

Zorgverzekering
kiezen

Ziekenhuis
opname

Weer aan
het werk

LEVENSL-OP

VAN EEN ZORGPROFESSIONAL

De VvAA zorgverzekering.
Omdat u zelf aan het roer
wilt staan van uw zorg.

onderdeel van het
LEVENSL-OP
privé-assortiment

Lees meer op
vva.nl/zorgverzekering

Polisvoorwaarden

VvAA zorgverzekering 2016

vvaad

In het hart van de gezondheidszorg.

VvAA zorgverzekering

Omdat u zelf aan het roer wilt staan van uw zorg

Met de VvAA zorgverzekering bepaalt u ook in 2016 zelf door welke zorgverlener u geholpen wilt worden of naar welk ziekenhuis u wilt gaan. Dat is en blijft het voordeel van onze zuivere restitutiepolis. Omdat u zelf aan het roer wilt staan van uw zorg.

Naast vrije keuze van zorgverlener en ziekenhuis kunt u komend jaar ook weer rekenen op ruime dekkingen en uitstekende service. De VvAA zorgverzekering is in onafhankelijk onderzoek van bureau MarketResponse in 2015 voor het derde achtereenvolgende jaar gewaardeerd met een 8,2. En staat daarmee weer in de top 3 van beste zorgverzekeringen van Nederland.

Vanzelfsprekende service

Voor u is de VvAA service vanzelfsprekend. We maken het u dan ook graag gemakkelijk. In dit document ontvangt u de polisvoorwaarden van de VvAA zorgverzekering 2016. Hierin leest u wat uw rechten zijn bij vergoeding van de door u gewenste zorg en van welke zorgdiensten u gebruik kunt maken. Op uw polisblad ziet u welke voorwaarden specifiek voor u van toepassing zijn. Maar u kunt dat ook eenvoudig online bekijken via www.mijnvvaazorgverzekering.nl.

De voorwaarden gaan in per 1 januari 2016 en gelden tot eventuele wijzigingen van kracht worden.

Leeswijzer

De VvAA zorgverzekering is opgebouwd uit de VvAA zorgverzekering Basis en verschillende aanvullende verzekeringen. In deze polisvoorwaarden vindt u de algemene bepalingen (deel A), de dekkingen (deel B) en de VvAA zorgdiensten (deel C).

De algemene bepalingen beschrijven de afspraken over uw rechten (bijvoorbeeld privacy) en plichten (bijvoorbeeld premiebetaling en het doorgeven van adreswijzigingen). Deel A-1 geldt voor alle verzekeringen, waarbij enkele bepalingen voor de aanvullende verzekeringen zijn uitgesloten. Deel A-2 gaat alleen op voor de aanvullende verzekeringen. In zowel Deel A-1 en Deel A-2 vindt u de begripsomschrijvingen. Wilt u snel weten wat de dekking is voor een bepaalde behandeling? Dan verwijzen wij u graag naar het snel-zoek-overzicht dat voorin de polisvoorwaarden is opgenomen.

Vragen?

Hebt u vragen over de polisvoorwaarden of wilt u graag een toelichting? Neemt u dan contact op met het VvAA service center op 030 639 64 00. Wij informeren en adviseren u graag.

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

Inhoudsopgave

Contactgegevens	5
Snel-zoek-overzicht	6
Algemene bepalingen	9
Deel A-1 Algemene bepalingen VvAA zorgverzekering	11
Deel A-2 Algemene bepalingen VvAA aanvullende verzekeringen	27
VvAA zorgverzekering Basis	31
Deel B Omvang dekking	33
Deel C Zorgdiensten	58
Aanvullende verzekeringen	
VvAA zorgverzekering Student	61
Deel B Omvang dekking	63
Deel C Zorgdiensten	67
VvAA zorgverzekering Start	69
Deel B Omvang dekking	71
Deel C Zorgdiensten	77
VvAA zorgverzekering Plus	79
Deel B Omvang dekking	81
Deel C Zorgdiensten	89
VvAA zorgverzekering Optimaal	91
Deel B Omvang dekking	94
Deel C Zorgdiensten	104
VvAA zorgverzekering Top	107
Deel B Omvang dekking	110
Deel C Zorgdiensten	121
VvAA zorgverzekering Excellent	123
Deel B Omvang dekking	126
Deel C Zorgdiensten	142
VvAA tandplus	144
Deel B Omvang dekking	147
VvAA privé zorgpakket	151
Deel B Omvang dekking	153
VvAA zorgversneller	157
Polisvoorwaarden VvAA zorgversneller	159

Contactgegevens

VvAA zorgverzekering

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

VvAA service center

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

VvAA machtigingen

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

VvAA zorgconsulent

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

VvAA kraamzorg service

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

Artsen Alarm Service (AAS)

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

VvAA zorgversneller assistent

Persoonlijke bemiddeling voor verzekerden met een VvAA zorgversneller
Telefoon: 030 639 65 45
E-mail: zorgversneller@vvaazorgverzekering.nl

Verhaalszaken

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

Taxivervoer

Telefoon: 0900 333 33 30

Snel-zoek-overzicht	Basis	Student	Start	Plus	Optimaal	Top	Excellent
Acnebehandeling	-	65	73	84	99	115	131
Alternatieve geneeswijzen	-	-	72	83	97	113	129
Audiologische zorg	47	-	-	-	-	-	-
Beweegzorg	-	63	71	82	95	111	127
Brillenglazen/contactlenzen/ooglaseren	-	-	-	-	98	113	130
Buitenland	56	65	-	87	102	118	135
Camouflagetherapie	-	-	73	85	99	115	131
Circumcisie (besnijdenis)	-	-	74	86	100	116	133
Dieetadvisering	48	65	-	85	99	115	132
Elektrische epilatie/laserbehandeling	-	-	73	85	99	115	132
Erfelijkheidsonderzoek	47	-	-	-	-	-	-
Ergotherapie	48	-	-	-	-	115	132
Farmaceutische zorg	50	64	72	83	96	112	128
Fysiotherapie/oefentherapie	48	63	71	82	95	111	127
Geboortezorg	42	-	71	81	94	110	126
Griepvaccinatie	-	-	-	87	102	118	134
Herstellingsoord	-	-	-	-	-	117	133
Huisartsenzorg	36	-	-	-	-	-	-
Huishoudelijke hulp	-	-	-	-	97	117	134
Hulpmiddelenzorg	52	64	72	84	98	113	129
In-vitrofertilisatie (ivf)	38	-	-	-	-	115	132
Kinderopvang	-	-	-	-	-	117	134
Kuuroord	-	-	-	-	-	117	133
Logopedie	48	-	-	-	-	-	-
Loophulpmiddelen	-	-	-	-	98	113	130
Medisch-specialistische zorg	37	-	-	-	-	-	-
Mondzorg, excl. orthodontie	48	-	-	-	101	114	131

Snel-zoek-overzicht	Basis	Student	Start	Plus	Optimaal	Top	Excellent
Nierdialyse	46	-	-	-	-	-	-
Oedeemtherapie	48	63	73	85	99	115	132
Oncologische aandoeningen bij kinderen	47	-	-	-	-	-	-
Ongevallendeckking	-	-	-	-	-	-	138
Organtransplantatie	45	-	-	-	-	-	-
Orthodontie	48	-	-	87	101	114	131
Overgangsconsulente	-	-	-	85	99	116	132
Pedicure bij diabetes en reuma	34	-	-	85	99	116	132
Plastische chirurgie	37	-	-	-	100	116	132
Podotherapie	34	-	73	85	100	116	133
Preventieve zorg	34	65	74	87	101	118	134
Psoriasisdagbehandeling	-	-	74	85	100	116	133
Psychologische zorg: Basis GGZ	54	63	-	-	96	112	128
Psychiatrische zorg: Gespecialiseerde GGZ	55	-	-	-	-	-	-
Repatriëring	-	66	76	88	103	119	136
Revalidatie	43	-	-	-	-	-	-
Sterilisatie	-	-	-	86	100	116	133
Steunzolen	-	-	73	84	98	114	130
Stottertherapie	-	-	74	86	100	116	133
Vaccinaties	-	64	72	83	97	113	129
Verblijfkosten	-	-	74	86	100	116	133
Verpleging en verzorging	41	-	-	-	-	-	-
Vervangende mantelzorg	-	-	-	84	97	117	134
Ziekenhuisopname	37	-	-	-	-	-	-
Ziekenvervoer	53	65	74	86	101	114	130
Zintuiglijk gehandicaptenzorg	43	-	-	-	-	-	-

Algemene bepalingen

VvAA zorgverzekering

Inhoudsopgave

Deel A-1 Algemene bepalingen VvAA zorgverzekering

Begripsomschrijvingen	
Artikel 1	11
Grondslag van de zorgverzekering Basis	
Artikel 2	17
Verplichtingen van de verzekerde	
Artikel 3	18
Overige bepalingen	
Artikel 4 Fraude	18
Artikel 5 Onrechtmatige inschrijving	19
Artikel 6 Betalingsverplichtingen	19
Artikel 7 Melding relevante gebeurtenissen	19
Artikel 8 Herziening van premie of voorwaarden	20
Artikel 9 Begin en einde van de zorgverzekering Basis	20
Artikel 10 Geschillen	21
Artikel 11 Registratie van persoonsgegevens	22
Artikel 12 Uitsluitingen	23
Artikel 13 Lidmaatschap Vereniging ONVZ en aanmelding Wlz-uitvoerder	24
Artikel 14 Materieel controleren	24
Artikel 15 Elektronische communicatie	24

Deel A-1

Algemene bepalingen VvAA zorgverzekering

Begripsomschrijvingen

Artikel 1

Aanpassingsstoornis

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

Apotheekhoudend huisarts

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

Apotheker

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

Arts

Een arts geregistreerd volgens de Wet BIG.

Arts infectieziekte- of tuberculosebestrijding

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

Arts voor verstandelijk gehandicapten

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

Audiologisch centrum

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

Bedrijfsarts

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

Bekkenfysiotherapeut

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

Body Mass Index (BMI)

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

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

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

Centrum voor erfelijkheidsadvies

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

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

DBC

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

DBC-zorgproduct

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

Diëtist

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

DSM IV-TR

Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders: het internationale classificatiesysteem voor geestelijke gezondheidszorg. De DSM noemt de criteria die als richtlijn dienen bij het vaststellen van een psychische stoornis. IV-TR is de aanduiding voor de tekstrevisie van de vierde herziene versie van de DSM.

