw huisarts. Of van een medisch specialist, verloskundige of verpleegkundig specialist. Die laatste 3 moeten een aanvraagformulier invullen. U stuurt dit formulier mee met uw declaratie. Dit formulier vindt u op onze website. Of neem contact op met ons Service Center.

Medisch noodzakelijke (reis)vaccinaties en griepvaccinatie

Tegen sommige ziektes kunt u zich laten inenten. Bijvoorbeeld met de jaarlijkse griepvaccinatie. En als u op reis gaat naar het buitenland, kunt u zich laten inenten tegen infectieziekten, zoals gele koorts en rabiës. U kunt dan ook malariatabletten slikken.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	<ul style="list-style-type: none">• Griepvaccinatie, 1 keer per kalenderjaar• Overige medisch noodzakelijke (reis)vaccinaties tot maximaal € 250 per kalenderjaar

Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt:

- griepprik, 1 keer per kalenderjaar

Health Premium vergoedt daarnaast ook maximaal € 250 per kalenderjaar voor:

- reisvaccinaties en preventieve geneesmiddelen (zoals malariatabletten) voor ernstige infectieziekten
- overige vaccinaties ter voorkoming van ernstige infectieziekten

Hier kunt u terecht

- (huis)arts
- GGD
- vaccinatiecentrum
- Thuisvaccinatie.nl
- Meditel.nl
- als u het vaccin zelf haalt met recept: apotheek

Dit wordt niet vergoed

- het vaccinatieboekje
- administratiekosten
- brochures
- DEET
- ORS (tegen uitdroging)

Dit moet u zelf doen

Als u het vaccin bij de apotheek haalt, moet u een voorschrift (recept) hebben

Het kan zijn dat de zorgverlener u vraagt het vaccin zelf bij de apotheek te halen. Dan moet u een voorschrift van uw (huis)arts hebben.

Preventief medisch onderzoek

Medisch onderzoek krijgt u meestal omdat u gezondheidsklachten heeft. Dan valt de vergoeding onder de huisartsenzorg of medisch-specialistische zorg. Maar het onderzoek kan ook worden gedaan om een ziekte of een ander gezondheidsrisico op te sporen, als u (nog) geen gezondheidsklachten heeft. Bijvoorbeeld als u zich zorgen maakt over een ziekte die in uw familie veel voorkomt. We spreken dan van preventief medisch onderzoek. Dat soort onderzoek begint dan gewoon bij de huisarts.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	75% tot maximaal € 250 per kalenderjaar

Wat u vergoed krijgt

Wilt u een preventief medisch onderzoek laten doen waarvoor bij u geen medische reden is? Dan vergoedt Health Premium 75% tot maximaal € 250 per kalenderjaar. Dat kan een gericht onderzoek zijn, bijvoorbeeld op hart- en vaatziekten, of een algemeen lichamelijk onderzoek. Een arts bespreekt de uitslagen met u.

Er zijn artsen die preventief medisch onderzoek waarvoor geen medische reden is, afraden. Twijfelt u of een preventief onderzoek iets voor u is? De Zorgconsulent kan u meer informatie geven.

Hier kunt u terecht

- huisarts
- medisch specialist

Dit wordt niet vergoed

- bevolkingsonderzoek. Dat is preventief medisch onderzoek dat de Nederlandse overheid aanbiedt, bijvoorbeeld voor borstkanker of darmkanker. Als u er aan mee kunt doen, krijgt u vanzelf bericht. De overheid betaalt dit onderzoek
- onderzoek dat u voor of via uw werkgever of sportvereniging laat doen

Dit moet u zelf doen

Op de nota voor preventief medisch onderzoek moet staan dat het om onderzoek door een huisarts of medisch specialist gaat.

Goed om te weten

Voor meer informatie kunt u terecht bij de Zorgconsulent

Onze Zorgconsulent weet ook waar u het onderzoek kunt laten doen.

Homeopathisch of antroposofisch arts

Heeft u gezondheidsproblemen? Of vragen over uw gezondheid? Dan is uw huisarts meestal uw eerste aanspreekpunt. Maar u kunt er ook voor kiezen om een homeopathisch of antroposofisch arts te bezoeken. Deze homeopathisch of antroposofisch arts bespreekt uw vragen en klachten met u en stelt een diagnose. Als het nodig is laat hij uw bloed onderzoeken, of laat hij ander onderzoek doen.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	Maximaal € 65 per consult of behandeling + onderzoek + geregistreerde geneesmiddelen, samen tot maximaal € 750 per kalenderjaar

Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt consulten en behandelingen van homeopathisch of antroposofisch artsen gericht op (het genezen van) een aandoening. Wij vergoeden maximaal € 65 per consult of behandeling en maximaal 1 consult of behandeling per dag. Wij vergoeden ook geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen, en (laboratorium)onderzoek als dat voor uw behandeling nodig is. Voor al deze zorg samen geldt de maximale vergoeding van € 750 per kalenderjaar.

Hier kunt u terecht

- homeopathisch of antroposofisch arts
- voor geneesmiddelen: apotheek of apotheekhoudende huisarts

Dit wordt niet vergoed

- activiteiten die niet gericht zijn op (genezing van) een aandoening, bijvoorbeeld yoga en mindfulness

Goed om te weten

Voor laboratoriumonderzoek en geneesmiddelen moet u een voorschrift hebben van uw arts

Geneesmiddelen haalt u bij de apotheek of apotheekhoudende huisarts

De geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen die u ergens anders haalt, vergoeden wij niet.

Ziekenhuis en medisch specialist

Vergoedingen

Medisch specialist

Ziekenhuisopname

Medisch-specialistische revalidatie

Orgaantransplantatie en -donatie

Second opinion

Borstkanker: aanvullend onderzoek

Vruchtbaarheidsbehandelingen

In-vitrofertilisatie (ivf)

Plastische chirurgie

Sterilisatie

Medisch specialist

Voor specialistische zorg gaat u naar de medisch specialist. U heeft altijd een verwijzing nodig. Die krijgt u meestal van uw huisarts. De medisch specialist werkt in het ziekenhuis, een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) of in een eigen praktijk.

De medisch specialist doet het eerste consult meestal zelf. Hij stelt de diagnose en bespreekt de behandeling met u. Hij is voor u de hoofdbehandelaar. Na het eerste consult kan de medisch specialist onderdelen van de zorg door anderen laten uitvoeren. Denk bijvoorbeeld aan een scan of een onderzoek. Dit valt allemaal onder medisch-specialistische zorg.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

Wat u vergoed krijgt

Health Basic en Premium vergoeden medisch-specialistische zorg. En ook verpleging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen als die bij uw behandeling horen. Onder zorg door de medisch specialist verstaan wij ook zorg zoals (thuis)dialyse, audiologische zorg, mechanische beademing en erfelijkheidsonderzoek.

Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoeden wij de ziekenhuisopname voor maximaal 1 jaar.

Hier kunt u terecht

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.

De kaakchirurg is in Nederland geen medisch-specialist. Hij behandelt wel in het ziekenhuis. De vergoeding voor kaakchirurgie staat onder 'Mond en gebit'.

Dit wordt niet vergoed

- behandeling tegen snurken door operatie van de huid (uvuloplastiek)
- laserbehandeling van de ogen met het doel om beter te kunnen zien
- besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak

Voor sommige vormen van medisch-specialistische zorg gelden extra voorwaarden. En Health Basic vergoedt niet altijd. Health Premium wel. De extra voorwaarden en vergoedingen staan hieronder apart vermeld.

Het gaat om:

- medisch-specialistische revalidatie
- orgaantransplantatie en -donatie
- second opinion
- borstkanker: aanvullend onderzoek
- vruchtbaarheidsbehandelingen
- in-vitrofertilisatie (ivf)
- plastische chirurgie, bij bepaalde indicaties
- sterilisatie

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde ('verpleeghuisarts'). Voor zwangerschap en bevalling kan ook de verloskundige verwijzen. Bij acute zorg is geen verwijzing nodig.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg¹ staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Toestemming vragen doet uw medisch specialist bijna altijd voor u.

Goed om te weten

Een second opinion kan ook

Twijfelt u over de gestelde diagnose of de voorgestelde behandeling? Wij vergoeden ook second opinion door een andere medisch specialist. Meer hierover staat in de vergoeding Second opinion.

Wachtlijst? Neem contact op met de Zorgconsulent

U kunt onze Zorgconsulent vragen te bemiddelen om uw wachttijd te verkorten. Ook voor andere vormen van zorgbemiddeling kunt u bij de Zorgconsulent terecht.

Ziekenhuisopname

Kleinere operaties en onderzoeken vinden meestal plaats op de polikliniek van een ziekenhuis of in dagbehandeling. U kunt dan dezelfde dag weer naar huis.

Moet u voor uitgebreid onderzoek of behandeling door de medisch specialist of de kaakchirurg in het ziekenhuis overnachten? Dan noemen we dat een ziekenhuisopname.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%, maximaal 1 jaar opname
Health Premium	100%, maximaal 1 jaar opname

Wat u vergoed krijgt

Health Basic en Premium vergoeden de ziekenhuisopname en de zorg die daarbij hoort voor maximaal 1 jaar.

De volgende zorg hoort hierbij:

- verpleging en verzorging
- paramedische zorg
- geneesmiddelen
- hulpmiddelen en verbandmiddelen

Hier kunt u terecht

- ziekenhuis
- zelfstandig behandelcentrum (ZBC)
- instelling die gespecialiseerd is in een bepaalde behandeling, zoals een longkliniek of een epilepsiecentrum

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde ('verpleeghuisarts'). Voor zwangerschap en bevalling mag ook de verloskundige verwijzen. Bij acute zorg is geen verwijzing nodig.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.vvaa.nl/zorgverzekering - 030 639 64 00

Goed om te weten

Wij vergoeden opname alleen als wij de betreffende behandeling ook vergoeden

Health Basic en Premium vergoeden de opname in verband met de medisch-specialistische behandeling of kaakchirurgie alleen als die verzekering de behandeling zelf ook vergoed.

Wij vergoeden maximaal 1 jaar doorlopende opname

Bij een onderbreking van maximaal 30 dagen zien wij de opname ook als doorlopend. Ook als de opname in verschillende instellingen plaatsvindt. Is de onderbreking voor vakantie- of weekendverlof? Dan tellen de verlofdagen mee voor het volmaken van het jaar.

Medisch-specialistische revalidatie

Vaak kunnen problemen bij bijvoorbeeld bewegen worden verholpen met fysiotherapie, oefentherapie of ergotherapie. Dan valt het revalideren onder de vergoeding Overige therapieën. Is uw situatie daarvoor te complex? Dan krijgt u een verwijzing naar de revalidatiearts, voor medisch-specialistische revalidatie.

De revalidatiearts werkt in de polikliniek van het ziekenhuis, of in een revalidatiecentrum.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%, na toestemming Bij opname maximaal 1 jaar
Health Premium	100%, na toestemming Bij opname maximaal 1 jaar

Wat u vergoed krijgt

De revalidatiearts begint met het stellen van een indicatie: hij bepaalt of medisch-specialistische revalidatie voor u de juiste zorg is. Soms behandelt de revalidatiearts u zelf. Hij kan ook vaststellen dat intensieve behandeling door een team van zorgverleners nodig is. Dit heet interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. Dit staat dan in de indicatie.

Wij vergoeden interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie door de revalidatiearts als al deze 6 situaties voor u gelden:

- u heeft problemen met bewegen, communiceren, uw denkvermogen of gedrag. Dit komt door stoornissen of aandoeningen in het bewegingsapparaat, het zenuwstelsel, het hart- of longstelsel, of oncologische aandoeningen
- u heeft problemen op meer gebieden (bijvoorbeeld mobiliteit, zelfverzorging en communicatie), en die problemen hangen met elkaar samen
- behandeling door een team van zorgverleners geeft beter resultaat om een handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen
- naar inschatting van uw arts levert behandeling in de eerste lijn (door bijvoorbeeld huisarts of fysiotherapeut) onvoldoende resultaat op
- u kunt door deze zorg zelfstandig blijven functioneren, of de zelfstandigheid behouden die met uw beperkingen redelijkerwijs mogelijk is
- een revalidatiearts is eindverantwoordelijk voor de inhoud en kwaliteit van de revalidatiezorg

Krijgt u interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie en verwacht de revalidatiearts met opname betere of snellere resultaten dan zonder opname? Dan vergoeden wij ook kosten van opname in een ziekenhuis of revalidatiecentrum tot maximaal 1 jaar. Ligt u eerst in een ziekenhuis en volgt daarna opname in een revalidatiecentrum? Dan vergoeden wij maximaal 1 jaar voor de totale opnameperiode.

Dit wordt niet vergoed

- geriatrische revalidatie. Dat is de integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde verlenen aan ouderen waarbij sprake is van kwetsbaarheid, complexe ziektebeelden en afgenomen leer- en trainbaarheid.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de revalidatiearts gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, de bedrijfsarts, een jeugdarts of een medisch specialist.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Voordat u medisch-specialistische revalidatie krijgt, heeft u soms toestemming van ons nodig.

Dit hangt af van de zorgverlener die u kiest. Er zijn 2 mogelijkheden.

1. Staat uw zorgverlener in ons overzicht toestemmingsvrije revalidatiecentra? Dan hoeft u niets te doen. Met die zorgverleners hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw zorgverlener er niet bij? Dan moet u vooraf toestemming bij ons vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de zorg niet.

Het overzicht toestemmingsvrije revalidatiecentra¹ vindt u op onze website. Of neem contact op met ons Service Center.

Orgaantransplantatie en -donatie

Bij een orgaantransplantatie wordt een niet of slecht functionerend orgaan bij een 'ontvanger' vervangen door eenzelfde orgaan van iemand anders, de donor. Een donor kan in leven zijn, bijvoorbeeld bij transplantatie van een nier of een deel van de lever. Weefseltransplantatie komt ook voor. Dan kan het bijvoorbeeld gaan om huid of hoornvlies.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

Wat u vergoed krijgt

Als u zelf een orgaan of weefsel ontvangt, vergoeden wij de volgende medisch-specialistische zorg voor transplantatie van beenmerg, bot, hoornvlies, huidweefsel, nier, hart, lever (orthotoop), long, hart/long of nier/alvleesklier (pancreas):

- selectie van de donor
- het operatief verwijderen van het orgaan of weefsel bij de donor
- het onderzoeken, bewaren en vervoeren van het orgaan of weefsel voor de transplantatie, als dit van een overleden donor komt
- de transplantatie van het orgaan of weefsel
- alle zorg voor de donor, die onder deze verzekering valt en verband houdt met zijn of haar ziekenhuisopname voor selectie en verwijdering van het orgaan of weefsel. Dit geldt tot 13 weken na ontslag uit het ziekenhuis voor die opname. Bij een levertransplantatie geldt dit tot een half jaar na ontslag

Heeft uw donor zelf geen zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet (bij ons of een andere zorgverzekeraar)? Dan vergoeden wij ook:

- het openbaar vervoer (2e klas) binnen Nederland van en naar alle hierboven genoemde zorg voor de donor. Als dat medisch noodzakelijk is, kan dit ook per auto
- als de donor in het buitenland woont, terwijl transplantatie van nier, beenmerg of lever in Nederland plaatsvindt, het vervoer van de donor naar Nederland en terug. Ook vergoeden wij dan de overige kosten die de donor maakt doordat hij in het buitenland woont. De verblijfskosten in Nederland en eventuele inkomsten die u misloopt, vergoeden wij niet

Als u zelf donor bent, vergoeden wij uw kosten van openbaar vervoer (2e klas) van en naar alle hierboven genoemde zorg. Als dat medisch noodzakelijk is, kan dit ook per auto.

Weefsels en organen worden getransplanteerd in een ziekenhuis in Nederland. Als transplantatie om medische redenen in een ander land moet plaatsvinden, kan dat alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Dit doen wij alleen in zeer uitzonderlijke gevallen.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.vvaa.nl/zorgverzekering - 030 639 64 00

Dit wordt niet vergoed

- kosten van transplantatie van andere, niet genoemde organen en weefsels

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden deze zorg alleen als u vooraf van ons toestemming heeft gekregen.

Second opinion

Twijfelt u over de diagnose die uw medisch specialist met u heeft besproken? Of over een voorgestelde behandeling? Dan kunt u de mening van een (andere) arts vragen: een second opinion. Die arts geeft alleen zijn visie en neemt niet de behandeling over.