Eerstelijnsgezondheidszorg

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

Eerstelijns diagnostisch centrum (EDC)

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

Ergotherapeut

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

EU- en EER-land

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

Fysiotherapeut

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

Geboortecentrum

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

Generalistische Basis GGZ (geestelijke gezondheidszorg)

Het geheel van zorg voor de behandeling van een psychische stoornis volgens de DSM IV-TR met lage complexiteit in combinatie met een gemiddelde tot lage beperking in het functioneren. In geval van chronische problematiek is sprake van crisisgevoeligheid of instabiliteit, of ernstige problematiek in remissie. De zorg kan onder andere bestaan uit diagnostiek, (groeps)behandeling en eHealth.

Geregistreerd geneesmiddel

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

Geriatricfysiotherapeut

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

Gespecialiseerde GGZ (geestelijke gezondheidszorg)

Diagnostiek en specialistische behandeling in een multidisciplinaire context van de persoon met een psychische stoornis volgens de DSM IV-TR met een matige tot hoge complexiteit of een hoog risico.

Gezondheidszorgpsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog geregistreerd volgens de Wet BIG.

GGZ-instelling

Een instelling voor medisch-specialistische zorg, toegelaten voor verblijf en geestelijke gezondheidszorg.

Hoofdbehandelaar

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

Huidtherapeut

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

Huisarts

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

Jeugdarts

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

Kaakchirurg

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

Kinderfysiotherapeut

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

Kinder- en jeugdpsycholoog

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

Klinisch psycholoog

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

Kraamzorg

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

Leefstijladviseur

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

Lichamelijke functiestoornis

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

Logopedist

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

Manueel therapeut

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

Medisch adviseur

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

Medisch specialist

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

Medisch specialistische revalidatie

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

Mondhygiënist

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

Multidisciplinaire eerstelijnszorg

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

Oedeemfysiotherapeut

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

Oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar

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

Opname

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

Orthodontist

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

Orthopedagoog-generalist

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

Pedicure

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

Physician assistant

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

Podotherapeut

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

Prestatie Basis GGZ

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

Productiesamenwerkingsverband

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

Psychiater

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

Psychotherapeut

Een psychotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG.

Receptplichtig geneesmiddel

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

SEH-arts

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

Specialist-ouderengeneeskunde (voorheen verpleeghuisarts)

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

Tandarts

Een tandarts geregistreerd volgens de Wet BIG.

Tandprotheticus

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

Thuiszorgorganisatie

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

U

De verzekerde voor wie de verzekering is gesloten.

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragslanden

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

Verloskundige

Een verloskundige geregistreerd volgens de Wet BIG.

Verminking

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

Verpleegkundige

Een verpleegkundige geregistreerd volgens de Wet BIG.

Verpleegkundig specialist

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

Verslavingsarts

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

Verzekerde

De op het polisblad als verzekerde vermelde persoon.

Verzekeringnemer

De persoon die de verzekering met de zorgverzekeraar is aangegaan.

Verzekeringsplichtige

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

Verzorgende

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

Voorschrift

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

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Wijkverpleegkundige

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

Wlz

Wet langdurige zorg.

Wmo

Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.

Zelfzorggeneesmiddel

Een geneesmiddel dat volgens de Geneesmiddelenwet zonder recept verkrijgbaar is.

Ziekenhuis (waaronder begrepen Zelfstandig behandelcentrum)

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

Zorgverzekeraar

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

Zorgverzekering Basis

De VvAA zorgverzekering Basis

ZZP GGZ-zorgproduct

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

Grondslag van de zorgverzekering Basis

Artikel 2

- lid 1 De zorgverzekering Basis is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering (met toelichtingen) en het ingevulde aanvraagformulier. De voorwaarden van de zorgverzekering Basis zijn vastgelegd in de zorgpolis. Met voorbijgaan aan wat anders in de voorwaarden mocht zijn bepaald, wordt deze verzekering geacht te voldoen aan de door of op grond van de Zorgverzekeringswet gestelde eisen. De verzekeringnemer ontvangt een bewijs van de zorgverzekering Basis (zorgpolis) en u een verzekeringspas.
- lid 2 De zorgverzekering Basis kan worden gesloten met of voor verzekeringsplichtigen die wonen in Nederland of in het buitenland.
- lid 3 De aanspraak op vergoeding van kosten volgens de zorgverzekering Basis wordt naar inhoud en omvang ook bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als deze maatstaf er niet is, worden inhoud en omvang van de aanspraak bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
Gaat het om verpleging en verzorging zoals omschreven in deel B, artikel 7, dan zijn de eventuele voor de zorgverzekeraar geldende afspraken die de gemeente waar de zorg wordt verleend met zorgverzekeraars heeft gemaakt mede bepalend. Wilt u hulp bij het vinden van de weg in de zorg, of advies over uw keuzemogelijkheden of zorgbemiddeling bij u in de wijk, neemt u dan contact op met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).
Er bestaat alleen recht op vergoeding als u redelijkerwijs bent aangewezen op de betreffende zorg of diensten. Of dit zo is, wordt mede bepaald door doelmatigheid en kwaliteit van de zorg of diensten.
- lid 4 U heeft – met inachtneming van deze polisvoorwaarden – recht op vergoeding van zorgkosten gemaakt tijdens de looptijd van de zorgverzekering Basis. De behandel- of leveringsdatum is bepalend, dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Betreft de nota een DBC, DBC-zorgproduct, prestatie Basis GGZ of ZZP GGZ-zorgproduct, dan worden de kosten alleen vergoed als de aanvangsdatum daarvan binnen de looptijd van de zorgverzekering Basis ligt. Als de zorg of dienst in twee opeenvolgende kalenderjaren is genoten en in één ongespecificeerd bedrag in rekening wordt gebracht, zoals bij een DBC, DBC-zorgproduct, prestatie Basis GGZ of ZZP GGZ-zorgproduct, dan worden de kosten alleen vergoed als de aanvangsdatum van de zorg of dienst binnen de looptijd van de zorgverzekering Basis ligt.
- lid 5 U kunt kosten van zorg declareren bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten die gedekt zijn door de zorgverzekering Basis, behalve de eigen bijdragen en eigen risico's. Bij een afspraak tussen de zorgverlener en de zorgverzekeraar declareert de zorgverlener rechtstreeks bij de zorgverzekeraar en betaalt de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener. Daarmee heeft de zorgverzekeraar ook aan haar betalingsverplichting tegenover u voldaan. In overige gevallen betaalt de zorgverzekeraar rechtstreeks aan u.
Als de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener betaalt, schiet de zorgverzekeraar eigen risico, eigen bijdragen en eventueel niet-verzekerde kosten voor.

De zorgverzekeraar kan bedragen die zijn voorgeschoten, verrekenen met volgende uitkeringen op uw zorgverzekering Basis. Als verrekening niet mogelijk is, stuurt de zorgverzekeraar u een nota.

- lid 6 Als de zorgverzekeraar meer vergoedt dan gedekt is door de zorgverzekering Basis, dan wordt u geacht aan de zorgverzekeraar een volmacht te hebben verleend om het aan de zorgverlener teveel betaalde – in naam van de zorgverzekeraar – bij de zorgverlener te incasseren.

Verplichtingen van de verzekerde

Artikel 3

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

Overige bepalingen

Artikel 4 Fraude

- lid 1 Onder fraude verstaat de zorgverzekeraar: het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering bij de totstandkoming en/of uitvoering van de zorgverzekering Basis, met als doel het krijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of het verkrijgen van een verzekeringsdekking onder valse voorwendzelen. Fraude kan bijvoorbeeld bestaan uit het geven van een verkeerde voorstelling van zaken, het indienen van vervalste of misleidende stukken, het doen van een onware opgave over een ingediende declaratie en het verzwijgen van feiten die voor de beoordeling van de declaratie van belang zijn.
- lid 2 Bij een vermoeden van fraude kan de zorgverzekeraar onderzoek doen. De zorgverzekeraar voert dit onderzoek uit volgens het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit. Dit protocol kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.
- lid 3 Bij vaststelling van fraude:
- bestaat geen recht op vergoeding van kosten van zorg. Dit geldt ook voor die onderdelen van een declaratie waarover geen onware opgave is gedaan of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven;
 - vordert de zorgverzekeraar alle bedragen die ten onrechte zijn uitgekeerd en kosten die door de fraude zijn ontstaan – waaronder ook onderzoekskosten – terug;

- kan de zorgverzekeraar daarvan aangifte doen bij de politie;
- kan de zorgverzekeraar de verzekeringnemer of verzekerde registreren in de registers bedoeld in artikel 11, lid 3;
- heeft de zorgverzekeraar het recht om de zorgverzekering Basis te beëindigen per de datum waarop fraude werd gepleegd.

Artikel 5 Onrechtmatige inschrijving

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

Artikel 6 Betalingsverplichtingen

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

Artikel 7 Melding relevante gebeurtenissen

- lid 1 Voor u of de verzekeringnemer geldt de verplichting de gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de zorgverzekering Basis van betekenis kunnen zijn binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar te melden. Voorbeelden hiervan zijn verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, detentie of beëindiging daarvan, het vervallen van de verzekeringsplicht of het aantreden als militair in werkelijke dienst. Schriftelijke berichten aan u of de verzekeringnemer verzendt de zorgverzekeraar naar het adres volgens de Basisregistratie personen – voorheen: Gemeentelijke Basisadministratie –.

- lid 2 Als u als verzekerde vanaf de leeftijd van 18 jaar een vrijwillig eigen risico wenst, moet de zorgverzekeraar daarvan voor de 18^e verjaardag een melding ontvangen. Anders berekent de zorgverzekeraar de premie op basis van alleen het verplichte eigen risico.

Artikel 8 Herziening van premie of voorwaarden

- lid 1 De zorgverzekeraar kan de voorwaarden en/of de premie van de zorgverzekering Basis voor alle verzekeringnemers of groepsgewijs wijzigen. Deze wijziging gaat in op een door de zorgverzekeraar te bepalen datum. De zorgverzekeraar stelt de verzekeringnemer schriftelijk op de hoogte van een wijziging. Een wijziging in de grondslag van de premie van de zorgverzekering Basis gaat eerder in dan 6 weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.
- lid 2 Als de verzekeringnemer niet akkoord gaat met de wijziging, kan hij de zorgverzekering Basis beëindigen. Dit geldt niet als de wijziging rechtstreeks voortvloeit uit wijziging van een wettelijke bepaling. De zorgverzekeraar moet de melding van beëindiging schriftelijk ontvangen vóór de dag waarop de wijziging ingaat of uiterlijk één maand nadat de verzekeringnemer de mededeling van de wijziging heeft ontvangen. Als de zorgverzekeraar dan niets heeft vernomen, loopt de zorgverzekering Basis door op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.
- lid 3 Een collectiviteitkorting op de zorgverzekering Basis vervalt als niet meer wordt voldaan aan de voorwaarden in de collectieve verzekeringsovereenkomst. De zorgverzekering Basis loopt dan door op individuele voorwaarden. De collectieve verzekeringsovereenkomst is op te vragen bij de contractant (bijvoorbeeld de werkgever).

Artikel 9 Begin en einde van de zorgverzekering Basis

- lid 1 De ingangsdatum van de zorgverzekering Basis is de dag waarop de zorgverzekeraar de aanvraag tot het sluiten van de zorgverzekering Basis heeft ontvangen. Als degene voor wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek ontvangt al op grond van een zorgverzekering is verzekerd, kan de ingangsdatum op verzoek van de verzekeringnemer ook een latere dag zijn.
- De ingangsdatum van de zorgverzekering Basis staat op het polisblad.
- Vanaf 1 januari volgend op de ingangsdatum vindt ieder jaar verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar, tenzij de zorgverzekeraar uiterlijk op 31 december een schriftelijke opzegging heeft ontvangen.
- lid 2 Als de zorgverzekering Basis ingaat binnen vier maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht, dan stelt de zorgverzekeraar de ingangsdatum met terugwerkende kracht vast op de dag waarop de verzekeringsplicht ontstond.
- lid 3 Als de zorgverzekering Basis ingaat binnen één maand nadat de vorige zorgverzekering is geëindigd door opzegging per 1 januari of door wijziging van de voorwaarden of premie, dan stelt de zorgverzekeraar de ingangsdatum met terugwerkende kracht vast op de dag waarop de vorige zorgverzekering is geëindigd.
- lid 4 De zorgverzekeraar heeft niet het recht de zorgverzekering Basis te beëindigen, tenzij sprake is van fraude (artikel 4) of wanbetaling (artikel 6, lid 5).
- lid 5 De zorgverzekering Basis eindigt op de dag die volgt op de dag waarop u komt te overlijden.
- lid 6 De zorgverzekering Basis eindigt op de dag waarop uw verzekeringsplicht vervalt. Dit is het geval als u niet meer verzekerd bent volgens de Wlz of militair in werkelijke dienst wordt.
- lid 7 De zorgverzekering Basis eindigt als de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van haar vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf geen zorgverzekering Basis meer aanbiedt of uitvoert.
- De zorgverzekering Basis eindigt ook als u door wijziging van het werkgebied van de zorgverzekeraar buiten dat werkgebied komt te wonen.
- De zorgverzekeraar informeert de verzekeringnemer hierover uiterlijk twee maanden voordat de zorgverzekering Basis eindigt met vermelding van de reden en de datum waarop deze eindigt.

- lid 8 De verzekeringnemer kan bij een nieuw dienstverband de zorgverzekering Basis tussentijds opzeggen, als de opzegging verband houdt met de overstap van de collectieve verzekering van de vorige werkgever naar de collectieve verzekering van de nieuwe werkgever. De ingangsdatum van het nieuwe dienstverband moet direct aansluiten op de einddatum van het vorige dienstverband. Opzeggen van de zorgverzekering Basis kan tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband ingaat. De opzegging en de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht en gaan in per de eerste van de kalendermaand volgend op die waarin ze zijn gedaan.
- lid 9 Wanneer de verzekeringnemer een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan hij die zorgverzekering Basis opzeggen als (voor) deze verzekerde een andere zorgverzekering heeft (is) afgesloten. De opzegging gaat in:
- op de ingangsdatum van de andere zorgverzekering, als de opzegging voor die ingangsdatum door de zorgverzekeraar is ontvangen, of
 - op de eerste dag van de tweede kalendermaand die volgt op de opzegging als de opzegging op of na die ingangsdatum door de zorgverzekeraar is ontvangen.
- lid 10 Bij het aangaan van de zorgverzekering Basis, heeft de verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. De verzekeringnemer kan de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de verzekering, of – als dat later is – binnen 14 dagen nadat hij het bewijs van de zorgverzekering Basis (de zorgpolis) heeft ontvangen. Opzegging betekent dat de verzekering nooit heeft bestaan. Hierdoor bestaat er geen aanspraak op dekking.
- lid 11 Als het Zorginstituut Nederland u meedeelt dat zij u bij de zorgverzekeraar heeft verzekerd, kunt u de zorgverzekering Basis binnen 14 dagen laten vervallen. U moet hiervoor aan het Zorginstituut en de zorgverzekeraar aantonen:
- dat u in de 3 maanden na verzending van het besluit waarin het Zorginstituut u opdraagt een zorgverzekering te (laten) sluiten al elders verzekerd was, en
 - dat deze verzekering nog steeds van kracht is.
- lid 12 Als u door het Zorginstituut bent verzekerd en blijkt dat u niet verzekeringsplichtig was, vervalt de zorgverzekering Basis vanaf de ingangsdatum op grond van onjuiste voorstelling van zaken.
- lid 13 Als het Zorginstituut de zorgverzekering Basis namens u heeft gesloten, kan deze niet worden opgezegd in de eerste twaalf maanden waarover deze loopt.

Artikel 10 **Geschillen**

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

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

Postbus 291, 3700 AG Zeist

Telefoon: 088 900 69 00

E-mail: info@skgz.nl

Internet: www.skgz.nl

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

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

Dit kan tot drie maanden nadat de Ombudsman u de uitkomst van de bemiddeling heeft laten weten.

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

lid 4 Voor klachten over de wijze waarop de zorgverzekeraar u of de verzekeringnemer heeft behandeld, kunt u of kan de verzekeringnemer zich ook wenden tot de afdeling Cliëntenservice en – in tweede instantie – tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. De Ombudsman Zorgverzekeringen van de SKGZ zal in eerste instantie door bemiddeling de klacht proberen op te lossen. Als dit niet tot resultaat heeft geleid, kunt u of kan de verzekeringnemer het geschil voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ. Zij brengt een voor partijen bindend advies uit.

lid 5 Klachten over formulieren van de zorgverzekeraar kunt u of kan de verzekeringnemer indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De klacht betreft formulieren die overbodig of te ingewikkeld zouden zijn. Een uitspraak van de NZa is bindend.

Nederlandse Zorgautoriteit

T.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht
Telefoon: 088 770 87 70
E-mail: informatielijn@nza.nl
Internet: www.nza.nl

Artikel 11 Registratie van persoonsgegevens

lid 1 Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vraagt de zorgverzekeraar om persoons- en andere gegevens en neemt deze op in haar persoonsregistratie. Deze gegevens gebruikt de zorgverzekeraar voor het sluiten en uitvoeren van uw verzekering of de financiële dienst, het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand, statistische analyses, om te voldoen aan wettelijke verplichtingen en in het kader van veiligheid en integriteit van de zorgverzekeraar en de financiële sector. Bij dit alles neemt de zorgverzekeraar vanzelfsprekend de Wet bescherming persoonsgegevens en de *Gedragcode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars* in acht. Deze gedragscode kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

lid 2 Stelt u informatie over producten en/of diensten niet op prijs, of wilt u uw toestemming voor het gebruik van uw e-mailadres intrekken? Meldt u dit dan schriftelijk bij de zorgverzekeraar, Postbus 168, 3990 DD Houten, of via telefoonnummer 030 639 64 00, of via het contactformulier op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

lid 3 In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid voert de zorgverzekeraar volgens de *Gedragcode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars* een Gebeurtenissenadministratie. De zorgverzekeraar voert ook een Incidentenregister volgens het *Protocol Incidentenwaarschuwing Financiële Instellingen*. Op grond van dit protocol kan zij uw gegevens raadplegen bij en/of vastleggen in het Extern Verwijzingsregister dat beheerd wordt door de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Den Haag. Het privacyreglement van de Stichting CIS is hierbij van toepassing'. Meer informatie vindt u op www.stichtingcis.nl. U kunt het reglement ook aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

- lid 4 Voor het uitvoeren van de zorgverzekering Basis kan de zorgverzekeraar aan derden (zoals zorgverleners en leveranciers) inlichtingen vragen en geven om haar verplichtingen te kunnen nakomen. De zorgverzekeraar doet dit via het landelijke internetportaal VECOZO (Veilige Communicatie in de Zorg). Voor de zorgverlener of leverancier zijn deze gegevens noodzakelijk om de kosten van de aan u verleende zorg te kunnen declareren. Onder inlichtingen worden in dit verband verstaan uw adres- en polisgegevens. Als het om dringende reden noodzakelijk is dat zorgverleners of leveranciers geen inzage hebben in uw adresgegevens, dan kunt u ons dat schriftelijk melden.
- lid 5 De zorgverzekeraar is verplicht om het burgerservicenummer (BSN) in haar administratie op te nemen. Zorgverleners en andere dienstverleners in het kader van de Zorgverzekeringswet moeten het BSN gebruiken in hun communicatie. De zorgverzekeraar gebruikt bij contacten met deze partijen ook het BSN.

Artikel 12 Uitsluitingen

- lid 1 De zorgverzekering Basis biedt geen dekking van kosten voor:
1. eigen bijdragen volgens de Wlz, Wmo en Jeugdwet en in verband met bevolkingsonderzoek;
 2. aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet of in verband met sportbeoefening), attesten en vaccinaties, tenzij de Regeling zorgverzekering anders bepaalt;
 3. griepvaccinatie;
 4. alternatieve geneeswijzen;
 5. geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
 6. vruchtbaarheidsgelateerde zorg voor vrouwelijke verzekerden van 43 jaar of ouder;
 7. prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan de zorg beschreven in deel B artikel 8, lid 1;
 8. kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgaas voor verloskundige zorg;
 9. niet-nagekomen afspraken;
 10. sportmedisch onderzoek, begeleiding en advies waarbij geen sprake is van een geneeskundige zorgvraag. Daarmee zijn ook kosten van activiteiten gericht op het bereiken van een bepaald sportniveau of het verbeteren van sportprestaties uitgesloten van vergoeding;
 11. incasso – al of niet via een rechtszaak – als u een nota niet – tijdig – betaalt aan een zorgverlener;
 12. schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of muiterij, volgens artikel 3:38, Wet op het financieel toezicht;
 13. geestelijke gezondheidszorg aan verzekerden jonger dan 18 jaar.

- lid 2 De zorgverzekering Basis biedt geen aanspraak op vergoeding voor vormen van zorg of diensten die op grond van andere wettelijke voorschriften kunnen worden bekostigd.