Een second opinion is bedoeld om u zo goed mogelijk te informeren, voordat u een beslissing neemt over een behandeling. Het is belangrijk om uw wens voor een second opinion eerst te bespreken met uw eigen zorgverlener. Bij die zorgverlener komt u na de second opinion namelijk ook weer terug.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%, voor medisch-specialistische zorg
Health Premium	100%, voor medisch-specialistische zorg

Wat u vergoed krijgt

Wij vergoeden een second opinion als aan deze 5 voorwaarden is voldaan:

- het gaat om zorg door een medisch specialist die onder Health Basic of Premium valt
- de diagnostiek of de voorgestelde behandeling waar de second opinion over gaat, valt ook onder Health Basic of Premium
- de arts die de second opinion doet, werkt in hetzelfde vakgebied als de 1e zorgverlener
- u heeft een verwijzing van een arts. Dit kan uw eigen medisch specialist zijn, of uw huisarts
- u gaat met de second opinion terug naar uw eigen medisch specialist

Hier kunt u terecht

- een arts die werkt in hetzelfde vakgebied als uw eigen medisch specialist

Dit wordt niet vergoed

- een second opinion over de mate waarin u arbeidsongeschikt bent
- kosten voor een kopie van uw medisch dossier, als uw eigen medisch specialist of het ziekenhuis die in rekening brengt

Dit moet u zelf doen

U moet een verwijzing hebben

Wij vergoeden de second opinion alleen als u daarvoor een verwijzing heeft van een arts. Dit kan uw eigen medisch specialist zijn. Anders kunt u uw huisarts om een verwijzing vragen.

Goed om te weten

De Zorgconsulent helpt u

Voor informatie en advies over een second opinion kunt u ook altijd bij onze Zorgconsulent terecht.

Borstkanker: aanvullend onderzoek

Als u de diagnose borstkanker heeft gekregen, beslist u samen met uw medisch specialist over uw behandeling. Dan kan het ook gaan over chemotherapie.

Is er twijfel of chemotherapie in uw geval toegevoegde waarde heeft? Soms kunnen de testen MammaPrint of Oncotype DX helpen bij de beslissing.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	MammaPrint en Oncotype DX
Health Premium	MammaPrint en Oncotype DX

Wat u vergoed krijgt

De testen MammaPrint en Oncotype DX kijken naar de genactiviteit in de tumor. De uitslag geeft aan of de kans op uitzaaiingen of terugkeer van de tumor hoog of laag is.

Health Basic en Premium vergoeden de MammaPrint en Oncotype DX als uw medisch specialist zo'n test nodig vindt.

Of een van deze testen voor u geschikt is, kunt u bespreken met uw medisch specialist. Dit hangt onder meer af van de soort borstkanker, het stadium en de eigenschappen van de tumor.

Diagnose en behandeling van borstkanker vallen onder de vergoeding Medisch specialist.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist

U hoeft daarvoor zelf niets te doen. Uw medisch specialist regelt de test voor u.

Vruchtbaarheidsbehandelingen

Blijft door een medische oorzaak een zwangerschap uit, maar heeft u wel een kinderwens? Dan zijn er mogelijkheden voor een vruchtbaarheidsbehandeling.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	100% (tot 43 jaar) Bij ivf alleen 1e, 2e en 3e poging, uit vergoeding Ivf

Wat u vergoed krijgt

Bent u jonger dan 43 jaar? Dan vergoedt Health Premium:

- medisch-specialistisch vruchtbaarheidsonderzoek en -behandeling
- kunstmatige inseminatie (ki) of intra-uteriene inseminatie (iui)
- in-vitrofertilisatie (ivf) en intracytoplasmatische sperma-injectie (icsi)
- geneesmiddelen die daarbij nodig zijn

Voor ivf en icsi gelden ook nog andere voorwaarden. Daarom staan deze in de vergoeding hierna.

Hier kunt u terecht

- ziekenhuis
- zelfstandig behandelcentrum (vruchtbaarheidskliniek)

Dit wordt niet vergoed

- kosten van sperma- of eiceldonatie. Dit geldt voor de kosten van de spermacellen of eicellen. En voor de kosten van eventuele medische behandeling van de donor om de spermacellen of eicellen te verkrijgen

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts of een andere medisch specialist.

Goed om te weten

Er is een leeftijdsgrens

Wij vergoeden geen vruchtbaarheidsbehandeling als de vrouw 43 jaar of ouder is.

We kijken naar de Hunault score

De leeftijd van de vrouw en de kwaliteit van het sperma zijn belangrijk voor de kans op zwangerschap. De Hunault score geeft een indicatie van die kans. Wijst de score op een goede kans om via de natuurlijke weg zwanger te worden? Dan vergoedt Health Premium de vruchtbaarheidsbehandeling alleen als zwanger worden lange tijd niet lukt.

Geneesmiddelen zitten in de kosten van het ziekenhuis

U haalt ze dus niet zelf bij uw eigen apotheek en betaalt ze niet apart.

Lang bewaren van eigen geslachtscellen moet u zelf betalen

Er kan een medische reden zijn om uw sperma- of eicellen te laten bewaren. Bijvoorbeeld omdat u chemotherapie moet krijgen. Health Premium vergoedt dan het invriezen en bewaren van uw geslachtscellen voor maximaal 2 jaar.

In-vitrofertilisatie (ivf)

Als zwanger worden lange tijd niet lukt, kan de huisarts u uiteindelijk doorverwijzen naar de medisch specialist. Die bespreekt met u of u bijvoorbeeld in-vitrofertilisatie (ivf) of een andere vruchtbaarheidsbehandeling nodig heeft. Bij ivf vindt de bevruchting buiten het lichaam plaats. Als bij ivf een zaadcel in de eicel wordt geïnjecteerd, spreken we van een icsi-behandeling (intracytoplasmatische sperma-injectie).

Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	Tot 43 jaar, 3 pogingen Na doorgaande zwangerschap opnieuw maximaal 3 pogingen

Wat u vergoed krijgt

Wij vergoeden ivf en icsi, als u een medische indicatie heeft voor deze zorg. Voor elke keer dat u zwanger wilt worden, vergoeden wij de 1e, 2e en 3e poging ivf of icsi.

Een ivf- of icsi-poging bestaat uit 4 fases:

- fase 1: hormonale behandeling voor rijping van uw eicellen
- fase 2: het weghalen van uw rijpe eicellen (follikelpunctie)
- fase 3: de laboratoriumfase, waarin uw eicellen worden bevrucht met zaadcellen en uitgroeien tot een embryo
- fase 4: het bij u terugplaatsen van 1 of 2 embryo's, 1 keer of vaker

Als fase 2 succesvol is, telt de behandeling mee als poging.

Als er dan geen doorgaande zwangerschap tot stand komt, dan is de poging mislukt. Besluit u tot een nieuwe behandeling en start u dan weer met fase 1 of 2, dan telt dit als een nieuwe poging. Zijn er ingevroren embryo's over uit een eerdere fase van de poging? Dan valt de terugplaatsing daarvan onder dezelfde poging, zolang er geen sprake is van een doorgaande zwangerschap. U moet die embryo's wel gebruiken. Als u een nieuwe poging start terwijl er nog ingevroren embryo's over zijn, dan vergoedt Health Premium die nieuwe poging niet.

Als er wél een doorgaande zwangerschap tot stand komt, dan begint het tellen van de pogingen opnieuw. Dan geldt een volgende behandeling als een nieuwe 1e poging. Ook als u daarvoor gebruik maakt van overgebleven ingevroren embryo's.

We spreken van een doorgaande zwangerschap als het embryo leeft:

- 12 weken na de laatste menstruatie bij een spontane zwangerschap
- 10 weken na het moment van de follikelpunctie
- 9 weken en 3 dagen bij implantatie van een ingevroren embryo

Er gelden leeftijdsgrenzen voor deze vergoeding. U moet bij de start van een poging jonger zijn dan 43 jaar. Een nieuwe poging na uw 43e verjaardag wordt dus niet meer vergoed. En als u bij de start van de 1e of 2e poging jonger bent dan 38 jaar, dan vergoedt Health Premium alleen als er niet meer dan 1 embryo per keer wordt teruggeplaatst.

Hier kunt u terecht

- ziekenhuis
- zelfstandig behandelcentrum (vruchtbaarheidskliniek)

Dit wordt niet vergoed

- technieken waarvan de effectiviteit niet wetenschappelijk is bewezen, zoals assisted hatching of in vitro maturatie
- kosten van sperma- of eiceldonatie. Ook niet de medische kosten van de vrouw die de eicel doneert
- opslag (bewaren) van eigen ingevroren embryo's als deze niet in een volgende ivf behandeling worden teruggeplaatst

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts of een andere medisch specialist.

Goed om te weten

We kijken naar de Hunault score

De leeftijd van de vrouw en de kwaliteit van het sperma zijn belangrijk voor de kans op zwangerschap. De Hunault score geeft een indicatie van die kans. Wijst de score op een goede kans om via de natuurlijke weg zwanger te worden? Dan vergoedt Health Premium de ivf-behandeling alleen als zwanger worden lange tijd niet lukt.

Geneesmiddelen zitten in de kosten van het ziekenhuis

U haalt ze dus niet zelf bij uw eigen apotheek en betaalt ze niet apart.

Lang bewaren van eigen geslachtscellen moet u zelf betalen

Er kan een medische reden zijn om uw sperma- of eicellen te laten bewaren. Bijvoorbeeld omdat u chemotherapie moet krijgen. Health Premium vergoedt dan het invriezen en bewaren van uw geslachtscellen voor maximaal 2 jaar.

Plastische chirurgie

Bij plastische chirurgie denken veel mensen aan het aanpassen van het uiterlijk om er beter uit te zien. Plastische chirurgie is echter veel meer. Het kan ook gaan om operaties om een aangeboren afwijking te herstellen. Of om het lichaam te herstellen na een ongeluk, zoals bij brandwonden. Ook als er bij een medische behandeling een litteken overblijft waar u last van heeft, kan plastische chirurgie een oplossing zijn.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	100%, in bepaalde gevallen

Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt plastische chirurgie bij:

- afwijkingen van het uiterlijk als u daardoor een aantoonbare lichamelijke functiestoornis heeft
- verwijderen of vervangen van borstprothesen als dat medisch noodzakelijk is
- corrigeren van verlamde of verslapte bovenoogleden als dat uw gezichtsveld ernstig beperkt of als dat komt door een aangeboren afwijking of door een chronische aandoening die al bij uw geboorte aanwezig was
- corrigeren van flaporen bij kinderen tot 18 jaar
- behandeling van primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit

Health Premium vergoedt in die gevallen ook verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoeden wij de ziekenhuisopname volgens de vergoeding Ziekenhuisopname.

Hier kunt u terecht

Plastische chirurgie wordt meestal door een plastisch chirurg uitgevoerd. Maar ook een andere medisch specialist, zoals een oogarts of KNO-arts kan plastisch chirurgische operaties uitvoeren.

Deze medisch specialisten werken in het ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

Dit wordt niet vergoed

- plastische chirurgie zonder medische noodzaak
- wegzuigen van onderhuids vet (liposuctie)
- borstvergroting
- cryotherapie, diathermie, laserbehandeling of tatoeage van de huid
- behandelingen tegen snurken door operatie van de huid (uvuloplastiek)

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde ('verpleeghuisarts'). Bij acute zorg is geen verwijzing nodig.

Meestal moet u ons vooraf toestemming vragen

Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg¹ staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Toestemming vragen doet uw medisch specialist bijna altijd voor u.

Goed om te weten

Wachttijd? Neem contact op met de Zorgconsulent

U kunt onze Zorgconsulent vragen te bemiddelen om uw wachttijd te verkorten. Ook voor andere vormen van zorgbemiddeling kunt u bij de Zorgconsulent terecht.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.vvaa.nl/zorgverzekering - 030 639 64 00

Sterilisatie

Wilt u geen kinderen (meer)? Een sterilisatie is een meestal blijvende manier om zwangerschap te voorkomen. Dit kan bij een vrouw, maar ook bij een man. Dan spreken we ook wel van 'vasectomie'.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	<ul style="list-style-type: none">• € 1.200 voor sterilisatie vrouw• € 400 voor sterilisatie man Maximaal voor hele looptijd verzekering

Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt sterilisatie tot maximaal € 400 bij de man en tot maximaal € 1.200 bij de vrouw. Een nacontrole wordt soms apart in rekening gebracht. Die hoort ook bij deze vergoeding. Als de maximale vergoeding is bereikt, vergoeden wij de zorg niet meer. Ook niet in een volgend jaar.

Hier kunt u terecht

- medisch specialist
- voor vasectomie: ook huisarts

Dit wordt niet vergoed

- hersteloperatie na sterilisatie

Extra zorg

Vergoedingen

Medisch-specialistische verpleegkundige zorg thuis
Verblijf in een logeerhuis
Hospice (logeerkosten)

Medisch-specialistische verpleegkundige zorg thuis

Heeft u verpleegkundige zorg thuis nodig? Bijvoorbeeld na een ziekenhuisbehandeling? Dan krijgt u van het ziekenhuis medisch-specialistische verpleging thuis.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%, maximaal 14 dagen
Health Premium	100%, maximaal 14 dagen

Wat u vergoed krijgt

Health Basic en Premium vergoeden voor maximaal 14 dagen de kosten van verpleegkundige zorg in uw thuissituatie in verband met medisch-specialistische zorg. De zorg thuis sluit aan op een ziekenhuisopname of komt in de plaats daarvan. Een verpleegkundige of verpleegkundig specialist verleent de zorg.

Hier kunt u terecht

- ziekenhuis
- verpleegkundige of verpleegkundig specialist

Het ziekenhuis regelt deze zorg. De medisch specialist is eindverantwoordelijke en zorgt voor directe aansturing van de verpleging.

Dit wordt niet vergoed

- wijkverpleging
- persoonlijke verzorging
- verpleegkundige zorg tijdens een opname

Voor verpleging rondom een bevalling geldt de vergoeding Kraamzorg en kraampakket en niet de vergoeding die u nu leest.

Dit moet u zelf doen

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden deze zorg alleen als wij toestemming hebben gegeven voordat de zorg start. Bij de aanvraag voor toestemming moet een behandelplan (of uitvoeringsverzoek) van de medisch specialist zitten. In het behandelplan staat uw diagnose, welke verpleegkundige zorg nodig is en hoe vaak, en hoe lang de zorg naar verwachting nodig zal zijn.

Verblijf in een logeerhuis

Een ziekenhuisopname kan ingrijpend zijn. Als uw kind wordt opgenomen, wilt u als ouder waarschijnlijk in de buurt zijn. En wordt u zelf opgenomen, dan wilt u misschien ook een gezinslid in de buurt hebben.

Daarom is er bij veel ziekenhuizen een logeerhuis, bijvoorbeeld een Ronald McDonald Huis. Daar kunnen ouders en gezinsleden in de buurt van het ziekenhuis overnachten als een ingrijpende behandeling moet plaatsvinden.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	100%

Wat u vergoed krijgt

Voor het verblijf betaalt u een bedrag per dag. We noemen dat hierna logeerkosten. Het logeerhuis noemt het bedrag soms 'eigen bijdrage'. Health Premium vergoedt de logeerkosten in een aantal gevallen:

Ziekenhuisbehandeling van een kind onder de 18 jaar

Wordt uw kind behandeld of opgenomen in het ziekenhuis? Health Premium vergoedt de logeerkosten van de ouder, als die ook bij ons verzekerd is.

Ziekenhuisopname vanaf 18 jaar

Bent u 18 jaar of ouder? Health Premium vergoedt de logeerkosten van 1 gezinslid tijdens uw ziekenhuisopname. Dit gezinslid moet zelf ook bij ons verzekerd zijn.

Na transplantatie of behandeling tegen kanker

Health Premium vergoedt ook de logeerkosten voor u en een begeleider:

- na een transplantatie
- bij chemotherapie, bestraling of immuuntherapie tegen kanker

Hier kunt u terecht

- logeerhuis van het ziekenhuis
- Ronald McDonald Huis

Goed om te weten

Het ziekenhuis weet wat de mogelijkheden zijn

Meestal staat het ook op de website van het ziekenhuis. Informatie over de Ronald McDonald Huizen vindt u op de website van het Kinderfonds (www.kinderfonds.nl).

Hospice (logeerkosten)

Als de laatste fase van het leven aanbreekt, kunt u ervoor kiezen die door te brengen in een hospice. Daar bieden zorgverleners en vrijwilligers zorg en ondersteuning in een huiselijke omgeving. De zorg is gericht op het wegnemen van pijn en ongemak.

Elk hospice heeft een eigen zorgaanbod. Soms gaat het alleen om eenvoudige zorg. Zo'n hospice wordt ook wel bijna-thuis-huis genoemd. Maar er zijn ook hospices die complexe zorg geven.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	Logeerkosten, maximaal 3 maanden

Wat u vergoed krijgt

Hoe u de zorg in een hospice vergoed krijgt, hangt af van uw persoonlijke situatie, en van het hospice. Health Basic en Health Premium vergoeden deze zorg meestal niet. De vergoeding die u nu leest gaat over de logeerkosten in het hospice.