De zorgverzekering Basis is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet. Er zijn echter ook andere wetten voor (de vergoeding van kosten van) zorg en zorgdiensten, zoals de Wlz, de Wmo en de Jeugdwet. De overheid heeft bepaald dat de zorgverzekering Basis geen dekking biedt als zorg of diensten in die andere wetten of daarop gebaseerde regelingen zijn geregeld, ook niet als u die zorg of diensten niet toereikend vindt. De zorgverzekering Basis biedt daarom – bijvoorbeeld – geen dekking voor kortdurend verblijf onder verantwoordelijkheid van de huisarts in een wijkziekenboeg (vergoed op grond van de Wmo) en bijvoorbeeld ook niet voor de verpleging als beschreven in artikel 7 als u beroep kunt doen op gesubsidieerde ADL-assistentie in en om de ADL-woning (geregeld in de Wlz).

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

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

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

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

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

Artikel 14 **Materieel controleren**

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

Artikel 15 **Elektronische communicatie**

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

Algemene bepalingen

VvAA aanvullende verzekering

Inhoudsopgave

Deel A-2 Algemene bepalingen VvAA aanvullende verzekeringen

Toepasselijkheid Algemene bepalingen voor de aanvullende verzekeringen	
Artikel 1	27
Begripsomschrijvingen	
Artikel 2	27
Overige bepalingen	
Artikel 3 Grondslag van de aanvullende verzekering	29
Artikel 4 Begin en einde van de aanvullende verzekering	29
Artikel 5 Verzwijging	30
Artikel 6 Toeslagen	30
Artikel 7 Uitsluitingen	30

Deel A-2

Algemene bepalingen VvAA aanvullende verzekeringen

Toepasselijkheid Algemene bepalingen voor de aanvullende verzekeringen

Artikel 1

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

- artikel 2, lid 1 en lid 2;
- artikel 6, lid 2;
- artikel 7, lid 2.

Begripsomschrijvingen

Artikel 2

Aanvullende verzekering

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

Acupuncturist

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

Alternatieve geneeswijzen

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

Antroposofisch geneesmiddel (geregistreerd)

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

Behandelaar

Een zorgverlener die volwaardig lid is van een door de zorgverzekeraar voor de verleende zorg erkende beroepsorganisatie. Een overzicht van deze beroepsorganisaties kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering. De door de behandelaar verleende zorg dient gebruikelijk te zijn in de beroepsgroep. De officiële of de binnen een beroepsgroep algemeen gebruikelijke tarieven bepalen het uit te keren bedrag. Normtarieven van een beroepsorganisatie zijn leidend.

Buitenland

Ieder ander land dan het land waar u woont.

Chiropractor

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

Homeopathisch geneesmiddel (geregistreerd)

Geneesmiddel dat onder de Geneesmiddelenwet valt en waarvoor het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) een handelsvergunning heeft verstrekt en dat door het CBG als homeopathisch geneesmiddel is aangemerkt.

Hospice

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

Lactatiekundige

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

Medische noodzaak

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

Niet-geneesmiddel

Middel dat niet onder de Geneesmiddelenwet valt en is opgenomen in de productgroep Niet Geneesmiddel (NG) van de Z-index Taxe.

Ongeval

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

Onvoorzien behandeling

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

Orthoptist

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

Osteopaat

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

Pedicure

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

Podoloog

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

Preventief medisch onderzoek

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

Psychosomatisch fysiotherapeut

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

Schoonheidsspecialist

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

Ziekenvervoer

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

Zorgverzekeraar

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

Zorgverzekering

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

Overige bepalingen

Artikel 3 Grondslag van de aanvullende verzekering

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

Artikel 4 Begin en einde van de aanvullende verzekering

- lid 1 Als u verhuist naar een land buiten Nederland, terwijl u verzekeringsplichtig blijft volgens de Zorgverzekeringswet, geldt dat:
1. de aanvullende verzekering eindigt;
 2. de zorgverzekeraar een andere aanvullende verzekering kan aanbieden;
 3. u een aanvullende verzekering kunt aanvragen met een hogere dekking dan aangeboden. Hiervoor geldt een acceptatieprocedure.
- Als u verhuist naar een land buiten Nederland en niet meer verzekeringsplichtig bent volgens de Zorgverzekeringswet of volgens een ziektekostenverzekering in uw woonland, kan de zorgverzekeraar een internationale verzekering aanbieden.
- lid 2 Een collectiviteitskorting op de premie vervalt, als niet meer wordt voldaan aan de collectieve verzekeringsovereenkomst.
- lid 3 Als de aanvullende verzekering van de ouder(s)/verzorger(s) beëindigd wordt, beëindigt de zorgverzekeraar de aanvullende verzekering van de kinderen op de beëindigingsdatum van de aanvullende verzekering van de ouder(s)/verzorger(s).
- Als in plaats van de beëindigde verzekering van de ouder(s)/verzorger(s) een verzekering wordt gesloten die minder dekking biedt, wordt de aanvullende verzekering van de kinderen per de ingangsdatum van bedoelde verzekering beëindigd. Naar keuze van verzekeringnemer kan worden gekozen voor een verzekering met dezelfde dekking als voor de ouder/verzorger. De ingangsdatum van de verzekering voor de kinderen moet gelijk zijn aan die voor de ouder(s)/verzorger(s) en bedoelde keuze moet worden gemaakt binnen een maand na de ingangsdatum van de verzekering voor de ouder(s)/verzorger(s).
- lid 4 Bij fraude zoals omschreven in artikel 4 van deel A-1, kan de zorgverzekeraar de eventuele aanvullende verzekering(en) beëindigen die zijn gesloten voor degene die heeft gefraudeerd, op een door de zorgverzekeraar te bepalen tijdstip.
- lid 5 Voor begin en einde van een VvAA zorgverzekering Student geldt het volgende.
1. U bent student en volgt een (para)medische studie.
Als u afstudeert of stopt met de studie, bent u verplicht dit aan de zorgverzekeraar te melden. Daarbij geldt dat:
 - a. de VvAA zorgverzekering Student eindigt per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar;
 - b. de zorgverzekeraar per die datum een andere aanvullende verzekering kan aanbieden;
 - c. u een aanvullende verzekering kunt aanvragen met een hogere dekking dan aangeboden. Hiervoor kan een acceptatieprocedure gelden.

2. Eén van uw ouders is VvAA-lid, u bent student en volgt een andere dan een (para)medische studie.
De VvAA zorgverzekering Student kan worden gesloten zolang u studeert en jonger bent dan 27 jaar.
Als u 27 jaar wordt, eerder afstudeert of stopt met de studie, bent u verplicht dit aan de zorgverzekeraar te melden.
Daarbij geldt dat:
 - a. de VvAA zorgverzekering Student eindigt per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar;
 - b. de zorgverzekeraar per die datum een andere aanvullende verzekering kan aanbieden;
 - c. u een aanvullende verzekering kunt aanvragen met een hogere dekking dan aangeboden.
Hiervoor kan een acceptatieprocedure gelden.

Artikel 5 Verzwijging

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

Artikel 6 Toeslagen

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

Artikel 7 Uitsluitingen

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

VvAA

zorgverzekering Basis

Inhoudsopgave

VvAA zorgverzekering Basis

Deel B Omvang Dekking

Artikel 1	Restitutiebasis	33
Artikel 2	Eigen risico	33
Artikel 3	Preventieve zorg	34
Artikel 4	Huisartsenzorg	36
Artikel 5	Eerstelijnsdiagnostiek	37
Artikel 6	Medisch-specialistische zorg	37
Artikel 7	Verpleging en verzorging	41
Artikel 8	Geboortezorg	42
Artikel 9	Revalidatie en zintuiglijk gehandicaptenzorg	43
Artikel 10	Orgaantransplantatie	45
Artikel 11	Dialysezorg	46
Artikel 12	Mechanische beademing	46
Artikel 13	Oncologische aandoeningen bij kinderen	47
Artikel 14	Trombosedienst	47
Artikel 15	Erfelijkheidsonderzoek en -adviesing	47
Artikel 16	Audiologische zorg	47
Artikel 17	Paramedische zorg	48
Artikel 18	Mondzorg	49
Artikel 19	Farmaceutische zorg	51
Artikel 20	Hulpmiddelenzorg	52
Artikel 21	Ambulancevervoer	53
Artikel 22	Zittend ziekenvervoer	54
Artikel 23	Generalistische Basis GGZ	55
Artikel 24	Gespecialiseerde GGZ	55
Artikel 25	Buitenland	56
Artikel 26	Algemeen	57

Deel C Zorgdiensten

VvAA zorgconsulent: van preventie tot nazorg	58
Zorgbemiddeling	58
Medisch-specialistische behandeling	58
VvAA kraamzorg service	58
Taxivervoer	58
Artsen Alarm Service	58
Informatie over het verhaal van letselschade na een ongeval	59

Deel B Omvang Dekking

VvAA zorgverzekering Basis

Artikel 1 Restitutiebasis

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

Artikel 2 Eigen risico

- lid 1 Voor de zorgverzekering Basis geldt een verplicht eigen risico. De hoogte van dit verplichte eigen risico is € 385,-. U kunt naast dit verplichte eigen risico een vrijwillig eigen risico kiezen. De bedragen van het vrijwillig eigen risico staan in de premietabel, die onderdeel uitmaakt van de voorwaarden van de zorgverzekering Basis.
- lid 2 De zorgverzekeraar brengt het eigen risico in mindering op vergoedingen vanuit de zorgverzekering Basis. Daarbij is de volgorde eerst het verplichte en dan het vrijwillige eigen risico.

De volgende kosten vallen buiten het verplichte en vrijwillige eigen risico:

1. kosten van huisartsenzorg, waaronder ook de kosten van inschrijving en van de multidisciplinaire eerstelijnszorg bedoeld in artikel 4. De kosten van met de zorg samenhangend onderzoek vallen wel onder het eigen risico als dat onderzoek – zoals beschreven in artikel 5 – elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht;
2. kosten van verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 7;
3. kosten van door de zorgverzekeraar aangewezen programma's voor preventieve zorg. Deze programma's kunnen betrekking hebben op preventie van diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht of stoppen met roken. Een overzicht van de aangewezen programma's voor preventieve zorg kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering;
4. kosten van de medicatiebeoordeling chronisch receptplichtig geneesmiddelgebruik door een door de zorgverzekeraar aangewezen apotheek. Een overzicht van de aangewezen apotheken kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering. De kosten van de receptplichtige geneesmiddelen zelf vallen wel onder het eigen risico;
5. kosten van verloskundige zorg en kraamzorg. Kosten van hiermee samenhangende zorg, zoals geneesmiddelen en ambulancevervoer vallen wel onder het eigen risico, net als kosten van met de zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht;
6. kosten van nacontrole van u als donor nadat de periode, bedoeld in artikel 10, lid 2 is verstreken alsmede de door u als donor gemaakte kosten van vervoer bedoeld in artikel 10, lid 4;
7. kosten van het in bruikleen verstrekken van hulpmiddelen. De kosten van de daarbij behorende verbruiksartikelen en gebruikskosten vallen wel onder het eigen risico.

- lid 3 De zorgverzekeraar houdt geen verplicht eigen risico in op kosten van zorg of overige diensten waarvan zij de nota's op of na 31 december 2017 heeft ontvangen en het niet aan u te wijten is dat de zorgverzekeraar de nota niet voor 31 december 2017 heeft ontvangen.
- lid 4 Kosten die niet onder de dekking van de zorgverzekering Basis vallen, tellen niet mee voor het vol maken van het eigen risico.
- lid 5 Als de zorgverzekering Basis in de loop van een kalenderjaar ingaat of eindigt, berekent de zorgverzekeraar het eigen risico als volgt:
- het geldende eigen risico wordt vermenigvuldigd met het aantal dagen waarop de verzekering liep of zal lopen;
 - de uitkomst wordt gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.
- Wordt u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar, dan berekent de zorgverzekeraar het eigen risico als volgt:
- het voor dat jaar geldende eigen risico wordt vermenigvuldigd met het aantal dagen waarover premie wordt betaald;
 - de uitkomst wordt gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.
- lid 6 Als het eigen risico wijzigt tijdens het kalenderjaar en u onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging al onder een zorgverzekering Basis was verzekerd, berekent de zorgverzekeraar het eigen risico als volgt:
- ieder bedrag aan eigen risico in het betreffende kalenderjaar wordt vermenigvuldigd met het aantal dagen in dat jaar waarvoor het gold of zal gelden;
 - deze bedragen worden bij elkaar opgeteld en gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.
- lid 7 De uitkomsten bedoeld in lid 5 en 6 worden afgerond op hele euro's.
- lid 8 Voor de verrekening van het eigen risico wordt een DBC, DBC-zorgproduct, prestatie Basis GGZ of ZZP GGZ-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin de DBC, het DBC-zorgproduct, de prestatie Basis GGZ of het ZZP GGZ-zorgproduct wordt geopend.

Artikel 3 Preventieve zorg

- lid 1 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg als omschreven in dit deel B ook als sprake is van de volgende vormen van preventie:
- geïndiceerde preventie, gericht op het voorkomen van ziekte bij mensen die een hoog risico op een aandoening hebben;
 - zorggerelateerde preventie, gericht op het voorkomen van complicaties of verergeren van een ziekte.

De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten voor anonieme behandeling via internet.

- lid 2 Voor enkele vormen van geïndiceerde preventie zoals bedoeld in lid 1 gelden nadere voorwaarden die hieronder zijn omschreven.

a. Voetzorg bij diabetes mellitus

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor voetzorg bij diabetes mellitus ter voorkoming of ter behandeling van voetulcera. De zorg wordt verleend door:

- de huisarts, of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener werkzaam onder de verantwoordelijkheid van een huisarts;
- een podotherapeut, die geschoold en bekwaam is in het leveren van voetzorg voor diabetespatiënten. De podotherapeut kan onderdelen van de zorg uitbesteden aan een pedicure, die geschoold en bekwaam is in het leveren van voetzorg voor diabetespatiënten.

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

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

- jaarlijkse voetcontrole, bestaande uit een anamnese, onderzoek en risico-inventarisatie;
- daarnaast, bij zorgprofiel 2, 3 en 4:

- frequent gericht voetonderzoek, de daaruit voortvloeiende diagnostiek en behandeling van huid- en nagelproblemen en voetvorm- en standafwijkingen;
- educatie over en initiëren van aanpassing van leefstijlfactoren als onderdeel van de behandelcyclus;
- advisering over adequaat schoeisel.

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

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

b. Begeleiding bij stoppen met roken

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

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

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

c. Preventie van depressie

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

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

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

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

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

d. Preventieve zorg bij overgewicht

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

Als sprake is van:

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

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

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

e. Preventie van problematisch alcoholgebruik

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

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

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

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

f. Preventie van paniekstoornis

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

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

De zorg kan bestaan uit kortdurende programma's op basis van cognitieve gedragstherapie, waaronder het programma *Geen Paniek*.

Artikel 4

Huisartsenzorg

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

Huisartsenzorg zoals hiervoor beschreven omvat ook:

- het daarmee samenhangende (laboratorium)onderzoek dat in de huisartsenpraktijk zelf wordt uitgevoerd. Voor vergoeding van kosten voor (laboratorium)onderzoek dat elders wordt verricht in opdracht van een huisarts geldt artikel 5;
- multidisciplinaire eerstelijnszorg bij chronische aandoeningen;

- voedselallergieonderzoek bij kinderen via de dubbelblinde, placebogecontroleerde voedsel provocatietest (DBPGVP). Deze kan ook worden uitgevoerd door een jeugdarts.

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

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

Artikel 5 Eerstelijnsdiagnostiek

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

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

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

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

Artikel 6 Medisch-specialistische zorg

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De hoofdbehandelaar is een medisch specialist. Als de zorg in een ziekenhuis wordt verleend, kan ook een SEH-arts, verpleegkundig specialist of physician assistant hoofdbehandelaar zijn. U moet – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van een huisarts, bedrijfsarts, een andere medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist-ouderengeneeskunde of verpleeghuisarts, jeugdarts of consultatiebureau-arts, behalve bij spoedeisende behandeling. Als de medisch-specialistische zorg verband houdt met zwangerschap of bevalling kan ook een verloskundige verwijzen.

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

lid 2 **a. Ziekenhuisopname**
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor opname in een ziekenhuis op basis van de laagste klasse voor een ononderbroken periode van ten hoogste 1095 dagen (3 niet-schrikkeljaren). Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de periode van 1095 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de periode van 1095 dagen.

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

b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg

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

c. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

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

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

d. In-vitrofertilisatie (ivf)

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

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

Een ivf-poging houdt in:

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

Bijzonderheden

1. De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van ivf als bij een goede prognose op basis van een risicoscore (Hunault score) niet eerst een afwachtend beleid is gevoerd.
2. Een icsi (intracytoplasmatische sperma-injectie)-behandeling met een ivf-behandeling, al dan niet met gebruikmaking van eiceldonatie, wordt gelijkgesteld aan een ivf-poging. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de eiceldonatie.
3. Van een poging is sprake bij een geslaagde follikelpunctie. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken tellen mee voor het aantal pogingen. De terugplaatsing van de/alle bij een poging verkregen embryo's – al dan niet tussentijds gecryopreserveerd – maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn, zolang geen sprake is van een doorgaande zwangerschap.
4. Van een doorgaande zwangerschap is sprake bij een levende embryo van ten minste twaalf weken zwangerschap vanaf de laatste menstruatie bij een spontaan ontstane zwangerschap. Voor de zwangerschapsduur bij ivf betekent dat 10 weken na het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij cryo-embryo's geldt niet de punctie, maar het tijdstip van implantatie als beginpunt van de telling. De telperiode wordt daarmee 4 dagen korter, dus in totaal 9 weken en 3 dagen.
5. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap – spontaan of na ivf – geldt als nieuwe eerste poging.

lid 3

Voorwaardelijk toegelaten behandelingen

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de hierna beschreven voorwaardelijk toegelaten behandelingen, voor zover u voldoet aan de daarbij vermelde voorwaarden. De Minister kan in de loop van het kalenderjaar ook andere behandelingen voorwaardelijk toelaten. De totale lijst van voorwaardelijk toegelaten behandelingen kan daardoor in de loop van het jaar wijzigen. In de toelichting *Voorwaardelijke toelating tot het basispakket 2016* staan alle voorwaardelijk toegelaten behandelingen beschreven, en welke ziekenhuizen deze behandelingen uitvoeren. Een actuele versie van deze toelichting kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

a. Behandeling van therapieresistente hypertensie

Voor behandeling van therapieresistente hypertensie – verhoogde bloeddruk – bestaat tot 1 januari 2017 aanspraak op vergoeding van de kosten van behandeling met toepassing van percutane renale denervatie voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg dat ZonMw financiert. Dezelfde vergoedingsregeling geldt ook voor zover u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het bedoelde hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht, als:

- u wel aan de zorginhoudelijke criteria maar niet aan de andere criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek voldoet;

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

Als u voor 1 januari 2014 bent begonnen met een behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie, die volgens de zorgverzekering Basis werd vergoed, dan vergoedt de zorgverzekeraar de afronding van die behandeling tot 1 januari 2017.

b. Intra-arteriële behandeling bij herseninfarct

Voor behandeling van een herseninfarct bij verzekerden bij wie behandeling met intraveneuze thrombolytica niet mogelijk of contra-geïndiceerd is, bestaat tot 1 januari 2017 aanspraak op vergoeding van de kosten van intra-arteriële thrombolyse (IAT). Voorwaarde is dat u deelneemt aan de landelijke studie die in Nederland wordt uitgevoerd naar IAT: Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MRCLEAN). Dezelfde vergoedingsregeling geldt ook voor zover u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het bedoelde hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht, als:

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

Als u voor 1 januari 2014 bent begonnen met een behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolyse, die volgens de zorgverzekering Basis werd vergoed, dan vergoedt de zorgverzekeraar de afronding van die behandeling tot 1 januari 2017.

c. Transluminale endoscopische step-up benadering bij patiënten met geïnfecteerde pancreasnecrose

Abcessen bij geïnfecteerde pancreasnecrose kunnen in plaats van chirurgisch ook endoscopisch – met toegang via slokdarm/maag – behandeld worden. Tot 1 januari 2018 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze transluminale endoscopische behandeling voor zover u deelneemt aan de landelijke, door ZonMw gefinancierde, studie TENSION: Transluminal ENdoscopic versus Surglcal necrOsectomy in patients with infected pancreatic Necrosis.

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

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

d. Autologe stamceltransplantaties bij therapierefractaire patiënten met de ziekte van Crohn

Patiënten met een ernstige vorm van de ziekte van Crohn – chronische ontsteking van het maag-darmstelsel – die niet voldoende reageren op medicamenteuze behandeling met onder andere TNF-alfa blokkers, kunnen behandeld worden met behulp van autologe stamceltransplantatie. Tot 1 januari 2018 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze autologe stamceltransplantatie voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd.