U betaalt soms verblijfkosten en bijna altijd een eigen bijdrage aan het hospice, voor bijvoorbeeld de maaltijden die u er krijgt. Bij sommige hospices kunt u ook extra faciliteiten 'bijbestellen'. Bijvoorbeeld een extra bed en maaltijden voor uw partner. Of extra koffie, thee of fruit op uw kamer. Health Premium vergoedt die eigen bijdrage (inclusief extra faciliteiten).

Dit wordt niet vergoed

- inkomensafhankelijke eigen bijdrage
- eerstelijns verblijf
- verpleging en verzorging

Dit moet u zelf doen

U moet een indicatie hebben van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de huisarts of de medisch specialist

De indicatie moet met de declaratie worden meegestuurd.

Zwangerschap en bevalling

Vergoedingen

Prenatale screening
Zwangerschap en bevalling
Kraamzorg en kraampakket

Prenatale screening

Prenatale screening is het tijdens de zwangerschap bepalen van de kans dat het ongeboren kind bepaalde aangeboren afwijkingen heeft. Bijvoorbeeld het syndroom van Down of een open ruggetje. U kiest zelf of u prenatale screening wilt laten doen. Om u bij die beslissing te helpen, bespreekt de verloskundige, de huisarts of de gynaecoloog (als u dat wilt) met u, welke soorten prenatale screening er zijn. En wat de voor- en nadelen zijn. Dit gesprek wordt 'counseling' genoemd.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

Wat u vergoed krijgt

Health Basic en Premium vergoeden de counseling. Daarnaast is er ook vergoeding voor prenatale screening. Hoe dat werkt, staat hieronder.

Prenatale screening tussen de 9e en 14e week van de zwangerschap

In deze periode kunt u een combinatietest of een NIPT (Niet-Invasieve Prenatale Test) laten doen. U betaalt de kosten zelf, behalve als de verloskundige, de huisarts of de gynaecoloog bepaalt dat er in uw geval een medische indicatie is. Bijvoorbeeld door uw leeftijd, het verloop van een eerdere zwangerschap, of een erfelijke aandoening in de familie. Bij een medische indicatie vergoeden wij de combinatietest of de NIPT.

Blijkt uit de testen dat uw ongeboren kind een verhoogde kans heeft op een aandoening, dan bespreekt uw verloskundige, huisarts of gynaecoloog met u de mogelijkheden voor prenataal vervolgonderzoek. Bijvoorbeeld een vlokentest, een vruchtwaterpunctie of een uitgebreidere echo (geavanceerd ultrageluidsonderzoek, GUO). Daarmee kan meer zekerheid gegeven worden. Wij vergoeden prenataal vervolgonderzoek bij een verhoogde kans op een aandoening, of als er een andere medische indicatie is.

Prenatale screening rond de 20e week van de zwangerschap

In deze fase van de zwangerschap kunt u een 20-weeken echo (structureel echoscopisch onderzoek, SEO) laten doen. Health Basic en Premium vergoeden die. U heeft er geen aparte medische indicatie voor nodig. Blijkt uit de echo dat er een indicatie is voor nader onderzoek, bijvoorbeeld een geavanceerd ultrageluidonderzoek (GUO)? Dan vergoeden wij dat ook.

Dit moet u zelf doen

Soms heeft u een verwijzing nodig

Niet eerst de combinatietest gehad? Dan heeft u voor de NIPT, GUO of prenataal vervolgonderzoek een verwijzing nodig van de verloskundige, een huisarts of een medisch specialist.

Zwangerschap en bevalling

Een zwangerschap is een spannende periode in uw leven waarin een hoop gebeurt. U moet van alles regelen en misschien heeft u veel vragen.

Met uw vragen kunt u terecht bij een verloskundige. Als u zwanger bent, kunt u zonder verwijzing een afspraak maken. De verloskundige beantwoordt uw vragen, begeleidt u tijdens de zwangerschap en bereidt u voor op de bevalling. Sommige huisartsen leveren ook verloskundige zorg. Dan kunt u natuurlijk ook bij uw huisarts terecht.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

Wat u vergoed krijgt

Al aan het begin van de begeleiding bespreekt de verloskundige of de huisarts met u de mogelijkheden voor prenatale screening. Ook vragen zij waar u wilt bevallen: thuis, in een geboortecentrum of in het ziekenhuis.

Als u medische problemen krijgt tijdens de zwangerschap, zoals een hoge bloeddruk of zwangerschapssuiker, dan verwijst de huisarts of verloskundige u naar de gynaecoloog. Dat gebeurt ook als u een verhoogd risico heeft op medische problemen tijdens de zwangerschap of de bevalling. De gynaecoloog neemt de begeleiding dan over, en u bevalt in het ziekenhuis.

Wij vergoeden verloskundige zorg door de huisarts, verloskundige of gynaecoloog. Dat geldt voor het hele traject van de begeleiding tijdens de zwangerschap tot en met de controles na de bevalling. Er zijn 3 mogelijkheden.

1. U bevalt thuis

Wilt u thuis bevallen in uw eigen vertrouwde omgeving? Dan vergoeden wij de verloskundige zorg door de verloskundige of de huisarts. Als er problemen zijn en u toch naar het ziekenhuis moet, dan vergoeden wij dat ook. Dan geldt situatie 3.

2. U bevalt in een geboortecentrum, of in het ziekenhuis zonder dat dit medisch noodzakelijk is

Heeft u liever extra medische zorg dicht in de buurt? U kunt bevallen in de polikliniek van het ziekenhuis zonder dat dit medisch noodzakelijk is, of in een geboortecentrum. Meestal begeleidt uw eigen verloskundige of huisarts de bevalling daar. Wij vergoeden dan ook de verloskundige zorg en de kraamzorg die daarbij hoort. Blijft u na de bevalling nog een aantal dagen in het geboortecentrum? Dan vergoeden wij de verblijfskosten na de dag van de bevalling niet. Als er problemen zijn, waardoor bevalling in het ziekenhuis noodzakelijk is, dan geldt situatie 3.

3. U bevalt in een ziekenhuis op medische indicatie

Is er een risico op complicaties tijdens de bevalling of bent u al onder begeleiding van de gynaecoloog? Dan bevalt u in de polikliniek van het ziekenhuis op medische indicatie. De gynaecoloog begeleidt de bevalling. Wij vergoeden de verloskundige zorg door de gynaecoloog. Is ziekenhuisopname nodig? Dan vergoeden wij die ook.

Dit wordt niet vergoed

- steriele waterinjecties
- verbandwatten en steriel hydrofielgas tijdens de bevalling
- verblijf in het geboortecentrum na de dag van de bevalling
- hotelfaciliteiten of andere luxezorg in het geboortecentrum

Dit moet u zelf doen

Voor de gynaecoloog moet u een verwijzing hebben

Voor u naar de gynaecoloog gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts of verloskundige. Bij acute zorg is geen verwijzing nodig.

Goed om te weten

Kraamzorg volgens Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg

Het kraamcentrum of het geboortecentrum stelt het aantal uren kraamzorg vast volgens het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg.

Kraamzorg en kraampakket

Als uw zwangerschap zonder problemen verloopt, dan kiest u zelf waar u wilt bevallen: thuis, in een geboortecentrum of in een ziekenhuis. Als er medische problemen of risico's zijn, zal de bevalling in het ziekenhuis plaatsvinden. Waar u ook bevalt: met Health Premium heeft u recht op kraamzorg na de bevalling.

Als u thuis of in een geboortecentrum bevalt, begeleidt uw verloskundige of huisarts de bevalling. Een kraamverzorgende of verpleegkundige ondersteunt dan de verloskundige of huisarts tijdens de bevalling.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	<ul style="list-style-type: none">• Maximaal 10 dagen kraamzorg• Kraampakket

Wat u vergoed krijgt

Kraamzorg

Na de bevalling verzorgt de kraamverzorgende u en uw pasgeboren kindje. Zij helpt u na de bevalling met de verzorging van uw baby en geeft informatie en advies. Als u de kraamperiode thuis bent, doet de kraamverzorgende ook lichte huishoudelijke taken.

Health Premium vergoedt:

- inschrijving en intake door kraamcentrum of geboortecentrum
- assistentie door een kraamverzorgende of verpleegkundige tijdens de bevalling (partusassistentie) tot maximaal 2 uur na de geboorte van de placenta
- kraamzorg na de bevalling

Hoeveel uren kraamzorg u krijgt, hangt af van uw persoonlijke situatie en waar u bevalt. Het kraamcentrum of geboortecentrum stelt dit vast op basis van een protocol. U krijgt minimaal 24 en maximaal 80 uur. Dit wordt verdeeld over maximaal 10 dagen vanaf de bevalling. De dagen dat u in het ziekenhuis ligt, worden hiervan afgehaald.

We zetten de situaties die mogelijk zijn voor u op een rij.

1. **Bent u thuis bevallen?** Dan stelt het kraamcentrum het aantal uren kraamzorg vast. Zij kijken daarbij naar wat u en uw baby nodig hebben.
2. **Bent u bevallen in een ziekenhuis zonder dat dit medisch noodzakelijk was?** En is alles zonder problemen verlopen? Dan kunt u met uw baby al snel weer naar huis. Het kraamcentrum stelt dan het aantal uren kraamzorg vast. Zij kijken daarbij naar wat u en uw baby nodig hebben.
3. **Bent u zonder medische problemen bevallen in een geboortecentrum?** Dan kunt u daar meestal nog een paar dagen blijven met uw pasgeboren baby. Health Premium vergoedt dan alleen de kosten van de kraamzorg. De kosten van het verblijf in het geboortecentrum na de bevalling vergoeden wij niet. Het geboortecentrum stelt het aantal uren kraamzorg vast waarop u na thuiskomst nog recht heeft.
4. **Bent u bevallen in het ziekenhuis met een medische indicatie?** Of bent u met uw baby minder dan 10 dagen in het ziekenhuis geweest? Dan wordt het aantal uren kraamzorg na uw thuiskomst vastgesteld.

Dit wordt niet vergoed

- hotelfaciliteiten of andere luxezorg in het geboortecentrum
- verblijfskosten na de dag van de bevalling in het geboortecentrum
- vervoerskosten die het kraamcentrum of de kraamverzorgende apart rekent. Deze kosten zitten al in het kraamzorgtarief

Kraampakket

In het kraampakket zitten producten die u nodig heeft wanneer u thuis bevalt, zoals matrasbeschermers en onderleggers. Ook zitten er producten in voor na de bevalling, bijvoorbeeld kraamverband. Daarom is het kraampakket ook handig om in huis te hebben als u in een geboortecentrum of ziekenhuis wilt bevallen.

Health Premium vergoedt het kraampakket van onze Kraamzorg Service. Als u kraamzorg via ons regelt dan krijgt u het automatisch uiterlijk in de 34e week van uw zwangerschap thuis bezorgd. U hoeft daar verder niets voor te doen.

Heeft u de kraamzorg niet via ons geregeld? Dan kunt u het pakket aanvragen bij onze Kraamzorg Service. Het telefoonnummer is 088 668 97 06. Wij zorgen dat het pakket bij u thuis wordt afgeleverd.

In het kraampakket zit:

- 1 matrasbeschermer/bedzeil
- 1 kraammatras 60x90 cm
- 10 onderleggers 60x60 cm
- 2 doosjes wondkompresen 8,5x5 cm
- 10 wondkompresen 10x10 cm
- 1 flesje alcohol 70% (100 ml)
- 1 navelklem steriel
- 2 pakken kraamverband
- 1 pak damesverband
- 1 pak inlegluiers
- 2 stretchbroekjes
- 1 rol baby-luier tape
- 1 pak zigzagwatten

Dit moet u zelf doen

U moet de kraamzorg op tijd aanvragen

Dit kan eenvoudig online. Telefonisch kan ook. Neemt u dan contact op met onze Kraamzorg Service via telefoonnummer 088 668 97 06. Zij helpen u ook met uw andere vragen over kraamzorg.

Medicijnen en hulpmiddelen

Vergoedingen

Geneesmiddelen
Hulpmiddelen

Geneesmiddelen

Vergoeding per verzekering

Health Basic	De meeste geneesmiddelen
Health Premium	De meeste geneesmiddelen + Extra vergoeding, tot een gezamenlijk maximum van € 500 per kalenderjaar, voor: <ul style="list-style-type: none">• wettelijke eigen bijdragen• anticonceptiegeneesmiddelen• zelfzorggeneesmiddelen

Wat u vergoed krijgt

Health Basic en Premium vergoeden op recept geleverde geneesmiddelen en de diensten van de apotheek die daarbij horen. Soms betaalt u een wettelijke eigen bijdrage. Hieronder zetten we alles op een rij.

Wij vergoeden de volgende geneesmiddelen:

1. De door de overheid aangewezen geneesmiddelen die in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering staan. Bijna alle in Nederland gangbare geneesmiddelen vallen hier onder. Als zo'n geneesmiddel tijdelijk niet leverbaar is, kan de apotheek een vervangend geneesmiddel uit het buitenland halen.
2. Geneesmiddelen die de apotheek op kleine schaal zelf maakt ('magistrale bereidingen') of laat maken ('doorgeleverde bereidingen'). Het mag niet gaan om een geneesmiddel dat (bijna) hetzelfde is als een geneesmiddel dat volgens 1 niet wordt vergoed.

Bij deze zelfgemaakte geneesmiddelen moet het gaan om rationele farmacotherapie. Dat betekent dat we uit onderzoek weten dat het geneesmiddel werkt en dat de vorm (bijvoorbeeld pil, injectie of zalf) voor u geschikt is. Ook mag het middel niet onnodig duur zijn.

3. Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten

Sommige geneesmiddelen en dieetpreparaten vergoeden wij alleen als u aan bepaalde voorwaarden voldoet. Bijvoorbeeld dat u een bepaalde aandoening heeft. Die voorwaarden staan in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Uw apotheker weet voor welke geneesmiddelen dit geldt.

Soms een eigen bijdrage

De Nederlandse overheid bepaalt voor geneesmiddelen die hetzelfde werken, hoeveel wij maximaal mogen vergoeden. Als een geneesmiddel duurder is, moet u het verschil zelf betalen. Dit is de wettelijke eigen bijdrage. Health Premium vergoedt deze wettelijke eigen bijdragen, samen met anticonceptiegeneesmiddelen en zelfzorggeneesmiddelen, tot maximaal € 500 per kalenderjaar.

Weet u de werkzame stof of de merknaam van uw geneesmiddel? Op medicijnkosten.nl ziet u snel of het geneesmiddel onder de Nederlandse zorgverzekering valt. Dan vergoeden Health Basic en Premium het geneesmiddel. Ook ziet u of er een eigen bijdrage geldt.

Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Per recept geeft de apotheek u een vaste 'afleverhoeveelheid' mee. Bij een voor u nieuw geneesmiddel is dat bijvoorbeeld de hoeveelheid die u voor 15 dagen nodig heeft of de kleinste verpakking. De afleverhoeveelheden staan bij 'Goed om te weten'.

Mag ik mijn geneesmiddel zelf kiezen?

Vaak wel, maar soms moet u dan bijbetalen. De apotheker geeft u een geneesmiddel op basis van het voorschrift van uw arts. Dat mag niet onnodig duur zijn. Dit middel vergoeden wij. Wilt u een duurder geneesmiddel? Dat kan. Maar dan vergoeden wij de prijs van het goedkopere geneesmiddel. U betaalt de meerkosten zelf.

Dit wordt niet vergoed

- geneesmiddelen die gebruikt worden in klinisch onderzoek
- geneesmiddelen die nog niet zijn toegelaten tot de Nederlandse markt
- geneesmiddelen voor vruchtbaarheidsbehandelingen

Extra vergoeding met Health Premium

Soms vergoedt Health Basic niet, maar Health Premium wel. Heeft u Health Premium? Deze vergoedt ook nog maximaal € 500 per kalenderjaar voor:

- wettelijke eigen bijdragen
- anticonceptiegeneesmiddelen
- zelfzorggeneesmiddelen

Zelfzorggeneesmiddelen zijn geneesmiddelen die u ook zonder recept kunt kopen. Wij vergoeden dat soort middelen als ze zijn voorgeschreven door de behandelend arts, een medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist (kaakchirurg, orthodontist), verloskundige, verpleegkundig specialist (nurse practitioner) of physician assistant.

Voor vaccinaties en preventieve geneesmiddelen voor uw (vakantie)reis geldt de vergoeding Medisch noodzakelijke (reis)vaccinaties en griepvaccinatie en niet de vergoeding die u nu leest.

Voor homeopathische en antroposofische geneesmiddelen geldt de vergoeding Homeopathisch en antroposofisch arts en niet de vergoeding die u nu leest.