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

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

e. Adjuvante hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC) bij coloncarcinoom

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

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

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

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

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

g. Behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten bij uitgezaaid melanoom

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

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

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

h. Borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie

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

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

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

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

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

lid 4

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor:

1. behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
2. liposuctie – wegzuigen van onderhuids vet – van de buik;

3. abdominoplastiek – buikwandcorrectie –, tenzij sprake is van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminkingen als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
4. het operatief plaats en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een – gehele of gedeeltelijke – borstamputatie;
5. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
6. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek – reconstructie van de huid –;
7. behandelingen gericht op sterilisatie – zowel man als vrouw –;
8. behandelingen gericht op het ongedaan maken van sterilisatie – zowel man als vrouw –;
9. behandelingen gericht op circumcisie (besnijdenis van de man);
10. behandeling van plagiocefalie – scheve schedel – en brachycefalie – brede schedel – zonder craniosynostose – voortijdige vergroeiing van schedelnaden – met een redressiehelm.

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

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

Artikel 7 Verpleging en verzorging

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij geen sprake is van verblijf. Deze zorg wordt ook wel wijkverpleging of intensieve kindzorg genoemd. De zorg bestaat uit verpleging en/of verzorging en omvat ook coördinatie, instructie, begeleiding bij zelfmanagement, signalering, individuele zorggerelateerde preventie en casemanagement. Een verpleegkundige, een verpleegkundig specialist of een verzorgende verleent de zorg.

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

Als u jonger bent dan 18 jaar vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van verzorging alleen als complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap de verzorging noodzakelijk maken, en daarbij tevens:

- sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

De aard, inhoud en omvang van de verpleging en verzorging worden vastgesteld door de wijkverpleegkundige of een HBO-gediplomeerd kinderverpleegkundige en vastgelegd in een zorgplan. Het zorgplan is een dynamische set van afspraken die u met de zorgverlener maakt over zorg en zelfmanagement, op basis van uw individuele doelen, behoefte en situatie. Het zorgplan moet voldoen aan de *Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving*, vastgesteld door beroepsvereniging Verplegenden & Verzorgenden Nederland (V&VN). U kunt dit normenkader aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

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

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

lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van verpleging en verzorging bedoeld in dit artikel op uw verzoek in de vorm van een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb). Bij de aanvraag en uitvoering van het Zvw-pgb zijn de voorwaarden van het Reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging van toepassing. Dit reglement kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

De zorgverzekeraar kent een Zwv-pgb alleen toe als het gaat om de in lid 1 bedoelde zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar of als uit het zorgplan, bedoeld in lid 1, blijkt dat u naar verwachting langdurig – dat wil zeggen voor een ononderbroken periode van minimaal twaalf maanden – aangewezen zult zijn op verpleging en verzorging.

Daarnaast moet het gaan om geïndiceerde zorg:

- die vaak, maar op wisselende en/of ongebruikelijke tijdstippen of locaties nodig is, of
- die 24 uur per dag in de buurt of op afroep beschikbaar moet zijn, of
- die door de voorgaande omstandigheden moeilijk planbaar is, of
- waarbij de te gebruiken hulpmiddelen of de zorg zelf zo specifiek zijn dat er een noodzaak is om (een) vaste zorgverlener(s) in te zetten.

U moet aannemelijk maken dat u – eventueel met behulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger – in staat bent om het Zwv-pgb op zo'n manier in te zetten dat er sprake is van verantwoorde zorg en dat u – eventueel via een (wettelijk) vertegenwoordiger – in staat bent om zelf de geschikte zorgverlener(s) te selecteren te contracteren en aan te sturen.

Voor zorg die u ten laste van een Zwv-pgb declareert, hanteert de zorgverzekeraar maximum uurtarieven. Deze staan vermeld in het Reglement Zwv-pgb verpleging en verzorging.

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

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

Artikel 8 Geboortezorg

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

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

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

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

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

De zorgverzekeraar vergoedt het prenataal vervolgonderzoek als medisch-specialistische zorg (artikel 6). De voorwaarden zoals daar omschreven zijn dan ook van toepassing en op de vergoeding brengt de zorgverzekeraar eigen risico in mindering.

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

lid 2

De volgende situaties worden onderscheiden:

a. Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis met medische indicatie

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

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

Als de bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis plaatsvinden zonder medische indicatie, of in een geboortecentrum, vergoedt de zorgverzekeraar voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, de kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg. Hiervoor geldt een eigen bijdrage voor zowel moeder als haar kind van € 16,50 per persoon per dag. Als het tarief van het ziekenhuis of het geboortecentrum meer is dan € 119,- per persoon per dag, dan wordt de eigen bijdrage met dit meerdere verhoogd.

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

c. Bevalling en/of kraamzorg thuis

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

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

Hierbij geldt voor de vergoedingen voor partusassistentie en kraamzorg een eigen bijdrage van € 4,20 per uur.

Als na de bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum de kraamzorg thuis of in een kraamhotel plaatsvindt, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten voor kraamzorg zoals omschreven onder 3. Hierbij geldt dat de zorgverzekeraar het aantal dagen doorgebracht in het ziekenhuis of geboortecentrum in mindering brengt op de genoemde termijn van maximaal 10 dagen.

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

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

Artikel 9

Revalidatie en zintuiglijk gehandicaptenzorg

lid 1

Medisch-specialistische revalidatie

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

Medisch-specialistische revalidatie omvat:

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

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

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

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

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

Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie kan plaatsvinden:

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

lid 2

Geriatrische revalidatie

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

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

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

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

De geriatrische revalidatie moet binnen een week aansluiten op:

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

De indicatie voor geriatrische revalidatiezorg wordt gesteld door:

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

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

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

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de geriatrische revalidatie voor maximaal een periode van 6 maanden. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar toestemming geven voor een langere periode.

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

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

lid 3

Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van geneeskundige zintuiglijk gehandicaptenzorg waarbij geen sprake is van verblijf, als:

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

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

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

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

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

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

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

Voor volwassenen met een auditieve beperking of communicatieve beperking is de hoofdbehandelaar GZ-psycholoog. Orthopedagogen en andere disciplines kunnen deze taak ook of mede uitvoeren. Bij zintuiglijk gehandicaptenzorg aan auditief beperkte kinderen en jongeren is de hoofdbehandelaar een orthopedagoog of ontwikkelings- of GZ-psycholoog.

Voor visueel beperkten is de hoofdbehandelaar oogarts of GZ-psycholoog. De klinisch fysicus of andere disciplines kunnen deze taak ook of mede uitvoeren.

Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van:

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

Artikel 10 **Orgaantransplantatie en -donatie**

lid 1

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor transplantaties van weefsels en organen in een ziekenhuis als de transplantatie is verricht in:

1. een EU- of EER-land, of
2. een ander land, als de donor daar woont en deze uw echtgenoot, uw geregistreerd partner of uw bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is.

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

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

lid 3 Voor de donor die geen zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet heeft, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van het vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van een openbaar vervoermiddel voor de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en voor de zorg bedoeld in lid 2 van dit artikel. Als dit medisch noodzakelijk is, kan dit vervoer ook per auto plaatsvinden.

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

lid 4 Als u zelf donor bent, vergoedt de zorgverzekeraar voor u als donor de kosten van vervoer zoals omschreven in lid 3 van dit artikel.

Artikel 11 Dialysezorg

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

In geval van thuisdialyse omvat de aanspraak ook:

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

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

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

Artikel 12 Mechanische beademing

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

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

Artikel 13 **Oncologische aandoeningen bij kinderen**

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

Artikel 14 **Trombosedienst**

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

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

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

Artikel 15 **Erfelijkheidsonderzoek en -advisering**

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

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

Artikel 16 **Audiologische zorg**

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

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van:

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

Artikel 17 Paramedische zorg

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten, oefentherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten die plegen te bieden. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling op afwijkende praktijklocaties, zoals scholen voor regulier of speciaal onderwijs, (medisch) kinderdagverblijven of Centra voor Jeugd en Gezin alleen als zij hiervoor toestemming vooraf heeft gegeven. De zorgverzekeraar geeft alleen toestemming voor incidentele behandeling op de bedoelde locaties als daarvoor een indicatie bestaat. De zorgverzekeraar vergoedt geen extra kosten voor behandeling buiten de reguliere werktijden.
- Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet, en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden?
Op www.vvaa.nl/zorgverzekering vindt u meer informatie over de verschillende kwaliteitsregisters voor paramedici. Voor meer informatie kunt ook contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).
- lid 2 **Fysiotherapie en oefentherapie**
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van behandeling door een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar, bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut of oedeemfysiotherapeut. Er moet sprake zijn van een indicatie in verband met een aandoening, die in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering is genoemd. De daarbij genoemde behandelduur mag niet zijn overschreden. Bij de in de bijlage genoemde aandoeningen 'lymfoedeem' en 'littekenweefsel van de huid al dan niet na trauma', kan ook een huidtherapeut de behandeling uitvoeren.
- Als u 18 jaar of ouder bent, worden de kosten van de eerste 20 behandelingen voor de betreffende aandoening niet vergoed.
- In afwijking van deze vergoedingsregeling vergoedt de zorgverzekeraar, als u 18 jaar of ouder bent, de kosten van maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Hier geldt de vergoeding dus vanaf de eerste behandeling.
- Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering kunt u aanvragen bij het VvAA service center of als *Lijst chronische aandoeningen fysiotherapie 2016* raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.
- lid 3 Voor fysiotherapie en oefentherapie aan kinderen tot 18 jaar bestaat – voor andere gevallen dan bedoeld in lid 2 – aanspraak op vergoeding van de kosten van maximaal 9 behandelingen door een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut of oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar per indicatie per kalenderjaar. Als na 9 behandelingen nog geen toereikend resultaat is bereikt vergoedt de zorgverzekeraar voor deze verzekerden de kosten van maximaal 9 extra behandelingen door de genoemde zorgverleners per indicatie per kalenderjaar. De verzekerde moet – voor aanvang van de extra behandelingen – een verwijzing hebben van huisarts of medisch specialist.
- lid 4 **Ergotherapie**
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen. De zorgverzekeraar vergoedt maximaal tien behandelingen per kalenderjaar. De ergotherapeut verleent de zorg in zijn behandelruimte of bij u thuis.
- lid 5 **Logopedie**
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor behandeling door een logopedist. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van logopedische behandeling als deze een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van behandeling ter ondersteuning van onderwijs zoals de behandeling van taalontwikkelingsstoornissen bij dialect of anderstaligheid.
- lid 6 **Diëtetiek**
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel door een diëtist. De zorgverzekeraar vergoedt maximaal 3 behandelingen per kalenderjaar.