Wat u zelf betaalt

De eigen bijdrage

Voor sommige geneesmiddelen betaalt u een wettelijke eigen bijdrage. Health Premium vergoedt deze eigen bijdrage tot maximaal € 500 per kalenderjaar.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift (recept) hebben voor het geneesmiddel

Wij vergoeden geneesmiddelen alleen als ze zijn voorgeschreven door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist (kaakchirurg, orthodontist), verloskundige, verpleegkundig specialist (nurse practitioner) of physician assistant.

Voor sommige geneesmiddelen moet u vooraf toestemming vragen

Sommige geneesmiddelen vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Dit geldt voor de geneesmiddelen die in toestemming geneesmiddelen¹ staan en voor de geneesmiddelen waarvoor nog geen vergunning is. Hoe u toestemming vraagt, staat ook in toestemming geneesmiddelen. Dit document vindt u op onze website. Of neem contact op met ons Service Center.

Goed om te weten

Sommige geneesmiddelen vallen onder de medisch-specialistische zorg

Geneesmiddelen die u krijgt als onderdeel van zorg door de medisch specialist of tijdens een ziekenhuisopname betaalt u niet apart. Ze zitten in de rekening van het ziekenhuis.

U krijgt een vaste 'afleverhoeveelheid' mee

Per recept vergoeden wij de kosten van een geneesmiddel voor:

- 15 dagen of de kleinste afleververpakking, bij een voor u nieuw geneesmiddel
- 15 dagen, bij antibiotica voor een acute aandoening of bij middelen voor chemotherapie (cytostatica)
- maximaal 1 maand, bij slaapmiddelen (hypnotica) en middelen tegen angst (anxiolytica)
- maximaal 3 maanden, bij een geneesmiddel voor een chronische ziekte
- maximaal 1 jaar, bij de anticonceptiepil
- maximaal 1 maand, bij geneesmiddelen duurder dan € 1.000 per maand tijdens de instelperiode van 6 maanden
- maximaal 1 maand in andere gevallen

Valt een geneesmiddel onder meer categorieën? Dan geldt de kortste periode.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.vvaa.nl/zorgverzekering - 030 639 64 00

Hulpmiddelen

Hulpmiddelen helpen om het dagelijkse leven met een ziekte of een aandoening makkelijker te maken. Hieronder staat welke hulpmiddelen u vergoed krijgt en wat de voorwaarden zijn. Bijvoorbeeld of u een voorschrift nodig heeft, of vooraf toestemming moet vragen.

Een hulpmiddel moet geschikt zijn voor het doel waarvoor u het gaat gebruiken.

U heeft recht op een standaard hulpmiddel (confectie), als dit voor u geschikt is. Soms is dat niet zo. Dan krijgt u een op maat gemaakt hulpmiddel. Uw leverancier of zorgverlener moet ons dan laten weten waarom een standaard hulpmiddel voor u niet werkt.

Krijgt u een hulpmiddel voor het eerst? Dan is het gebruiksklaar. Gebruikt een hulpmiddel batterijen of een oplader? Dan krijgt u die er de eerste keer bij. Kosten van normaal gebruik van een hulpmiddel vergoeden wij niet. Zo moet u nieuwe batterijen, of de stroom die een hulpmiddel gebruikt, zelf betalen. Er zijn uitzonderingen. Die vindt u in de vergoedingen van de hulpmiddelen hieronder.

Is uw hulpmiddel niet meer geschikt? Dan kunt u bij ons herstel, aanpassing of vervanging vragen. U moet een hulpmiddel wel zorgvuldig gebruiken en onderhouden. Doet u dat niet, en moet het hulpmiddel vervangen of gerepareerd worden omdat u er roekeloos mee om bent gegaan? Dan vergoeden wij de reparatie of vervanging niet. Dat geldt ook voor opnieuw installeren van hardware of software als deze is vastgelopen omdat u er roekeloos mee om bent gegaan.

Soms moet u vooraf toestemming vragen voor een hulpmiddel. Dit hangt af van het hulpmiddel en van de leverancier die u kiest. Er zijn verschillende mogelijkheden:

1. Staat in de vergoeding hieronder dat geen toestemming nodig is? Dan hoeft u niets te doen.
2. Is wel toestemming nodig? Kijk dan of uw leverancier in ons overzicht toestemmingsvrije leveranciers hulpmiddelen¹ staat. Dat overzicht vindt u op onze website. Staat uw leverancier erbij? Ook dan hoeft u niets te doen. Met die leveranciers hebben wij afspraken over toestemming.
3. Staat uw leverancier er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming vragen. Zonder toestemming vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier niet.

Wij gaan bij sommige hulpmiddelen uit van een minimale gebruiksstermijn. Wilt u uw hulpmiddel vervangen voor de gebruiksstermijn om is? Dan moet u altijd vooraf toestemming van ons hebben.

U krijgt een hulpmiddel in bruikleen, of u koopt het zelf. Bruikleen betekent dat wij of de leverancier eigenaar blijven, en dat u het hulpmiddel kunt gebruiken zolang u het nodig heeft. Als u het hulpmiddel zelf koopt, wordt u de eigenaar.

Krijgt u een hulpmiddel in bruikleen? Dan bezorgt de leverancier het bij u thuis. Wij betalen de kosten van de levering, het onderhoud en reparatie. Ook vergoeden wij de verbruiksartikelen die bij het hulpmiddel horen. Verbruiksartikelen zijn nodig bij het gebruik van uw hulpmiddel. U gebruikt steeds een nieuwe en gooit ze daarna weg. Batterijen zijn geen verbruiksartikel. Heeft u een bruikleenhulpmiddel niet meer nodig? Dan moet u het teruggeven aan de leverancier.

De volgende hulpmiddelen krijgt u in bruikleen:

- CPAP-apparaat
- prothese been of voet, vanaf 16 jaar
- zuurstofapparatuur
- vernevelaar
- slijmuitzuigapparatuur
- kortdurende uitleen van hulpmiddelen bij problemen met bewegen
- infuuspomp
- compressie-apparatuur
- voedingspomp
- slaappositietrainer

Staat het hulpmiddel niet in bovenstaande lijst? Dan krijgt u dit in eigendom.

U kunt een bruikleenhulpmiddel ook zelf kopen. U moet ons dan wel vooraf toestemming vragen. Er kunnen namelijk extra voorwaarden gelden. Geef op uw aanvraag aan dat u het hulpmiddel zelf wilt kopen. Wij vergoeden de marktconforme prijs van het meest eenvoudige hulpmiddel. In algemene regel 18 leest u meer over de marktconforme prijs.

Wij vergoeden ook een reserve-exemplaar van uw hulpmiddel, als u het hulpmiddel vaak lange tijd moet missen door onderhoud of reparatie. Dat doen wij alleen als u zonder hulpmiddel ernstig beperkt bent bij uw dagelijkse bezigheden. U moet ons wel vooraf toestemming vragen voor het reserve-exemplaar.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.vvaa.nl/zorgverzekering - 030 639 64 00

		Health Basic	Health Premium
Soort hulpmiddel			
Hulpmiddelen bij diabetes	Bloedafname-apparaat Lancetten voor bloedafname Bloedglucosemeter Teststrips Insulinepennen Insulinepompen en wat daarbij hoort	• • • • • •	• • • • • •
Hulpmiddelen bij problemen met ademen	Voorzetkamers en wat daarbij hoort Vernevelaars en wat daarbij hoort Apparaat voor positieve uitademingsdruk Slijmuitzuigapparaat Tracheacanule met stomabeschermer Longvibrator Slaappositietrainer	• • • • • • •	• • • • • • •
Hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting	Urine-opvangzakken Katheters Spoelapparaat (ontlasting) Stomamateriaal Beschermd onderleggers Incontinentiemateriaal	• • • • • •	• • • • • •
Hulpmiddelen bij trombose		•	•
Hulpmiddelen bij vaatproblemen	Ortho-mate Compressie-apparaat	• •	• •
Steunkousen		•	•
Hulpmiddelen voor voeding	Voedingssonde en wat daarbij hoort Voedingpomp en wat daarbij hoort Infuuspomp en wat daarbij hoort	• • •	• • •
Infuuspomp voor geneesmiddelen		•	•
Injectiespuiten en injectiepenen om zelf medicijnen toe te dienen		•	•
Orthesen		•	•
Prothesen	Prothesen voor armen en handen, schouders, heupen en bekken Prothesen voor benen en voeten Stompkousen Liner Stemprothesen Oogprothesen, scleraschalen en scleralenzen zonder visuscorrectie Gezichtsprothesen (inclusief neus en oren)	• • • • • • •	• • • • • • •
Verbandmiddelen	Bandagelenzen (zonder correctie) Verbandmiddelen	• •	• •
Zuurstofapparaat		•	•
Borstprothesen			•
Brillen en lenzen bij medische indicatie			•
CPAP-apparaat			•
Hulpmiddelen bij pijnbestrijding (TENS)			•
Hulpmiddelen bij problemen met bewegen	Trippelstoel Loopwagen of loopfiets Aangepaste tafel of aangepaste stoel Stabeugel, dynamische zit- of ligorthese		• • • •
Hulpmiddelen bij problemen met spreken			•
Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders	Hoortoestellen en Oorstukjes Tinnitusmaskeerder Eenvoudige luisterhulpmiddelen		• • • •

Hulpmiddelen voor anticonceptie		•
Kortdurende uitleen van hulpmiddelen bij problemen met bewegen	Rolstoel Gipssteun Drempelhelp Transferplank, draaischijf en tillift Luchtring Losse toiletverhoger, losse toiletstoel, losse douchestoel en badplank Aangepast bed (en wat daarbij hoort)	• • • • • • •
MRA		•
Orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen	(Semi-)orthopedische schoenen Wisselpaar (semi-)orthopedische schoenen Orthopedische binnenschoen Orthopedische voorziening aan confectieschoenen	• • • •
Pruik		•

Hulpmiddelen bij diabetes

Bij diabetes kan het lichaam zelf de bloedsuiker niet goed regelen. Uw lichaam maakt dan geen insuline aan, of te weinig. Of uw lichaam reageert niet meer goed op de insuline die het aanmaakt. Hulpmiddelen waarmee u uw bloedsuiker kunt meten en insuline kunt toedienen, kunnen daarbij helpen.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

Wat u vergoed krijgt

Wij vergoeden hulpmiddelen bij diabetes als een van de volgende situaties op u van toepassing is:

- u heeft diabetes type 1 en wordt met insuline behandeld
- u heeft diabetes type 2, u bent bijna uitbehandeld met geneesmiddelen die uw bloedsuiker verlagen en uw arts overweegt behandeling met insuline

Heeft u recht op hulpmiddelen bij diabetes? Maar kunt u door een beperking geen standaard hulpmiddelen bij diabetes gebruiken? Dan vergoeden wij hulpmiddelen bij diabetes die aan uw beperking zijn aangepast.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van hulpmiddelen bij diabetes

Dit wordt niet vergoed

- nieuwe batterijen of oplaadapparatuur

Dit moet u zelf doen

	Voorschrift Van welke zorgverlener heeft u een voorschrift nodig	Toestemming Heeft u vooraf toestemming van ons nodig	Gebruikstermijn Is er een minimale gebruiksduur
Bloedafname-apparaat Prikpen om een druppel bloed te krijgen om uw bloedsuiker te meten.	Behandelend arts of diabetesverpleegkundige	ja	2 jaar
Lancetten voor bloedafname * Hulpmiddel voor uw prikpen waarmee u in uw vingertop prikt voor een druppel bloed om de glucose in uw bloed te meten.	Behandelend arts of diabetesverpleegkundige	ja	nee
Bloedglucosemeter Hulpmiddel voor het meten van de glucose in het bloed.	Behandelend arts of diabetesverpleegkundige	ja	3 jaar
Teststrips * Stripje om de druppel bloed op te vangen en in de bloedglucosemeter te doen.	Behandelend arts of diabetesverpleegkundige	ja	nee
Insulinepennen ** Injectiespuit om insuline toe te dienen.	Behandelend arts of diabetesverpleegkundige	ja	3 jaar
Insulinepomp en wat daarbij hoort Apparaat dat met een slangetje aan uw lichaam vast zit en regelmatig kleine hoeveelheden insuline afgeeft.	Medisch specialist of diabetesverpleegkundige	ja	4 jaar

*** Soms krijgt u een maximale hoeveelheid geleverd**

Voor sommige hulpmiddelen geldt dat u een maximaal aantal geleverd krijgt. Daar moet u een bepaalde tijd mee doen. Heeft u meer nodig dan de maximale hoeveelheid? Dan moet u daarvoor vooraf toestemming van ons hebben.

Als u diabetes heeft, vergoeden wij maximaal:

1. eenmalig 100 teststrips/lancetten als u bijna uitbehandeld bent met bloedglucoseverlagende tabletten en misschien moet overstappen op insuline
2. 100 teststrips/lancetten per 3 maanden als u 1-2 maal per dag een insuline-injectie nodig heeft
3. 400 teststrips/lancetten per 3 maanden als u 3 of meer insuline-injecties per dag nodig heeft of een insulinepomp gebruikt
4. 400 teststrips tijdens de zwangerschap bij zwangerschapsdiabetes

** U heeft recht op 1 reserve insulinepen.

Hulpmiddelen bij problemen met ademen

Er zijn verschillende hulpmiddelen die kunnen helpen als u niet goed kunt ademen. Bijvoorbeeld voorzetkamers voor medicijnen die u moet inademen, of apparatuur die slijm wegzuigt zodat uw luchtwegen vrij blijven.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

Wat u vergoed krijgt

Wij vergoeden uitwendige hulpmiddelen die problemen met ademen helemaal of voor een deel verhelpen. Die hulpmiddelen staan hieronder. Ook vergoeden wij stoffen die u met deze hulpmiddelen krijgt toegediend.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van hulpmiddelen voor problemen met ademen

Apparatuur voor mechanische beademing (als u niet zelfstandig kunt ademen) valt onder de vergoeding Medisch specialist. Dan geldt niet de vergoeding die u nu leest.

Dit moet u zelf doen

	Voorschrift Van welke zorgverlener heeft u een voorschrift nodig	Toestemming Heeft u vooraf toestemming van ons nodig	Gebruikstermijn Is er een minimale gebruiksduur
Voorzetkamers en wat daarbij hoort Hulpmiddel om medicijnen in te ademen.	Behandelend arts of longverpleegkundige	nee	nee
Vernevelaars en wat daarbij hoort Hulpmiddel dat een medicijn omzet in kleine druppeltjes (nevel), zodat u het kunt inademen.	Behandelend arts of longverpleegkundige	ja	nee
Apparatuur voor positieve uitademingsdruk Hulpmiddel dat helpt bij het ophoesten van slijm.	Longarts of kinderarts	nee	nee
Slijmuitzuigapparatuur Hulpmiddel voor het verwijderen van slijm uit de mond of keel.	Medisch specialist	nee	nee
Tracheacanule met stomabeschermer Buisje dat de luchtpijp verbindt met de buitenlucht. De stomabeschermer zorgt ervoor dat de luchtpijp minder snel uitdroogt.	Medisch specialist	nee	nee
Longvibrator Hulpmiddel om slijm in de longen los te maken.	Behandelend arts	nee	nee
Slaappositietrainer Hulpmiddel als u lichte slaapapneu heeft en op uw rug slaapt. Het apparaat geeft dan een trilling, waardoor u traint om op uw zij te liggen.	Longarts, KNO-arts of neuroloog	ja	nee

Hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting

Soms heeft u door een ziekte, aandoening of behandeling minder of geen controle meer bij het ophouden van urine of ontlasting. Of kunt u daardoor uw urine of ontlasting niet op normale wijze kwijt.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

Wat u vergoed krijgt

Wij vergoeden hulpmiddelen die u helpen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting. U kunt denken aan katheters, opvangzakken, spoelapparatuur en stomavoorzieningen. Maar ook aan absorberend en wasbaar incontinentiemateriaal. De hulpmiddelen staan hieronder genoemd.

Voor absorberend en wasbaar incontinentiemateriaal moet u aan de volgende voorwaarde voldoen:

- bij kinderen van 3 of 4 jaar: door de ziekte of aandoening is niet te verwachten dat het kind zindelijk wordt
- bij kinderen van 5 jaar of ouder en volwassenen: door de ziekte of aandoening is sprake van langdurige incontinentie. Dat is het geval als:
 - de problemen met het ophouden van ontlasting langer dan 2 weken duren of de problemen met het ophouden van urine langer dan 2 maanden
 - het duidelijk is dat de ziekte of aandoening die de problemen met het ophouden van urine of ontlasting veroorzaakt niet vanzelf geneest of dat bekkenbodemspieroefeningen of blaastraining niet zal helpen

Heeft u ondersteuning met incontinentiemateriaal nodig tijdens therapie met bekkenbodemspieroefeningen of blaastraining? Dan vergoedt de basisverzekering deze materialen zolang de therapie duurt.