Artikel 18 **Mondzorg**

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

Er kan een eigen bijdrage gelden. Zie hiervoor lid 5 en 6.
Soms is een advies of toestemming vooraf vereist. Zie daarvoor lid 2 en 3.

Mondzorg omvat:

1. zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus of mondhygiënist verleent de zorg;
2. chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard. Een kaakchirurg verleent de zorg;
3. verblijf in een ziekenhuis dat noodzakelijk is in verband met chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard voor een ononderbroken periode van maximaal 1095 dagen (3 niet-schrikkeljaren), inclusief de kosten van verpleging en verzorging. Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de periode van 1095 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de periode van 1095 dagen. Ook vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname.

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

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

1. zorg door een tandarts-specialist mondziekten of kaakchirurg als het gaat om parodontale zorg, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat;
2. mondzorg als bedoeld in lid 4 en lid 5, als deze in een instelling voor bijzondere tandheelkunde plaatsvindt;
3. mondzorg zoals bedoeld in lid 4, onder 12;
4. mondzorg in bijzondere situaties (lid 6);
5. een volledige prothetische voorziening – inclusief techniekkosten –, als deze kosten hoger zijn dan:
 - € 650,- per onder- of bovenkaak bij uitvoering door een tandarts, of
 - € 500,- per onder- of bovenkaak bij uitvoering door een tandprotheticus.

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

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

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

1. eenmaal per jaar periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, of meerdere keren uitsluitend als dat om tandheelkundige redenen noodzakelijk is;
2. incidenteel tandheelkundig consult;
3. het verwijderen van tandsteen;
4. fluoride-applicatie als minimaal één element van het blijvende gebit doorgebroken is, maximaal tweemaal per jaar, tenzij u die zorg, tandheelkundig, meer keren per jaar nodig heeft;
5. sealing (aanbrengen van een bescherm laag);
6. parodontale zorg (voor tandvlees);
7. anesthesie;
8. endodontische zorg (voor het binnenste van de tand);
9. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
10. gnathologische zorg (voor de kaak en de kauwspieren);
11. uitneembare prothetische voorzieningen;
12. tandvervangende zorg met niet-plastische materialen en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten. De zorg moet de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreffen die niet zijn aangelegd, of ontbreken als direct gevolg van een ongeval;

13. chirurgische tandheelkundige zorg, behalve de kosten van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
14. röntgenonderzoek, behalve de kosten van röntgenonderzoek voor orthodontische zorg.

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

lid 5

Mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

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

1. chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het bijbehorende röntgenonderzoek, behalve van de kosten van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties. U moet – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van een tandarts, huisarts of medisch specialist;
2. uitneembare volledige niet-implantaatgedragen prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak (volledige immediaatprothese, volledige vervangingsprothese of volledige overkappingsprothese).

Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothetische voorziening voor boven- en/of onderkaak geldt een eigen bijdrage van 25% van de kosten voor een volledige immediaatprothese, een volledige vervangingsprothese of een volledige niet-implantaatgedragen overkappingsprothese.

De zorgverzekeraar vergoedt 100% van de kosten van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothetische voorziening of van een bestaande volledige overkappingsprothese. Onder rebasen verstaat de zorgverzekeraar: het opvullen van de ruimte tussen de kaak en prothese om deze vaster op een geslonken kaak te laten zitten.

lid 6

Mondzorg in bijzondere situaties, ongeacht leeftijd

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

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

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

De zorgverzekeraar vergoedt binnen mondzorg in bijzondere situaties ook de kosten van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur en een uitneembare volledige prothetische voorziening geplaatst op implantaten als sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak. Het implantaat moet dienen voor bevestiging van een uitneembare prothese. De suprastructuur is het gedeelte op het implantaat dat boven het tandvlees zit.

Voor een uitneembare volledige prothetische voorziening, al dan niet te plaatsen op implantaten, geleverd in het kader van bijzondere tandheelkundige zorg, geldt een eigen bijdrage van € 125,- per kaakdeel.

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

Artikel 19 Farmaceutische zorg

lid 1

Aanspraak bestaat op:

1. de door de zorgverzekeraar aangewezen geregistreerde geneesmiddelen uit Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. De aanwijzing door de zorgverzekeraar is zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen tenminste één geneesmiddel voor u beschikbaar is. De nadere omschrijving van de aanspraak is opgenomen in het Reglement Farmaceutische zorg. Dit reglement kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering;
2. de geneesmiddelen – onder voorwaarde dat het rationele farmacotherapie betreft – als bedoeld in:
 - a. artikel 40, lid 3, onder a Geneesmiddelenwet.
Dit artikel gaat over apotheekbereidingen, ook wel magistrale bereidingen genoemd. Kosten van apotheekbereidingen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een niet in Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering genoemd, geregistreerd geneesmiddel zijn uitgesloten van de aanspraak;
 - b. artikel 40, lid 3, onder c Geneesmiddelenwet, die op verzoek van een arts bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant bedoeld in artikel 1, lid 1, onder mm van die wet.
Dit artikel gaat over geneesmiddelen waarvoor in Nederland geen handelsvergunning is. Er bestaat in individuele gevallen aanspraak op deze geneesmiddelen als de behandelend arts toestemming van de overheid heeft gekregen om het geneesmiddel in Nederland te laten bereiden door een in Nederland toegelaten fabrikant;
 - c. artikel 40, lid 3, onder c Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een ander land en op verzoek van een arts bedoeld in die bepaling, binnen Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. Dit artikel gaat over geneesmiddelen waarvoor in Nederland geen handelsvergunning is. Er bestaat in individuele gevallen aanspraak op deze geneesmiddelen als de behandelend arts toestemming van de overheid heeft gekregen om het geneesmiddel in het buitenland te bestellen.

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

3. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

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

Bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering kunnen tijdens het jaar wijzigen. Een actueel overzicht kunt u raadplegen op www.wetten.nl of opvragen bij het VvAA service center. Daar kunt u ook met vragen over dit onderwerp terecht.

De zorgverzekeraar vergoedt ook de kosten van terhandstelling van de hierboven bedoelde geneesmiddelen en de kosten van advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de geneesmiddelen. Dit advies en deze begeleiding worden uitgevoerd door BIG-geregistreerde zorgverleners.

Onder dit advies en deze begeleiding vallen:

- a. begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel;
- b. instructie patiënt receptplichtig geneesmiddel-gerelateerd hulpmiddel;
- c. medicatiebeoordeling chronisch receptplichtig geneesmiddelgebruik;
- d. farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek;
- e. farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname;
- f. farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis.

lid 2

De in lid 1 bedoelde middelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. Terhandstelling geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

- lid 3 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van dieetpreparaten alleen als niet kan worden volstaan met aangepaste normale voeding en andere bijzondere voeding en u:
1. lijdt aan een stofwisselingsstoornis, of
 2. lijdt aan een voedselallergie, of
 3. lijdt aan een resorptiestoornis, of
 4. lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of
 5. daarop bent aangewezen volgens de richtlijnen van de betreffende beroepsgroepen in Nederland.
- lid 4 Bij in de Regeling zorgverzekering genoemde zelfzorggeneesmiddelen voor chronisch gebruik vergoedt de zorgverzekeraar niet de kosten van het gebruik gedurende de eerste 15 dagen. Dit betreft laxantia, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, middelen ter bescherming van de ogen tegen uitdroging en maagledigingsmiddelen, als ook andere geneesmiddelen met eenzelfde werkzaam bestanddeel en in dezelfde toedieningsvorm.
- Ook bij in de Regeling zorgverzekering genoemde maagzuurremmers voor chronisch gebruik – inclusief combinatiepreparaten die een maagzuurremmer bevatten – vergoedt de zorgverzekeraar niet de kosten van het gebruik gedurende de eerste 15 dagen.
- lid 5 De in de Regeling zorgverzekering genoemde geneesmiddelen zijn zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen. Per groep stelt de overheid een vergoedingslimiet vast. Als voor een geneesmiddel de in rekening gebrachte prijs hoger is dan de vergoedingslimiet geldt het verschil als eigen bijdrage. Een eigen bijdrage geldt ook voor een geneesmiddel dat wordt bereid uit een geneesmiddel met een eigen bijdrage.
- lid 6 Het Reglement Farmaceutische zorg stelt nadere voorwaarden over de doelmatigheid van de farmaceutische zorg. Dit betreft onder andere toestemmingsvereisten, afleverhoeveelheden, advies en begeleiding. U kunt het reglement aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.
- lid 7 Geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van:
- farmaceutische zorg in de door de Regeling zorgverzekering bepaalde gevallen;
 - niet in Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering genoemde, in Nederland geregistreerde geneesmiddelen;
 - de eigen bijdrage volgens lid 5;
 - andere dan in de Regeling zorgverzekering genoemde zelfzorggeneesmiddelen;
 - geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
 - geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, lid 3, onderdeel b Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel, dat niet in Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering is opgenomen;
 - geneesmiddelen bedoeld in artikel 40, lid 3, onderdeel f Geneesmiddelenwet. Het betreft geneesmiddelen waarvoor een aanvraag om een handelsvergunning bij het Europees Geneesmiddelenbureau is ingediend of waarmee nog klinische proeven gaande zijn.
- lid 8 De Minister kan – ook in de loop van het kalenderjaar – geneesmiddelen voorwaardelijk toelaten. De lijst van voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen kan daardoor in de loop van het jaar wijzigen. In de toelichting *Voorwaardelijke toelating tot het basispakket 2016* staan alle voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen beschreven. De actuele versie van deze toelichting kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

Artikel 20 Hulpmiddelenzorg

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, als genoemd in de Regeling zorgverzekering en het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar. In uitzondering op de aanspraak op vergoeding van kosten, verstrekt de zorgverzekeraar een aantal hulpmiddelen in bruikleen. In het Reglement Hulpmiddelen zijn ook de voorwaarden voor vergoeding, bruikleenverstrekking en de specifieke vereisten per hulpmiddel opgenomen. Het reglement kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.
- lid 2 Waar dit blijkt uit het Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel toestemming vooraf van de zorgverzekeraar vereist. Daarbij kan de zorgverzekeraar nadere voorwaarden stellen.