De continëntieverpleegkundige bepaalt welk materiaal en hoeveel u nodig heeft, tijdens de intake bij uw leverancier. Wij vergoeden die hoeveelheid.

Heeft u een stoma? Dan vergoeden wij ook hulpmiddelen om uw huid te beschermen en de hierna genoemde materialen, als die bij uw stoma nodig zijn.

Dit moet u zelf doen

	Voorschrift Van welke zorgverlener heeft u een voorschrift nodig	Toestemming Heeft u vooraf toestemming van ons nodig	Gebruikstermijn Is er een minimale gebruiksduur
Urine-opvangzakken Hulpmiddel om uw urine op te vangen als u een verblijfskatheter gebruikt.	Behandelend arts of gespecialiseerd stoma- of continëntieverpleegkundige	ja	nee
Katheters Een dun, hol en soepel slangetje waarmee urine uit de blaas wordt afgevoerd.	Behandelend arts of gespecialiseerd stoma- of continëntieverpleegkundige	ja	nee
Spoelapparatuur (ontlasting) Hulpmiddel dat u helpt om de darmen (met lauwwater) te spoelen.	Behandelend arts of gespecialiseerd stoma- of continëntieverpleegkundige	ja	nee
Stomamateriaal * Hulpmiddelen voor de verzorging van een stoma.	Behandelend arts of gespecialiseerd stomaverpleegkundige	ja	nee
Beschermende onderlegger Onderleggers die uw matras en (rol)stoel beschermen tegen bloed, (ontstekings)vocht, urine en ontlasting.	Behandelend arts of gespecialiseerd stoma- of continëntieverpleegkundige, inclusief motivatie	ja	nee
Incontinentiemateriaal Absorberend en wasbaar materiaal voor problemen met urine of ontlasting. Sommige materialen gooit u weg na gebruik, anderen kunt u uitwassen.	Behandelend arts, physician assistant, verpleegkundig specialist, Urologie Continëntie Stoma verpleegkundige of continëntieverpleegkundige	ja	nee

* Maximale hoeveelheid stomamateriaal

U heeft recht op een maximale hoeveelheid materiaal. Die ziet u hieronder. Gaat u meer materiaal gebruiken dan de maximale hoeveelheid die wij hieronder noemen? Ook dan geldt dat u vooraf toestemming moet vragen.

colostoma 1-delig	maximaal 4 zakjes per dag
colostoma 2-delig	maximaal 4 plakken per week / maximaal 4 zakjes per dag
stomapluggen 1-delig	maximaal 4 pluggen per dag
stomapluggen 2-delig	maximaal 1 plak en 4 pluggen per dag
ileostoma 1-delig	maximaal 2 zakjes per dag
ileostoma 2-delig	maximaal 4 plakken per week / maximaal 2 zakjes per dag
urostoma 1-delig	maximaal 2 zakjes per dag
urostoma 2-delig	maximaal 4 plakken per week / maximaal 2 zakjes per dag
continentiestoma (afdekleisters en katheters)	2 tot 6 per dag, afhankelijk van voorschrift
irrigatie spoelsets	1e jaar maximaal 2 spoelsets, daarna maximaal 1 per jaar
irrigatie spoelpomp	maximaal 1 spoelapparaat per jaar, maximaal 1 irrigatiesleeve per dag, en na elke spoelbeurt maximaal 2 stomapleisters of colostomiezakjes

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers voor hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting

Dit wordt niet vergoed

- schoonmaakmiddelen en geurmiddelen
- middelen die uw huid beschermen als u geen stoma heeft
- kleding, behalve netbroekjes
- plaswekker
- incontinentiematras
- incontinentiemateriaal bij tijdelijke incontinentie, bijvoorbeeld na een operatie of zwangerschap, of nachtelijk bedplassen

Hulpmiddelen bij trombose

Trombose betekent dat een bloedvat verstopt raakt door een bloedstolsel. Een stolsel in uw bloed kan ernstige gevolgen hebben. Bijvoorbeeld een trombosebeen, longembolie, een hartinfarct of een herseninfarct. Regelmatig de stollingstijd van het bloed meten kan dit voorkomen. Hulpmiddelen om die metingen te doen, noemen we zelfmeetapparatuur. Is de stollingstijd niet goed, dan kan de medicatie worden aangepast.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

Wat u vergoed krijgt

Wij vergoeden zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden als u aan de volgende 2 voorwaarden voldoet:

1. u heeft een ziekte of aandoening waardoor u risico heeft op trombose
2. u bent voor langere tijd aangewezen op bloedverdünnende geneesmiddelen, of u kunt zich door uw werk niet bij de trombosedienst laten controleren

Wij vergoeden ook de producten die bij de zelfmeetapparatuur horen. Voorbeelden daarvan zijn teststrips, vingerprikstelsel met lancetten en vloeistof voor kwaliteitscontrole.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van zelfmeetapparatuur

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor zelfmeetapparatuur van de behandelend arts.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden zelfmeetapparatuur, en de producten die daarbij horen, alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen.

Hulpmiddelen bij vaatproblemen

Uw slagaders en aders zorgen voor transport van het bloed door uw lichaam. Slagaders brengen zuurstofrijk bloed van het hart naar alle organen en weefsels. Aders brengen het bloed met afvalstoffen terug naar het hart. Lymfevaten zorgen voor transport van lymfevocht van organen naar lymfeklieren. Zo worden afvalstoffen van weefsels afgevoerd die niet in het bloed mogen komen.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

Wat u vergoed krijgt

Soms doen aders en lymfevaten hun werk niet goed en heeft u een hulpmiddel nodig. Wij vergoeden de hulpmiddelen, die hieronder staan, als u aan de volgende 2 voorwaarden voldoet:

1. de aders of lymfevaten kunnen niet meer goed zorgen voor het transport van bloed of lymfevocht
2. u heeft langdurig een hulpmiddel nodig om dit te compenseren

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van hulpmiddelen bij vaatproblemen

Dit moet u zelf doen

	Voorschrift Van welke zorgverlener heeft u een voorschrift nodig	Toestemming Heeft u vooraf toestemming van ons nodig	Gebruikstermijn Is er een minimale gebruiksduur
Ortho-mate Elektrisch hulpmiddel dat u helpt om uw elastische kousen zelfstandig uit te trekken.	Behandelend arts	ja	nee
Compressie-apparatuur Hulpmiddel voor behandeling van lymfe-oedeem.	Behandelend arts + rapportage met behandelplan van de fysiotherapeut	ja	nee

Steunkousen

Een steunkous zorgt voor extra druk op uw hele been of arm, of een deel daarvan. Uw lichaam kan door deze extra druk bloed of lymfe weer uit uw benen of armen afvoeren. Dit voorkomt bijvoorbeeld oedeem en trombose, of helpt tegen reuma. Steunkousen zijn er in 4 drukklassen. Een steunkous met drukklasse 1 geeft lichte ondersteuning, terwijl een steunkous met drukklasse 4 veel meer druk op uw been of arm geeft en daardoor geschikt is voor ernstige aandoeningen.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

Wat u vergoed krijgt

Wij vergoeden alleen steunkousen van drukklasse 2 of hoger. We noemen ze dan ook wel 'therapeutische elastische kousen'. U moet aan de volgende 2 voorwaarden voldoen:

- de aders of lymfevaten in uw benen of armen zorgen niet meer uit zichzelf voor transport van bloed of lymfevocht
- u heeft langdurig steunkousen in drukklasse 2, 3 of 4 nodig om dit te verhelpen

U heeft recht op 2 paar kousen of 2 stuks per jaar.

Als u steunkousen niet zelf aan en uit kunt doen, vergoeden wij ook een eenvoudige aantrek- en uittrekhelp. De minimale gebruikstermijn voor deze aantrek- en uittrekhelp is 2 jaar.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van steunkousen en aantrek- en uittrekhelpen

Dit wordt niet vergoed

- steunkousen na het verwijderen van spataderen

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor steunkousen en de aantrek- en uittrekhelp van de behandelend arts. Het voorschrift voor de aantrek- en uittrekhelp kunt u ook krijgen van de fysiotherapeut of ergotherapeut.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden steunkousen alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen.

Hulpmiddelen voor voeding

Soms kun u zelf niet meer eten of heeft u extra voeding nodig. Voeding kan op 3 manieren worden toegediend: via de mond, direct in het maagdarmkanaal of in de bloedbaan. Er zijn 2 soorten hulpmiddelen die voeding direct in de maag brengen: voedingssondes en voedingspompen. Een infuuspomp brengt de voeding direct in de bloedbaan.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

Wat u vergoed krijgt

Wij vergoeden de voedingssonde, en de producten die daarbij horen, als deze buiten het ziekenhuis wordt ingebracht, en u:

- een aandoening of ziekte aan uw maag of darmen heeft, waardoor u geen gewone voeding kunt eten, en
- een voedingssonde nodig heeft om voldoende voeding binnen te krijgen

Als voor de regulering van uw sondevoeding een voedingssonde noodzakelijk is, dan vergoeden wij ook de voedingssonde en de producten die daarbij horen zoals aansluitstukken of standaarden.

Krijgt u voor lange tijd (chronisch) thuis voeding direct via de bloedbaan toegediend? Dan vergoeden wij een infuuspomp. Gaat het om een kortdurende periode, zoals bij de voorbereiding op een operatie of als zorg in de laatste levensfase? Dan krijgt u de infuuspomp van het ziekenhuis en betalen wij de producten die daarbij horen. Bijvoorbeeld de aansluitstukken, flessen of de infuusstandaard.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van voedingssondes, voedingssonden en infuuspompen

Dit wordt niet vergoed

- nieuwe batterijen of oplaadapparatuur

Dit moet u zelf doen

	Voorschrift Van welke zorgverlener heeft u een voorschrift nodig	Toestemming Heeft u vooraf toestemming van ons nodig	Gebruikstermijn Is er een minimale gebruiksduur
Voedingssonde en wat daarbij hoort Een dun slangetje waarmee sondevoeding kan worden toegediend.	Behandelend arts of diëtist	ja	nee
Voedingssonde en wat daarbij hoort Hulpmiddel waarmee sondevoeding in de sonde wordt gepompt.	Behandelend arts of diëtist	ja	nee
Infuuspomp en wat daarbij hoort Hulpmiddel waarmee speciale voeding via een dun slangetje direct in de bloedbaan komt.	Behandelend medisch specialist	ja	nee

Infuuspomp voor geneesmiddelen

Een infuuspomp is een uitwendig hulpmiddel waarmee een geneesmiddel direct in uw bloedbaan kan worden toegediend. Ze worden in het ziekenhuis gebruikt, maar u kunt een infuuspomp soms ook thuis krijgen.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

Wat u vergoed krijgt

Wij vergoeden de draagbare, uitwendige infuuspomp en wat daarbij hoort als u aan de volgende 3 voorwaarden voldoet:

1. u moet zelf thuis een geneesmiddel direct in uw lichaam (bloedbaan) toedienen
2. u heeft het geneesmiddel steeds nodig
3. wij vergoeden dit geneesmiddel. Of dat het geval is, staat in de vergoeding Geneesmiddelen

Voorbeelden van producten die bij een infuuspomp horen zijn verbindingsslangetjes, fixatiemateriaal, ontsmettingsmiddel en naalden.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van infuuspompen

Dit wordt niet vergoed

- nieuwe batterijen

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor de infuuspomp van de behandelend medisch specialist.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden een infuuspomp voor geneesmiddelen alleen als u vooraf van ons toestemming heeft gekregen.

Injectiespuiten en injectiepenen om zelf medicijnen toe te dienen

Injectiespuiten en injectiepenen zijn hulpmiddelen om medicijnen direct in het lichaam toe te dienen.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

Wat u vergoed krijgt

Wij vergoeden injectiespuiten en injectiepenen en de producten die daarbij horen, als u een aandoening heeft waardoor u voor lange tijd injecties nodig heeft. Het moet om een andere aandoening gaan dan diabetes.

Kunt u geen 'normale' injectiespuit of injectiepen gebruiken omdat u een ernstige motorische handicap heeft of omdat u slecht ziet? Dan vergoeden wij in plaats daarvan aangepaste spuiten of penen.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van injectiespuiten en injectiepenen

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor injectiespuiten en injectiepenen van de behandelend arts.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden deze hulpmiddelen alleen als u vooraf van ons toestemming heeft gekregen.

Orthesen

Een orthese is een uitwendig hulpmiddel dat u draagt om de stand van uw lichaam te corrigeren, of de niet-normale beweeglijkheid van uw gewrichten of wervelkolom. Bijvoorbeeld een korset, spalk of een brace.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

Wat u vergoed krijgt

Heeft u een ernstige aandoening waardoor u beperkingen heeft in houding en beweging (motorische handicap)? Dat kan bijvoorbeeld een afwijking van de wervelkolom zijn, verlamming, of letsel aan botten of pezen. En heeft u een orthese nodig om dit te corrigeren? Dan vergoeden wij deze als u de orthese altijd nodig heeft. Het gaat dus niet om orthesen die u tijdelijk nodig heeft, of alleen bij het sporten.

De minimale gebruikstermijn van een orthese is 2 jaar.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van orthesen

Dit wordt niet vergoed

- eenvoudige orthesen, zoals steunzolen

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor de orthese van de medisch specialist. Het voorschrift voor vervanging kunt u ook krijgen van de behandelend arts.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden orthesen alleen als u vooraf van ons toestemming heeft gekregen.

Prothese

Een prothese is een uitwendig hulpmiddel dat een onderdeel van het lichaam vervangt of bedekt. Helemaal, of voor een deel.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

Wat u vergoed krijgt

Wij vergoeden prothesen voor het **vervangen** van:

- armen en handen, benen en voeten, schouders, heupen en bekken
- stembanden

Als u bij de prothese een liner of stompkous nodig heeft, vergoeden wij deze.

Wij vergoeden ook prothesen voor het vervangen, of bedekken van:

- oogbol, inclusief scleraschalen en -lenzen zonder visuscorrectie
- gezicht, inclusief neus en oren

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van prothesen

Dit wordt niet vergoed

- gebitsprothese

Dit moet u zelf doen

	Voorschrift Van welke zorgverlener heeft u een voorschrift nodig	Toestemming Heeft u vooraf toestemming van ons nodig	Gebruikstermijn Is er een minimale gebruiksduur
Prothesen voor armen en handen, schouders, heupen en bekken Kunstmatig lichaamsdeel dat de werking van uw armen en handen, schouders, heupen of bekken helemaal of voor een deel overneemt.	Medisch specialist	ja	3 jaar
Prothesen voor benen en voeten Kunstmatig lichaamsdeel dat de werking van uw benen en/of voeten helemaal of voor een deel overneemt.	Medisch specialist	ja	nee
Stompkousen * Stompkousen passen over de amputatiestomp en maken het dragen van een prothese aangenamer. Ze beschermen uw huid tegen het drukken en schuiven van de prothese.	Behandelend arts	nee	nee
Liner Een liner werkt als tussenlaag tussen de huid en de binnenkant van de koker.	Medisch specialist	ja	nee
Stemprothesen Hulpmiddelen die ervoor zorgen dat u weer kunt spreken, als uw strottenhoofd verwijderd is.	Medisch specialist	nee	nee
Oogprothesen, scleraschalen en scleralenzen zonder visuscorrectie Hulpmiddelen die uw oogbol vervangen of het voorste deel van de oogbol bedekken.	Oogarts	nee	nee
Gezichtsprothesen (inclusief neus en oren) Hulpmiddelen die uw gezicht, neus of oren voor een deel vervangen of bedekken.	Medisch specialist	ja	nee

*** Maximaal aantal stompkousen**

U krijgt maximaal 6 stompkousen per kalenderjaar

Verbandmiddelen

Verbandmiddelen zijn er in vele soorten en maten. U kunt denken aan gazen, watten, buis- en netverband, pleisters, tape, windsels en bandagelenzen (verbandlens, zonder visuscorrectie).

Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

Wat u vergoed krijgt

Wij vergoeden verbandmiddelen bij de volgende aandoeningen:

- een complexe wond, of een hoog risico daarop
- een chronische huidaandoening
- ernstige littekens als sprake is van een aantoonbare lichamelijke stoornis of verminking

Een complexe wond is een wond die niet goed geneest door een ziekte of aandoening. Daarbij kan ook het volgende meespelen:

- u kunt door sociale omstandigheden de wond niet goed verzorgen
- uw zorgverlener heeft niet genoeg kennis of vaardigheden om de wond goed te verzorgen
- uw zorginstelling doet niet genoeg aan wondverzorging waardoor uw wond niet goed verzorgd wordt

Wij vergoeden ook bandagelenzen om uw oog te beschermen.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van verbandmiddelen

Dit wordt niet vergoed

- verbandmiddelen voor kort gebruik
- verbandmiddelen die vergelijkbaar zijn met zelfzorgmiddelen of middelen die alleen worden gebruikt bij een behandeling in het ziekenhuis. Welke middelen dat zijn, staat in de lijst verbandmiddelen¹. Dit document vindt u op onze website. Of neem contact op met ons Service Center.

Dit moet u zelf doen

	Voorschrift Van welke zorgverlener heeft u een voorschrift nodig	Toestemming Heeft u vooraf toestemming van ons nodig	Gebruikstermijn Is er een minimale gebruiksduur
Bandagelenzen (zonder correctie) Een lens zonder sterkte om uw oog te beschermen.	Oogarts	ja	nee
Verbandmiddelen Hulpmiddel om bijvoorbeeld een wond te bedekken.	Behandelend arts, verpleegkundig specialist of wondverpleegkundige	ja	nee

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.vvaa.nl/zorgverzekering - 030 639 64 00

Zuurstofapparatuur

Zuurstofapparatuur gebruikt u als u hulp nodig heeft om genoeg zuurstof op te nemen.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

Wat u vergoed krijgt

Wij vergoeden zuurstofapparatuur als die problemen met ademen helemaal of voor een deel verhelpt. Er zijn verschillende apparaten voor zuurstof:

- zuurstofconcentrators halen zuurstof uit de lucht, en zijn bedoeld voor gebruik thuis. Er zijn ook mobiele concentrators om mee te nemen
- zuurstofcilinders bevatten samengeperste zuurstof, die u makkelijk mee kunt nemen zodat u mobiel blijft
- systemen met vloeibare zuurstof, die bestaan uit een draagbaar vat, en een groot vat om het draagbare vat bij te vullen. Het systeem is zowel thuis als buiten huis te gebruiken

U kunt niet zelf kiezen welke zuurstofapparatuur u krijgt. Dat bepalen de behandelend arts en leverancier aan de hand van wat u nodig heeft.

Wij vergoeden ook stoffen die u met zuurstofapparatuur krijgt toegediend. Met stoffen bedoelen we zuurstof en andere stoffen met een certificaat volgens de Wet op de medische hulpmiddelen.

Gebruikt uw zuurstofapparaat stroom? Dan vergoeden wij € 0,06 per uur dat u het zuurstofapparaat gebruikt. Ieder uur moet geregistreerd zijn door de leverancier van het hulpmiddel.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van zuurstofapparatuur

Dit wordt niet vergoed

- hulpmiddelen voor chronische ondersteuning van de ademhaling

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor zuurstofapparatuur van de behandelend arts.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden zuurstofapparatuur alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen.

Borstprothese

Een borstprothese is een namaakborst die uw eigen borst helemaal of voor een deel vervangt.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	100%

Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt een uitwendige borstprothese als uw borstklier helemaal of bijna helemaal ontbreekt. Bijvoorbeeld omdat deze is weggehaald bij een operatie.

De minimale gebruikstermijn van een borstprothese is 1 jaar.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van borstprothesen

Dit wordt niet vergoed

- bh's, plakpleisters en hechtstrips bij een borstprothese

Borstimplantaten die door de chirurg worden geplaatst, vallen onder de vergoeding Medisch specialist.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor de borstprothese van de behandelend arts of gespecialiseerd verpleegkundige.

Voor vervanging binnen 1 jaar moet u ons toestemming vragen

Wilt u uw borstprothese vervangen binnen de minimale gebruikstermijn van 1 jaar, maar is dat jaar nog niet om? Dan moet u vooraf toestemming van ons hebben.

Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie

Veel mensen dragen een bril of lenzen in het dagelijks leven omdat ze bijziend of verziend zijn. Dit vergoeden wij niet. Maar brillenglazen of lenzen kunnen ook nodig zijn door een ongeluk, ziekte of aandoening. We noemen dat een medische indicatie.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	100%

Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt lenzen als 1 van de volgende situaties op u van toepassing is:

- correctie van uw ogen is nodig door een medische aandoening of trauma, en lenzen helpen beter dan brillenglazen voor een scherp zicht of zicht van goede kwaliteit
- u bent jonger dan 18 jaar en u bent bijziend, met een sterkte van ten minste -6

Health Premium vergoedt brillenglazen of filterglazen als u jonger bent dan 18 jaar en 1 van de volgende situaties op u van toepassing is:

- wij zouden lenzen met medische indicatie vergoeden maar u heeft liever een bril
- u bent aan 1 of beide ogen geopereerd voor een afwijking aan uw lens
- u ziet scheel omdat u verziend bent (accomodatieve esotropie)

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van brillenglazen of filterglazen en lenzen

Dit wordt niet vergoed

- brilmonturen

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor brillenglazen of filterglazen en lenzen van uw oogarts.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden brillenglazen of filterglazen en lenzen alleen als u vooraf van ons toestemming heeft gekregen.

CPAP-apparaat

CPAP staat voor Continuous Positive Airway Pressure. Een CPAP-apparaat wordt gebruikt om slaapapneu te behandelen. Als u slaapapneu heeft, stopt de ademhaling tijdens uw slaap vaak en voor meer dan 10 seconden. Bijvoorbeeld omdat uw tong uw luchtpijp blokkeert of uw hersenen te weinig prikkels geven om adem te halen. Een CPAP-apparaat blaast lucht onder druk in uw luchtpijp. Dat gebeurt via een masker. Het apparaat houdt uw luchtwegen bij het slapen vrij of geeft een prikkel om adem te halen, zodat u door blijft ademen.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	100%

Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt een CPAP-apparaat als u matige tot ernstige slaapapneu heeft. En een proefperiode met positief resultaat heeft gehad.

De minimale gebruikstermijn van een CPAP-apparaat is 5 jaar.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van CPAP-apparaten

Dit wordt niet vergoed

- hulpmiddelen voor chronische ondersteuning van de ademhaling
- hulpmiddelen die alleen bedoeld zijn om snurken te verminderen
- CPAP-apparaat als u een MRA gebruikt

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor een CPAP-apparaat van de longarts, KNO-arts of neuroloog.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden een CPAP-apparaat alleen als u vooraf van ons toestemming heeft gekregen.

Hulpmiddelen bij pijnbestrijding (TENS)

TENS staat voor Transcutane Elektrische Neuro Stimulatie. Het is apparatuur die zwakke elektrische prikkels geeft op de huid voor pijnvermindering.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	100%

Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt een TENS als u aan de volgende 3 voorwaarden voldoet:

1. u heeft pijn die u altijd voelt
2. die pijn is niet te behandelen
3. tijdens een proefperiode is gebleken dat een TENS bij u goed werkt

Wij vergoeden ook producten die bij een TENS horen. Voorbeelden daarvan zijn elektroden, elektrodepasta, kabels, fixatiemateriaal en draagtas.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van TENS

Dit wordt niet vergoed

- nieuwe batterijen

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor een TENS van de behandelend arts of medisch specialist.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden een TENS alleen als u vooraf van ons toestemming heeft gekregen.

Hulpmiddelen bij problemen met bewegen

Heeft u een ernstige aandoening waardoor u beperkingen heeft met uw houding en beweging (motorische handicap)? En is het noodzakelijk deze aandoening te corrigeren? Bijvoorbeeld afwijkingen van uw wervelkolom of voeten, verlamming of letsel aan uw botten of pezen. Vaak helpt een orthese dan. Maar soms helpt een orthese niet of niet genoeg.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	100%

Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt de hieronder genoemde hulpmiddelen als u problemen heeft met bewegen.

Voorwaarde is dat een orthese niet of niet genoeg helpt. En dat u door uw aandoening beperkt bent bij 1 van de volgende activiteiten:

- lopen
- gebruik van uw hand en arm
- veranderen van lichaamshouding of het vasthouden daarvan
- gebruiken van apparaten voor communicatie

Health Premium vergoedt dan de hieronder genoemde hulpmiddelen om dit te corrigeren of te verbeteren.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van hulpmiddelen bij problemen met bewegen

Dit wordt niet vergoed

- hulpmiddelen als u beperkt bent bij huishoudelijke taken, zoals aangepaste keukenspullen
- eenvoudige hulpmiddelen als u beperkt bent bij eten en drinken
- eenvoudige hulpmiddelen als u beperkt bent bij het lopen
- een stoel met alleen een sta-op functie, waardoor u makkelijk kunt opstaan

Dit moet u zelf doen

	Voorschrift Van welke zorgverlener heeft u een voorschrift nodig	Toestemming Heeft u vooraf toestemming van ons nodig	Gebruikstermijn Is er een minimale gebruiksduur
Trippelstoel Makkelijk te verrijden en wendbare stoel op wieltjes. Daarmee kunt u zich eenvoudig zittend verplaatsen en heeft u uw handen vrij om wat te doen of iets mee te nemen.	Behandelend arts + schriftelijk advies ergotherapeut	ja	nee
Loopwagen of loopfiets Hulpmiddel waarmee u zich kunt verplaatsen als het lopen van langere afstanden niet (meer) lukt.	Behandelend arts + schriftelijk advies ergotherapeut	ja	nee
Aangepaste tafel of aangepaste stoel Een tafel die in hoogte verstelbaar is voor rolstoelgebruikers. Een aangepaste stoel gebruikt u als u niet meer goed kunt zitten.	Behandelend arts + schriftelijk advies ergotherapeut	ja	5 jaar
Stabeugel, dynamische zit- of ligorthese Hulpmiddel om uw houding te corrigeren of comfortabel te krijgen.	Medisch specialist Bij vervanging: behandelend arts	ja	nee

Hulpmiddelen bij problemen met spreken

Er zijn verschillende hulpmiddelen die kunnen helpen als u niet of bijna niet kunt spreken. Bijvoorbeeld lettersets of symbolensets, een computerprogramma, of teksttelefoons.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	100%

Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt uitwendige hulpmiddelen bij problemen met spreken als u aan de volgende 3 voorwaarden voldoet:

1. u heeft een ernstige taalstoornis of spraakstoornis
2. u kunt daardoor niet of bijna niet spreken
3. u heeft een hulpmiddel nodig om u hierbij te helpen

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van hulpmiddelen bij problemen met spreken

Dit wordt niet vergoed

- telefoons, tablets, laptops en computers waarop een programma geïnstalleerd wordt die helpt bij problemen met spreken
- hulpmiddelen voor stotteren

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor hulpmiddelen bij problemen met spreken van de behandelend arts.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden deze hulpmiddelen alleen als u vooraf van ons toestemming heeft gekregen.

Hoorstoestellen en tinnitusmaskeerders

Er zijn verschillende hoorhulpmiddelen die u kunnen helpen als u niet meer goed kunt horen. Bijvoorbeeld hoortoestellen en de oorstukjes die daarbij horen, tinnitusmaskeerders of eenvoudige luisterhulpmiddelen.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	Hoortoestel, tinnitusmaskeerder: maximaal € 600 per oor Vervanging oorstukjes: 100%

Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt hoortoestellen en tinnitusmaskeerders tot maximaal € 600 per oor als u ernstig gehoorverlies heeft, of ernstig oorsuizen. Onder ernstig gehoorverlies verstaan wij een verlies van 35 dB of meer. Of u dit heeft, stelt de audicien vast door uw gehoorverlies bij 1.000, 2.000 en 4.000 Hz te meten en daar het gemiddelde van te nemen.

De vervanging van de oorstukjes die bij een hoortoestel of tinnitusmaskeerder horen, vergoedt Health Premium volledig.

Heeft u recht op een hoortoestel, maar gebruikt u liever een eenvoudige luisterhulp? Dan vergoedt Health Premium, in plaats van het hoortoestel, deze luisterhulp tot maximaal € 600.

Hoorhulpmiddelen die (deels) bij u geïmplanteerd worden, vallen onder de vergoeding Medisch specialist.

Hier kunt u terecht

- alle audiciens

Dit moet u zelf doen

	Voorschrift Van welke zorgverlener heeft u een voorschrift nodig	Toestemming Heeft u vooraf toestemming van ons nodig	Gebruikstermijn Is er een minimale gebruiksduur
Hoortoestellen Hulpmiddel waarmee u beter kunt horen.	KNO-arts of audiologisch centrum	ja	5 jaar
Oorstukjes Dit zijn onderdelen van het hoortoestel die u in uw oor draagt.	KNO-arts of audiologisch centrum	ja	24 mnd (≥ 16 jaar) 6 mnd (< 16 jaar)
Tinnitusmaskeerder Hulpmiddel dat een ruisgeluid maakt, zodat u minder last heeft van oorsuizen.	KNO-arts of audiologisch centrum	ja	5 jaar
Eenvoudige luisterhulp Eenvoudig hulpmiddel om goed een gesprek te kunnen voeren. Bijvoorbeeld als u nog geen hoortoestel kunt of wilt dragen.	KNO-arts of audiologisch centrum	ja	nee

Hulpmiddelen voor anticonceptie

Het koperspiraaltje en pessarium zijn hulpmiddelen om zwangerschap te voorkomen.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	100%

Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt het koperspiraaltje en het pessarium.

Hier kunt u terecht

Een koperspiraaltje of pessarium haalt u bij:

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Een koperspiraaltje laat u plaatsen of verwijderen door:

- huisarts
- verloskundige
- gynaecoloog

Let op: bij de gynaecoloog is het koperspiraaltje onderdeel van de behandeling. U koopt het dan niet zelf.

Dit moet u zelf doen

U heeft geen voorschrift nodig

Deze anticonceptiemiddelen kunt u zonder voorschrift van uw arts halen bij uw apotheek of apotheekhoudende huisarts.

Voor de gynaecoloog moet u vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de gynaecoloog gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts of verloskundige. De zorg valt dan onder de vergoeding Medisch specialist.

Kortdurende uitleen van hulpmiddelen bij problemen met bewegen

Soms heeft u door een ernstige aandoening beperkingen met houding en beweging (motorische handicap). En bent u door die aandoening beperkt bij wassen en naar het toilet gaan, het maken van transfers of zich verplaatsen.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	100%

Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt de hieronder genoemde hulpmiddelen om de beperkingen te corrigeren of verbeteren als u ze tijdelijk nodig heeft. We noemen dit ook wel kortdurende uitleen. Als kortdurend zien wij een periode van maximaal 26 weken. Als uw persoonlijke situatie dat vraagt, is het mogelijk om deze termijn iets te verlengen.

Heeft u het hulpmiddel altijd of langer nodig? Dan kunt u dit aanvragen bij uw gemeente.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van hulpmiddelen voor kortdurende uitleen

Dit wordt niet vergoed

- hulpmiddelen als u beperkt bent bij huishoudelijke taken, zoals aangepaste keukenspullen
- eenvoudige hulpmiddelen als u beperkt bent bij eten en drinken
- eenvoudige loophulpmiddelen als u beperkt bent bij het lopen
- een stoel om makkelijker op staan met alleen een sta-op functie

Dit moet u zelf doen

	Voorschrift Van welke zorgverlener heeft u een voorschrift nodig	Toestemming Heeft u vooraf toestemming van ons nodig	Gebruikstermijn Is er een minimale gebruiksduur
Rolstoel Hulpmiddel om te verplaatsen als u tijdelijk slecht of niet kunt lopen.	Behandelend arts	nee	nee
Gipssteun Hulpmiddel dat aan uw rolstoel gemonteerd kan worden om uw gipsbeen te ondersteunen.	Behandelend arts	nee	nee
Drempelhulp Hulpmiddel om hoge drempels of andere obstakels veilig over te komen.	Behandelend arts	nee	nee
Transferplank, draaischijf en tillift Hulpmiddelen die u helpen om zich te verplaatsen, bijvoorbeeld van rolstoel naar bed of auto.	Behandelend arts of wijkverpleegkundige	nee	nee
Luchtring Hulpmiddel dat zorgt voor verlichting van pijn bij het zitten.	Behandelend arts	nee	nee
Losse toiletverhoger, losse toiletstoel, losse douchestoel en badplank Hulpmiddelen die u helpen om het toilet te gebruiken en om te douchen en in bad te gaan.	Behandelend arts of wijkverpleegkundige	nee	nee
Aangepast bed (en wat daarbij hoort) Een bijzonder bed als u met een gewoon bed niet verpleegd en verzorgd kunt worden of zelfredzaam kunt blijven.	Behandelend arts, wondverpleegkundige of wijkverpleegkundige	ja	nee

MRA

MRA staat voor Mandibulair Repositie Apparaat. Een MRA wordt gebruikt om slaapapneu te behandelen. Als u slaapapneu heeft, stopt de ademhaling tijdens uw slaap vaak en voor meer dan 10 seconden. Bijvoorbeeld omdat uw tong of huig uw luchtpijp blokkeert. Een MRA schuift uw onderkaak naar voren. Zo blijven uw luchtwegen tijdens het slapen vrij.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	100%

Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt de MRA als u lichte tot matige slaapapneu heeft of als een CPAP-apparaat bij u niet werkt.

Voor dit hulpmiddel geldt een minimale gebruiksstermijn van 5 jaar.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van een MRA
- een NVTS-erkende tandarts (Nederlandse Vereniging voor Tandheelkundige Slaapgeneeskunde)
- kaakchirurg
- orthodontist

Dit wordt niet vergoed

- hulpmiddelen die alleen bedoeld zijn om snurken te verminderen

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor de MRA van de longarts of KNO-arts.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden een MRA alleen als u vooraf van ons toestemming heeft gekregen.

Orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen

Orthopedische schoenen zijn speciaal voor u op maat gemaakte schoenen. (Semi-)orthopedische schoenen zijn bestaande, speciale schoenen die zo worden aangepast dat het uw voetklachten oplost. U krijgt (semi-) orthopedische schoenen als u geen gewone schoenen (confectie) aan kunt. Soms zijn orthopedische schoenen niet nodig. Maar is een orthopedische voorziening aan gewone schoenen (confectie) voldoende. Of orthopedische binnenschoenen.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	100%

Wat u vergoed krijgt

Heeft u een ernstige aandoening waardoor u beperkingen heeft met houding en beweging (motorische handicap)? En heeft u orthopedische schoenen of andere schoenvoorzieningen altijd nodig om dit te corrigeren? Dan vergoedt Health Premium de hieronder genoemde schoenen of voorzieningen. Wij vergoeden dus niet als u de schoenen of aanpassingen tijdelijk nodig heeft, of alleen bij het sporten.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van (semi-)orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen

Dit wordt niet vergoed

- gewone schoenen (confectie)

Dit moet u zelf doen

	Voorschrift Van welke zorgverlener heeft u een voorschrift nodig	Toestemming Heeft u vooraf toestemming van ons nodig	Gebruikstermijn Is er een minimale gebruiksduur
(Semi-)orthopedische schoenen Aangepaste schoenen als u door problemen met bewegen geen gewone schoenen (confectie) kunt dragen.	Medisch specialist	ja	18 mnd (≥ 16 jaar) 6 mnd (< 16 jaar)
Wisselpaar (semi-)orthopedische schoenen * Reservepaar (semi-)orthopedische schoenen.	Behandelend arts	ja	18 mnd (≥ 16 jaar) 6 mnd (< 16 jaar)
Orthopedische binnenschoenen Orthopedische voorziening die u in een gewone schoen (confectie) draagt.	Medisch specialist	ja	nee
Orthopedische voorziening aan confectieschoenen ** Orthopedische aanpassing aan uw gewone schoenen (confectie).	Medisch specialist	ja	nee

* Wisselpaar (semi-)orthopedische schoenen

U kunt een wisselpaar aanvragen als u uw 1e paar (semi-)orthopedische schoenen 3 maanden heeft.

** Maximaal aantal orthopedische voorziening aan confectieschoenen

U mag maximaal 2 paar schoenen per jaar laten aanpassen.

Pruik

Een pruik is een hulpmiddel dat uw haar vervangt. Een pruik kan gemaakt worden van echt of synthetisch haar.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	Maximaal € 1.000

Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt een pruik als u helemaal of voor een deel kaal wordt door een medische behandeling of een aandoening.

Voor dit hulpmiddel geldt een minimale gebruikstermijn van 1 jaar.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van pruiken

Dit wordt niet vergoed

- pruiken bij natuurlijke klassieke mannelijke kaalheid
- gebruikelijke hoofdbedekking, zoals hoeden, petten, bandana's en mutsen
- verzorging en onderhoud van de pruik

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor de pruik van de behandelend arts of oncologieverpleegkundige.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden een pruik alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen.

Mond en gebit

Vergoedingen

Kaakchirurgie
Tandheelkundige zorg na een ongeval
Algemene tandheelkundige zorg
Orthodontie tot 18 jaar

Kaakchirurgie

Voor specialistische mondzorg gaat u naar de Mond-Kaak-Aangezichtschirurg (MKA-chirurg). Die wordt meestal kaakchirurg genoemd. Dat doen wij hierna ook.

In Nederland is de kaakchirurg geen medisch specialist. Behandeling door de kaakchirurg valt dus niet onder de vergoeding Medisch specialist, maar onder de vergoeding die u nu leest.

De kaakchirurg werkt in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC). U kunt niet rechtstreeks naar de kaakchirurg: u heeft altijd een verwijzing nodig. Die krijgt u van de tandarts, bijvoorbeeld bij een moeilijk te verwijderen verstandskies. Of van de orthodontist, bij problemen met de kaak. De huisarts of een medisch specialist kunnen ook verwijzen.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	100% Bij opname maximaal 1 jaar
Health Premium	100% Bij opname maximaal 1 jaar

Wat u vergoed krijgt

Health Basic en Premium vergoeden chirurgische tandheelkundige zorg. Het röntgenonderzoek dat daarbij nodig is vergoeden wij ook. Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoeden wij ook de ziekenhuisopname tot maximaal 1 jaar volgens de vergoeding Ziekenhuisopname.

Hier kunt u terecht

- kaakchirurg

Dit wordt niet vergoed

- chirurgie aan het tandvlees (parodontale chirurgie)
- trekken van tanden en kiezen als de tandarts dat kan doen
- kaakchirurgie in verband met het plaatsen van implantaten en gebitsprothesen

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de kaakchirurg gaat, moet u een verwijzing hebben van de tandarts, orthodontist, huisarts of een medisch specialist. Bij acute zorg is geen verwijzing nodig.

Soms heeft u vooraf toestemming van ons nodig

Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie¹ staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Toestemming vragen doet uw kaakchirurg bijna altijd voor u.

Tandheelkundige zorg na een ongeval

Soms moet u kosten bij de tandarts maken door schade aan het gebit na een ongeval. Bijvoorbeeld als u van uw fiets valt.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	€ 5.000 Maximaal 1 ongeval per kalenderjaar
Health Premium	€ 5.000 Maximaal 1 ongeval per kalenderjaar

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.vvaa.nl/zorgverzekering - 030 639 64 00

Wat u vergoed krijgt

Heeft u schade aan uw gebit door een ongeval? Dan vergoeden wij de tandheelkundige behandeling die nodig is om de schade te repareren tot maximaal € 5.000 voor maximaal 1 ongeval per kalenderjaar. Hieronder vallen ook materiaal- en techniekkosten, bijvoorbeeld voor een kroon of een gedeeltelijk kunstgebit.

Met een ongeval bedoelen wij in deze vergoeding: een plotselinge inwerking van geweld van buitenaf op uw lichaam, buiten uw wil, dat medisch aantoonbaar fysiek letsel heeft.

Het moet gaan om een ongeval dat gebeurde terwijl u Health Basic of Premium had. En u moet de behandeling binnen 1 jaar na het ongeval hebben gekregen.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus

Dit wordt niet vergoed

- volledige narcose

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden tandheelkundige zorg na een ongeval alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Voor spoedeisende zorg kunt u toestemming ook achteraf vragen. Om uw aanvraag te kunnen beoordelen, hebben wij een schriftelijke toelichting van uw zorgverlener nodig. Daar moeten een behandelplan, röntgenfoto's en begroting bij zitten.

Algemene tandheelkundige zorg

Tandheelkundige zorg is het verzorgen en herstellen van uw gebit. Hierbij kunt u denken aan een controle bij de tandarts, foto's van uw gebit, het vullen van gaatjes en schoonmaken van het gebit.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	Maximaal € 300 per kalenderjaar

Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt algemene tandheelkundige zorg tot maximaal € 300 per kalenderjaar.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- mondhygiënist

Dit wordt niet vergoed

- volledige narcose
- MRA (mandibulair repositie apparaat)
- gebits- en mondbeschermer
- materiaal- en techniekkosten voor zorg die niet wordt vergoed
- tandartsabonnementen
- kunstgebit (prothese)
- implantaten
- tandheelkundige zorg die is bedoeld om het gebit mooier te maken, zoals uitwendig bleken en facings

Orthodontie tot 18 jaar

Lukt bijten en kauwen niet goed doordat uw tanden en kiezen niet goed op elkaar passen? Of door een afwijking aan de kaak? Dan spreken we van een 'functionele afwijking'. Orthodontie kan dit vaak verhelpen. Orthodontie is het verbeteren van de stand van het gebit door een beugel.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	Maximaal € 500 per kalenderjaar

Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt orthodontie tot 18 jaar tot maximaal € 500 per kalenderjaar.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- orthodontist

Dit wordt niet vergoed

- orthodontie die vooral is bedoeld om het gebit mooier te maken

Psychische zorg

Vergoedingen

Generalistische basis-ggz
Gespecialiseerde ggz

Generalistische basis-ggz

Bij psychische problemen is uw huisarts of bedrijfsarts het eerste aanspreekpunt. De huisarts kan u ondersteunen bij lichte psychische klachten. Bijvoorbeeld somberheid, rouwverwerking of eenzaamheid. Dit kan door gesprekken, maar ook door internetprogramma's. In de gesprekken gaat de huisarts ook na of hij u wel de juiste zorg kan leveren. Als de huisarts een psychische stoornis vermoedt, verwijst hij u door voor generalistische basis-ggz. Zo noemen wij in Nederland de eerstelijns zorg bij een psycholoog of psychotherapeut. Of bij ernstige klachten, voor gespecialiseerde ggz.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	In bepaalde gevallen: Maximaal 1 prestatie generalistische basis-ggz per 12 maanden, of Maximaal 8 consulten per kalenderjaar, maximaal € 100 per consult

Wat u vergoed krijgt

De vergoeding die u nu leest, gaat over generalistische basis-ggz. De behandeling bestaat meestal uit gesprekken, met bijvoorbeeld een gz-psycholoog of psychotherapeut. Ook een internetbehandeling is mogelijk. Daarmee kunt u ook kiezen voor online hulpverlening in uw eigen taal.

Health Premium vergoedt generalistische basis-ggz, als er een vermoeden is dat u een psychische stoornis heeft of als zo'n stoornis al is vastgesteld. Maximaal 1 prestatie generalistische basis-ggz per 12 maanden wordt vergoed, of maximaal 8 consulten per kalenderjaar tot maximaal € 100 per consult.

Hier kunt u terecht

- gz-psycholoog (ook wel gezondheidszorgpsycholoog)
- klinisch psycholoog
- psychotherapeut
- klinisch neuropsycholoog
- psychiater

Dit wordt niet vergoed

- behandeling van relatieproblemen
- behandeling van eetstoornissen
- behandeling van verslavingen
- behandeling van somatoforme stoornissen
- behandeling van vliegangst
- behandeling van leerstoornissen, zoals dyslexie
- opname

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de zorgverlener gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts of de bedrijfsarts. Bij acute zorg is geen verwijzing nodig.

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

Goed om te weten

Een psychische stoornis volgens de DSM

Ggz valt onder de Health Premium, maar alleen als u een psychische stoornis heeft, of uw zorgverlener dat vermoedt. Alle psychische stoornissen staan in de 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders', DSM. Dit is een internationale standaard voor de indeling van psychische stoornissen. DSM-5 is de nu gebruikte versie.

Wachtlijst? Neem contact op met de Zorgconsulent

U kunt onze Zorgconsulent vragen te bemiddelen om uw wachttijd te verkorten. Ook voor andere vormen van zorgbemiddeling kunt u bij de Zorgconsulent terecht.

Gespecialiseerde ggz

Bij ernstige psychische problemen krijgt u een verwijzing voor gespecialiseerde ggz. De behandeling bestaat vaak uit gesprekken met bijvoorbeeld een psychiater of psychotherapeut. Als dat nodig is, wordt u opgenomen in een ggz-instelling of op de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis (PAAZ).

Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%, in bepaalde gevallen Bij opname maximaal 1 jaar
Health Premium	100%, in bepaalde gevallen Bij opname maximaal 1 jaar

Wat u vergoed krijgt

Health Basic en Premium vergoeden gespecialiseerde ggz. Maar alleen bij bepaalde indicaties. Is opname nodig voor een goed resultaat van de behandeling voor die indicaties? Dan vergoeden wij die ook, voor maximaal 1 jaar. Met daarbij, als dat nodig is: verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen en hulp- en verbandmiddelen. Krijgt u tijdens de opname ook dagbesteding? Dan vergoeden wij ook die dagbesteding en het vervoer daarnaartoe.

Bent u eerst opgenomen in een ziekenhuis en daarna in een ggz-instelling? Of andersom? Dan vergoeden wij maximaal 1 jaar voor de totale opnameperiode.

Hier kunt u terecht

Ggz-instelling, PAAZ of een zelfstandig werkende zorgverlener, waarbij de regiebehandelaar een van de volgende is:

- klinisch psycholoog
- psychotherapeut
- klinisch neuropsycholoog
- psychiater
- gz-psycholoog (ook wel gezondheidszorgpsycholoog)

Dit wordt niet vergoed

- behandeling van problematiek die ook in de generalistische basis-ggz kan worden behandeld
- behandeling van relatieproblemen
- behandeling van werkgerelateerde problemen
- behandeling van eetstoornissen
- behandeling van verslavingen
- behandeling van somatoforme stoornissen
- behandeling van vlieg angst
- behandeling van leerstoornissen, zoals dyslexie

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de zorgverlener gaat, moet u een gerichte verwijzing hebben van uw huisarts of een medisch specialist. Dit betekent dat de huisarts of medisch specialist vindt dat de gespecialiseerde ggz de meest geschikte behandelvorm is. Bij acute zorg is geen verwijzing nodig.

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

Goed om te weten

Een psychische stoornis volgens de DSM

Gespecialiseerde ggz valt onder de Health Basic en Health Premium, maar alleen als u een psychische stoornis heeft, of uw zorgverlener dat vermoedt. Alle psychische stoornissen staan in de 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders', DSM. Dit is een internationale standaard voor de indeling van psychische stoornissen. DSM-5 is de nu gebruikte versie.

Er kan een diagnose op uw rekening staan

Wilt u dat niet? Dan kunt u met uw behandelaar een 'privacyverklaring' ondertekenen en die naar ons sturen. Uw zorgverlener weet hoe dit werkt. Wel moet hierbij een verklaring van uw zorgverlener worden meegestuurd. Hieruit moet blijken dat het niet gaat om een behandeling die Health Basic of Health Premium niet vergoedt. Welke behandelingen dat zijn, staat onder 'Dit wordt niet vergoed'.

Wij vergoeden maximaal 1 jaar doorlopende opname

Bij een onderbreking van maximaal 30 dagen zien wij de opname ook als doorlopend. Is de onderbreking voor vakantie- of weekendverlof? Dan tellen de verlofdagen mee voor het volmaken van het jaar.

Wachttijd? Neem contact op met de Zorgconsulent

U kunt onze Zorgconsulent vragen te bemiddelen om uw wachttijd te verkorten. Ook voor andere vormen van zorgbemiddeling kunt u bij de Zorgconsulent terecht.

Vervoer

Vergoedingen

Ambulancevervoer
Repatriëring bij overlijden in Nederland
Zittend ziekenvervoer

Ambulancevervoer

Ambulancevervoer is medisch noodzakelijk vervoer per ambulance-auto. Vaak gaat het om spoedeisend vervoer bij bijvoorbeeld een ongeval of een hartinfarct. Maar de ambulance kan ook ingezet worden als er geen spoed is. Bijvoorbeeld om u van een ziekenhuis naar een verpleeghuis te brengen als u alleen liggend vervoerd mag worden.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%, tot 200 kilometer
Health Premium	100%, tot 200 kilometer

Wat u vergoed krijgt

Wij vergoeden ambulancevervoer over een reisafstand van maximaal 200 kilometer (enkele reis) binnen Nederland als gebruik van openbaar vervoer, taxi of eigen auto medisch onverantwoord is. In een spoedsituatie, zoals bij een ongeval, vergoeden wij ook vervoer door een (trauma)helikopter.

In al deze situaties vergoeden wij ook het vervoer terug naar uw huis. Of, als u (nog) niet zelfstandig thuis kunt zijn, naar de plek waar u verzorgd wordt.

Kunt u niet zelfstandig reizen, maar is vervoer met de ambulance niet nodig? In sommige gevallen vergoedt Health Premium zittend ziekenvervoer. Hiervoor geldt niet de vergoeding die u nu leest maar de vergoeding Zittend ziekenvervoer.

Dit moet u zelf doen

Bij meer dan 200 kilometer of een afwijkend vervoermiddel moet u toestemming vragen

Moet u, in een niet-spoedeisende situatie, over een grotere afstand dan 200 km vervoerd worden? Of moet een ander vervoermiddel worden ingezet? Wij kunnen daar in bijzondere gevallen toestemming voor geven. U of uw behandelend arts moet vooraf toestemming vragen. In spoedeisende situaties is geen toestemming vooraf nodig.

Repatriëring bij overlijden in Nederland

Vergoeding per verzekering

Health Basic	Repatriëring van stoffelijk overschot naar het land van uw nationaliteit, door alarmcentrale Artsen Alarm Service
Health Premium	Repatriëring van stoffelijk overschot naar het land van uw nationaliteit, door alarmcentrale Artsen Alarm Service

Wat u vergoed krijgt

Wij vergoeden bij overlijden van verzekerde in Nederland de kosten van het vervoer van het stoffelijk overschot naar het land van uw nationaliteit, als onze alarmcentrale Artsen Alarm Service dit heeft geregeld.

Dit moeten de nabestaanden zelf doen

Uw nabestaanden moeten altijd contact opnemen met onze alarmcentrale Artsen Alarm Service

Dit moeten zij doen voordat er kosten worden gemaakt. Onze alarmcentrale Artsen Alarm Service is altijd bereikbaar op telefoonnummer +31 (0)30 241 29 08.

Zittend ziekenvervoer

Kunt u door een medische reden niet zelf voor behandeling naar het ziekenhuis reizen? Bijvoorbeeld omdat u in een rolstoel zit, of slechtziend bent? Dan kan het zijn dat u recht heeft op vergoeding van uw vervoerskosten. U krijgt dan 'zittend ziekenvervoer'. Dat is vervoer voor medisch onderzoek of behandeling, als u medisch gezien niet met het openbaar vervoer kunt.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	<ul style="list-style-type: none">• Taxivervoer 100%• Eigen vervoer € 0,27 per kilometer

Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt zittend ziekenvervoer als het gaat om vervoer naar ziekenhuis in Nederland waar u zorg krijgt die Health Premium vergoedt.

Health Premium vergoedt ook het vervoer terug naar huis. Of, als u (nog) niet zelfstandig thuis kunt zijn, naar de plek waar u verzorgd wordt.

De vergoeding geldt over een reisafstand van maximaal 200 kilometer enkele reis. Als u van ons toestemming heeft gekregen voor een behandeling die verder weg is dan 200 kilometer, dan vergoeden wij over de langere afstand.

Ook vergoedt Health Premium het vervoer van een begeleider bij een kind jonger dan 16 jaar. En boven die leeftijd, als begeleiding noodzakelijk is. Zijn er 2 begeleiders nodig? Dan vergoeden wij dat alleen als wij daarvoor vooraf toestemming hebben gegeven.

De vergoeding is:

- auto: € 0,27 per kilometer
- taxivervoer: volledig

Taxivervoer

Kiest u voor reizen per taxi? Maak het uzelf makkelijk en kies voor de service van Transvision. Transvision regelt het taxivervoer voor u en declareert de kosten rechtstreeks bij ons. Uw arts moet vooraf deel 1 van het aanvraagformulier zittend ziekenvervoer¹ invullen. Wij kunnen de ingevulde verklaring bij u opvragen. Transvision is van maandag t/m vrijdag van 8.30 tot 17.00 uur te bereiken op telefoonnummer 0900 333 33 30 (€ 0,15 per minuut).

Dit wordt niet vergoed

- parkeerkosten en andere bijkomende kosten
- vervoer van een begeleider als u zelf niet meereist, bijvoorbeeld als u bent opgenomen en de begeleider alleen terugreist

Dit moet u zelf doen

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden zittend ziekenvervoer alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. U vraagt dit aan met het aanvraagformulier zittend ziekenvervoer¹. U kunt hierbij ook toestemming vragen voor vervoer over een grotere afstand dan 200 kilometer, vervoer met een ander vervoermiddel of met een (extra) begeleider. Dit formulier vindt u op onze website. Of neem contact op met ons Service Center.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.vvaa.nl/zorgverzekering - 030 639 64 00

Goed om te weten

We gaan voor autovervoer uit van de optimale route

Het aantal kilometers berekenen wij met de routeplanner Routenet.

Declareer met het declaratieformulier zittend ziekenvervoer

Wilt u ziekenvervoerskosten declareren? Met het declaratieformulier zittend ziekenvervoer¹ declareert u eenvoudig uw kosten. Op het formulier staat wat u moet meesturen. Dit formulier vindt u op onze website. Of neem contact op met ons Service Center.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.vvaa.nl/zorgverzekering - 030 639 64 00

Overige therapieën

Vergoedingen

Overige therapieën

Overige therapieën

Heeft u klachten die de huisarts niet direct zelf kan behandelen, maar waarvoor u ook niet naar een ziekenhuis hoeft? Dan verwijst de huisarts u vaak naar een andere zorgverlener. Bijvoorbeeld een fysiotherapeut of diëtist. Deze zorgverleners werken soms in hetzelfde gebouw als de huisarts. U kunt deze zorgverleners ook bezoeken zonder verwijzing van de huisarts.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	Maximaal € 2.000 per kalenderjaar

Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt de overige therapieën die hieronder genoemd staan. Er geldt een maximale vergoeding van € 2.000 per kalenderjaar voor alle therapieën en behandelingen samen.

Fysiotherapie, oefentherapie Cesar en Mensendieck

Heeft u lichamelijke klachten bij het bewegen, of door uw houding? Dan kan de fysiotherapeut of oefentherapeut bepalen wat er precies aan de hand is en u behandelen en begeleiden bij uw herstel. Vaak krijgt u oefeningen om te herstellen en om na het herstel te voorkomen dat de klachten terugkeren. Deze oefeningen doet u zelf thuis of in een sportschool.

U kunt terecht bij een (gespecialiseerde) fysiotherapeut, manueel therapeut, of oefentherapeut Mensendieck of Cesar.

Podotherapie en podologie

Heeft u voetklachten? Of klachten door een afwijkende stand van uw voeten of uw manier van lopen? Dan kunt u terecht bij een podotherapeut, registerpodoloog of podoposturaal therapeut. Die onderzoekt en behandelt uw klachten. Als het nodig is, krijgt u podotherapeutische zooltjes, een orthese of een nagelbeugel.

U kunt terecht bij een podotherapeut, registerpodoloog of podoposturaal therapeut. De registerpodoloog en podoposturaal therapeut moeten ingeschreven staan in het kwaliteitsregister van Kabiz.

Chiropractie en osteopathie

Voor chiropractie kunt u terecht bij een chiropractor die volwaardig lid is van een door ons erkende beroepsorganisatie. Dit zijn:

CCA	Christelijke Chiropractie Associatie
DCF	Dutch Chiropractic Federation
NCA	Nederlandse Chiropractoren Associatie
SCN	Stichting Chiropractie Nederland
SNRC	Stichting Nationaal Register van Chiropractoren

Voor osteopathie kunt u terecht bij een osteopaat die volwaardig lid is van een door ons erkende beroepsorganisatie. Dit zijn:

NOF	Nederlandse Osteopathie Federatie
NRO	Nederlands Register voor Osteopathie
NVO	Nederlandse Vereniging Osteopathie

Ergotherapie

Kunt u uw dagelijkse handelingen door lichamelijke of psychische problemen niet meer goed uitvoeren? Een ergotherapeut kan u helpen om weer zo zelfstandig mogelijk te functioneren.

Samen met de ergotherapeut werkt u eraan om dat wat niet meer goed gaat, toch weer mogelijk te maken. Van de ergotherapeut krijgt u advies, instructie, training of behandeling om uw doelen te bereiken.

U kunt terecht bij een ergotherapeut.

Logopedie

De logopedist behandelt problemen die te maken hebben met de stem, spreken en slikken. Bij kinderen en volwassenen. Stotteren is een bekend voorbeeld van zo'n probleem. Maar het kan bijvoorbeeld ook gaan om vaak hees zijn of verslikken, of het niet kunnen uitspreken van bepaalde woorden of klanken. De zorg van een logopedist heet logopedie.

U kunt terecht bij een logopedist.

Diëtetiek

Bent u te zwaar of juist te licht door bijvoorbeeld ziekte, eetproblemen of een voedselallergie? Of heeft u andere klachten die samenhangen met voeding, zoals darmklachten, hoge bloeddruk of verhoogd cholesterol? Een diëtist geeft voorlichting en advies over voeding, dieet en eetgewoonten. Dit noemen we diëtetiek.

U kunt terecht bij een diëtist.

Acupunctuur

Acupunctuur is een vorm van traditionele Chinese geneeskunde, die wordt ingezet bij veel verschillende soorten klachten. Bijvoorbeeld bij pijnklachten. Of bij allergie of spanningsklachten.

U kunt terecht bij een acupuncturist die volwaardig lid is van een door ons erkende beroepsorganisatie voor acupuncturisten. Dit zijn:

NVA	Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur
NAAV	Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging
ZHONG	Nederlandse Vereniging van Traditionele Chinese Geneeskunde
NWP	Nederlandse werkgroep Praktizijns in de natuurlijke geneeskunst
NBCG YI	Nederlandse Beroepsvereniging Chinese Geneeswijzen YI

Dit wordt niet vergoed

- zwangerschapsgymnastiek
- sportmassage
- arbeids- en bezigheidstherapie
- behandeling van anderstaligheid veroorzaakt door dialect of doordat u een andere moedertaal heeft
- behandeling van dyslexie
- behandeling om onderwijs te ondersteunen
- muziektherapie

Zorg in het buitenland en reizen

Vergoedingen

Spoedeisende zorg in het buitenland
Repatriëring

Spoeisende zorg in het buitenland

Heeft u in het buitenland (buiten Nederland) met spoed zorg nodig, bijvoorbeeld door een ongeval of een plotselinge ziekte? Dat noemen wij spoedisende zorg in het buitenland. Dus zorg die u meteen moet krijgen, die bij uw vertrek naar het buitenland niet te verwachten was en die ook niet kan wachten tot u weer terug bent in Nederland.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%, tot wettelijk of marktconforme tarief in land van behandeling
Health Premium	100%, tot wettelijk of marktconforme tarief in land van behandeling

Wat u vergoed krijgt

Wij vergoeden spoedisende zorg in het buitenland als u daar kortdurend bent en de zorg niet te voorzien was bij vertrek naar het buitenland. Met kortdurend bedoelen wij maximaal 180 dagen achter elkaar. Met spoedisend bedoelen wij dat u de zorg meteen moet krijgen. De zorg kan niet wachten tot u weer terug bent in Nederland.

Wij vergoeden de zorg tot maximaal het marktconforme bedrag dat geldt in het land van behandeling. Dat wil zeggen dat het bedrag dat de zorgverlener rekent niet onredelijk hoog is vergeleken met wat andere zorgverleners in het land van behandeling rekenen.

Regeling bij zwangerschap en bevalling

Als u tijdens een zwangerschap naar het buitenland reist, kunnen er medische complicaties optreden in uw zwangerschap of bij de bevalling. Wij vergoeden de zorg voor die complicaties als deze niet te voorzien waren. Wij beschouwen de reguliere zorg rond zwangerschap en bevalling als voorziene zorg. Het is zorg die te verwachten was bij uw vertrek naar het buitenland. U kunt daarvoor geen gebruik maken van de vergoeding die u nu leest.

Wij vergoeden ook niet:

- als u bij vertrek naar het buitenland als zwangere een verhoogd gezondheidsrisico of verloskundige risicofactor heeft
- bij reizen naar de tropen, naar malaria- of gele koortsgebieden, en naar gebieden met een verhoogd risico op een infectie met het zikavirus
- bij vliegvlagen na de 36e week van de zwangerschap

Dit wordt nooit vergoed

- spoedisende zorg bij een verblijf in het buitenland van langer dan 180 dagen

Dit moet u zelf doen

Neem altijd contact op met de alarmcentrale Artsen Alarm Service

Heeft u in het buitenland zorg nodig? Dan moet u zo spoedig mogelijk contact opnemen met onze alarmcentrale Artsen Alarm Service. Doet u dit niet, dan kan dit gevolgen hebben voor vergoeding van kosten. U kunt ook contact opnemen voor advies over geneeskundige zorg.

Onze alarmcentrale Artsen Alarm Service is altijd bereikbaar op telefoonnummer +31 (0)30 241 29 08. Wij vergoeden de telefoonkosten vanuit het buitenland naar de alarmcentrale.

Medische gegevens

U geeft toestemming aan de medisch adviseur van onze alarmcentrale Artsen Alarm Service om als dat nodig is gegevens over te dragen aan onze medisch adviseur. Dit zijn bijvoorbeeld gegevens over de behandeling.

Eisen aan zorgverleners

Ook bij zorg in een land buiten Nederland moet de zorgverlener in de door de overheid gebruikte registers staan. Zonder zo'n register moet de zorgverlener in het register van de erkende beroepsgroep staan, als dat er is. De beroepsgroep moet de zorg als gebruikelijk zien.

Repatriëring

Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	<ul style="list-style-type: none">• Repatriëring bij ernstig(e) ziekte of letsel• Repatriëring stoffelijk overschot Door alarmcentrale Artsen Alarm Service

Wat u vergoed krijgt

Bij ernstig letsel door een ongeval of ernstige ziekte in het buitenland vergoedt Health Premium de medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland, met de medische begeleiding die daarbij nodig is. Onze alarmcentrale Artsen Alarm Service organiseert de repatriëring. Deze vergoeding geldt alleen bij een verblijf van maximaal 180 dagen in het buitenland.

Bij overlijden tijdens een verblijf van maximaal 180 dagen in het buitenland vergoedt Health Premium ook de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot naar Nederland of het land van uw nationaliteit. Onze alarmcentrale Artsen Alarm Service organiseert het vervoer van het stoffelijk overschot.

Dit moet u zelf doen

Repatriëring door onze alarmcentrale Artsen Alarm Service

Heeft u in het buitenland zorg nodig? Dan moet u zo spoedig mogelijk contact opnemen met onze alarmcentrale Artsen Alarm Service. Doet u dit niet, dan kan dit gevolgen hebben voor vergoeding van kosten. De alarmcentrale bepaalt of repatriëring nodig is en regelt dit.

Onze alarmcentrale Artsen Alarm Service is altijd bereikbaar op telefoonnummer +31 (0)30 241 29 08. Wij vergoeden de telefoonkosten vanuit het buitenland naar de alarmcentrale.

Medische gegevens

U geeft toestemming aan de medisch adviseur van onze alarmcentrale Artsen Alarm Service om als dat nodig is gegevens over te dragen aan onze medisch adviseur. Dit zijn bijvoorbeeld gegevens over de repatriëring.

Verhaal bij letselschade

Vergoedingen

Verhaalsbijstand bij letselschade

Verhaalsbijstand bij letselschade

Ook na een ongeval gelden de reguliere vergoedingen van Health Premium. Maar het kan zijn dat u niet alle kosten vergoed krijgt. Bijvoorbeeld omdat u eigen risico of een eigen bijdrage betaalt. Of omdat u inkomsten misloopt. Misschien wilt u smartengeld ontvangen.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	Maximaal € 12.500 per ongeval

Wat u vergoed krijgt

Na een ongeval kunt u uw rechtsbijstandverzekering inschakelen. Heeft u die niet? Dan biedt Health Premium bij een ongeval in Nederland een verhaalsbijstand-service voor die kosten die u zelf betaalt, gemiste inkomsten en smartengeld. Het ongeval moet tijdens de looptijd van uw Health Premium zijn gebeurd. Een door ons ingeschakelde advocaat of schaderegelaar probeert dan uw schade te verhalen op (de verzekering van) de persoon die aansprakelijk is. Health Premium vergoedt de verhaalsbijstand-service die wij voor u regelen tot maximaal € 12.500 per ongeval. Kosten van een rechtszaak vallen daar ook onder.

In de regels verhaalsbijstand-service staat wat de service inhoudt en wat de voorwaarden zijn. Maar wat daar staat over het gebied waar u een beroep kan doen op de verhaalsbijstand-service, geldt dus niet. Voor u geldt het alleen bij een ongeval in Nederland.

Dit wordt niet vergoed

- kosten die u zelf maakt buiten de verhaalsbijstand-service om
- in tegenstelling tot de regels verhaalsbijstand-service, vergoedt Health Premium geen verhaalsbijstand bij beroepsziektes

Heeft u nog vragen?

Neem dan contact op met onze afdeling Verhaalszaken. Dit kan telefonisch op 030 639 62 64 of via het e-mailadres verhaalszaken@vvaazorgverzekering.nl. Wij helpen u graag verder.

Dit moet u zelf doen

Geef het ons door als medische kosten met een ongeval te maken hebben

Zo kunnen wij nagaan of iemand anders voor die kosten aansprakelijk is. Kruis het vakje 'ongeval' aan als u declareert. Of stuur ons een ingevuld vragenformulier verhaalszaken¹ als u weet dat het ziekenhuis of een andere zorgverlener rechtstreeks bij ons gaat declareren. Dit formulier vindt u op onze website. Of neem contact op met ons Service Center.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.vvaa.nl/zorgverzekering - 030 639 64 00



2020



VvAA zorgverzekering
Postbus 168
3990 DD Houten
030 639 64 00
www.vaa.nl/zorgverzekering