- lid 3 De kosten van normaal gebruik – zoals kosten van energiegebruik en batterijen – worden niet vergoed, behalve als het Reglement Hulpmiddelen anders bepaalt.
- lid 4 De zorgverzekeraar vergoedt alleen de kosten van hulpmiddelen, of verstrekt ze in bruikleen, als de hulpmiddelen noodzakelijk zijn, doelmatig en niet onnodig luxe uitgevoerd of onnodig gecompliceerd. Er bestaat in principe geen aanspraak op vergoeding van kosten of verstrekking in bruikleen als het hulpmiddel alleen dient voor gebruik op de werkplek of als onderwijsvoorziening. Om de werkplek voor een slechthorende aan te passen kunnen persoonlijke hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie hierop een uitzondering vormen. De voorwaarden daarvoor zijn opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen.
- lid 5 De zorgverzekeraar vergoedt alleen de kosten van verbandmiddelen bij een ernstige aandoening waarbij langdurige medische behandeling met deze middelen nodig is.
- lid 6 Kosten van hulpmiddelen en verbandmiddelen ingezet in de thuissituatie onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist, maken in sommige gevallen deel uit van de medisch-specialistische zorg. Zij vallen dan niet onder deze vergoeding, maar worden via een DBC-zorgproduct vergoed. Hierbij is het rapport *Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden 2* van het CVZ – inmiddels: Zorginstituut Nederland – leidend. Dit rapport kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.
- Als u verblijft en behandeld wordt in een Wlz-instelling vallen de kosten van voorgeschreven hulpmiddelen en verbandmiddelen ook niet onder dit artikel. De vergoeding valt dan onder de aanspraken van de Wlz.
- lid 7 De Minister kan – ook in de loop van het kalenderjaar – hulpmiddelen voorwaardelijk toelaten. De lijst van voorwaardelijk toegelaten hulpmiddelen kan daardoor in de loop van het jaar wijzigen. In de toelichting *Voorwaardelijke toelating tot het basispakket 2016* staan alle voorwaardelijk toegelaten hulpmiddelen beschreven. De actuele versie van deze toelichting kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

Artikel 21 Ambulancevervoer

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van vervoer per ambulance-auto van een ambulancevervoerder als ander vervoer – per openbaar vervoermiddel, taxi, of eigen auto – om medische redenen niet verantwoord is. De zorgverzekeraar vergoedt vervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, tenzij de zorgverzekeraar toestemming heeft gegeven voor vervoer over een grotere afstand.
- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van vervoer:
- naar een zorgverlener of een instelling waar u zorg zult ontvangen waarvan de kosten – geheel of gedeeltelijk – gedekt zijn door de zorgverzekering Basis;
 - naar een instelling waarin u wordt opgenomen ten laste van de Wlz;
 - als u jonger bent dan 18 jaar: naar een persoon bij wie of een instelling waarin u geestelijke gezondheidszorg zult ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van de gemeente komen;
 - vanuit een instelling waar u bent opgenomen naar een zorgverlener of instelling waar u een onderzoek of een behandeling zult ondergaan, gedekt volgens de Wlz;
 - vanuit een instelling waar u bent opgenomen naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese, als de prothese – geheel of gedeeltelijk – gedekt is volgens de Wlz;
 - van de in dit lid genoemde zorgverleners of instellingen naar uw eigen woning of naar een andere woning, als u in uw eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen.
- lid 3 Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een Wlz-instelling.
- lid 4 Als ziekenvervoer per ambulance-auto niet mogelijk is kunt u de zorgverzekeraar vooraf toestemming vragen voor vervoer met een ander middel van vervoer.

Artikel 22 Zittend ziekenvervoer

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van vervoer per openbaar vervoermiddel in de laagste klasse, per taxi of per eigen auto tot maximaal 200 kilometer enkele reisafstand. Als de zorgverzekeraar u toestemming geeft voor zorg bij een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking tot 200 kilometer niet.
- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zittend ziekenvervoer alleen als zij toestemming vooraf heeft gegeven. Bij het verlenen van toestemming kan de zorgverzekeraar voorwaarden stellen aan de wijze waarop het vervoer plaatsvindt.
- lid 3 Bij gebruik van de eigen auto vergoedt de zorgverzekeraar € 0,30 per kilometer. De zorgverzekeraar gaat bij het vaststellen van de vergoeding uit van de optimale route per auto volgens de routeplanner Routenet.
- lid 4 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor vervoer van en naar een persoon, instelling of woning zoals bedoeld in artikel 21, lid 2 a, b, d, e en f als:
- u nierdialyse moet ondergaan;
 - u oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
 - u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen;
 - uw gezichtsvermogen zo is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;
 - u jonger bent dan 18 jaar en u bent aangewezen op verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap als bedoeld in artikel 7.
- lid 5 In andere gevallen dan genoemd in lid 4 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer als u voor de behandeling van een langdurende ziekte of aandoening langdurig bent aangewezen op zittend ziekenvervoer en het niet vergoeden van de kosten voor u leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard.
- lid 6 Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een Wlz-instelling. Uitzondering hierop vormt vervoer in verband met dagbesteding die onderdeel uitmaakt van een langdurig op behandeling gericht verblijf in een GGZ-instelling. De kosten daarvan worden vergoed volgens artikel 24.
- lid 7 Voor zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van € 98,- per kalenderjaar. Deze eigen bijdrage geldt niet voor vervoer:
- vanaf een instelling waarin u bent opgenomen naar een andere instelling waarin u wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling dat/die in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. De kosten van beide opnames moeten gedekt zijn door de zorgverzekering Basis of de Wlz;
 - heen en terug vanuit een instelling waarin u bent opgenomen, naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling, dat/die in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. Het onderzoek of de behandeling moeten gedekt zijn door de zorgverzekering Basis, de opname moet gedekt zijn door de zorgverzekering Basis of Wlz.
 - heen en terug vanuit een instelling waarin u bent opgenomen, naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling, die in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. Zowel de behandeling als opname zijn gedekt onder de Wlz.
- lid 8 De zorgverzekeraar vergoedt ook het vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is of als het de begeleiding betreft van een kind jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kunt u de zorgverzekeraar toestemming vooraf vragen voor vergoeding van de vervoerskosten van twee begeleiders.
- lid 9 De zorgverzekeraar regelt graag taxivervoer voor u. De aanvraagprocedure daarvoor kunt u nalezen in deel C (Zorgdiensten).
- lid 10 Als ziekenvervoer per openbaar vervoermiddel, taxi, of eigen auto niet mogelijk is, kunt u de zorgverzekeraar toestemming vooraf vragen voor vervoer met een ander vervoermiddel.

Artikel 23 Generalistische Basis GGZ

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van Generalistische Basis GGZ zoals klinisch psychologen die plegen te bieden.

De hoofdbehandelaar is:

- BIG-geregistreerd gezondheidszorgpsycholoog,
- BIG-geregistreerd klinisch psycholoog,
- BIG-geregistreerd psychotherapeut,
- BIG-geregistreerd verslavingsarts,
- BIG-geregistreerd psychiater, of
- als sprake is van chronische problematiek: een verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg.

In het zorgtraject kunnen andere zorgverleners onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar zorg verlenen. Ook een internetprogramma kan hiervan deel uitmaken.

Als u de leeftijd van 18 jaar bereikt gedurende een behandeltraject bij een orthopedagoog-generalist of een kinder- en jeugdpsycholoog, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van voortzetting van deze behandeling voor maximaal 12 maanden. In die periode wordt de behandeling afgerond of wordt gewerkt aan overdracht naar een zorgverlener, die hiervoor als hoofdbehandelaar is vermeld. Mocht afronding of overdracht in 12 maanden niet mogelijk of verantwoord zijn, dan vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van voortzetting van de behandeling door de orthopedagoog-generalist of kinder- en jeugdpsycholoog na 12 maanden alleen als zij voor het verstrijken van de 12de maand toestemming heeft verleend.

lid 2 U moet – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van de huisarts of bedrijfsarts. Dit geldt niet voor acute zorg.

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

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

Niet alle behandelingen en interventies in de GGZ voldoen aan het gestelde in artikel 2, lid 3 van de Algemene bepalingen (deel A-1) van de zorgverzekering Basis. Behandelingen waarvan is vastgesteld of zij wel of juist niet voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk staan vermeld in het overzicht *Psychologische interventies binnen de GGZ*. U kunt dit overzicht aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

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

lid 4 De kosten voor Generalistische Basis GGZ worden in rekening gebracht met een integrale prestatie Basis GGZ.

Artikel 24 Gespecialiseerde GGZ

lid 1 **Psychiatrische ziekenhuisopname**

Voor zover sprake is van op behandeling gerichte gespecialiseerde GGZ bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van opname in een GGZ-instelling of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis voor een ononderbroken periode van ten hoogste 1095 dagen (3 niet-schrikkeljaren). Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1095 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 1095 dagen. Deze aanspraak geldt niet voor de verzekerde jonger dan 18 jaar.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van Gespecialiseerde GGZ, zoals hierna omschreven, en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname. Als dagbesteding onderdeel uitmaakt van de behandeling in het tweede en derde jaar van opname, vergoedt de zorgverzekeraar ook de kosten van de dagbesteding en het vervoer daar naartoe.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van verblijf na 365 dagen alleen als zij voorafgaand aan het verstrijken van die periode toestemming heeft gegeven voor langer verblijf. U moet uiterlijk in de tiende maand van het ononderbroken verblijf een gemotiveerde aanvraag op basis van de Checklist LGGZ in – laten – dienen bij de zorgverzekeraar. Uw behandelaar kan u hierover informeren. De checklist kunt u ook zelf aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

Als u uit privacy-overwegingen heeft aangegeven bezwaar te hebben dat gegevens, die te herleiden zijn tot de bij u gestelde diagnose, op de declaratie worden vermeld, dient u de aanvraag rechtstreeks in te sturen ter attentie van onze medisch adviseur. De informatie wordt dan uitsluitend door onze medisch adviseur ingezien en beoordeeld.

lid 2

Gespecialiseerde GGZ

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van Gespecialiseerde GGZ. De omvang van de zorg wordt begrensd door wat psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. De zorgverzekeraar vergoedt naast de kosten van de behandeling ook de bij de behandeling behorende verpleging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

De hoofdbehandelaar is:

- BIG-geregistreerd klinisch psycholoog,
- BIG-geregistreerd psychotherapeut,
- BIG-geregistreerd verslavingsarts, of
- BIG-geregistreerd psychiater.

De hoofdbehandelaar werkt binnen een multidisciplinaire context waarin minimaal een psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, specialist-ouderengeneeskunde, verslavingsarts, klinisch geriater of verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg werkzaam is.

lid 3

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

lid 4

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor:

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

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

Artikel 25 Buitenland

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

lid 1

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

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

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

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

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

- lid 3 Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, heeft u aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg volgens deze verzekering. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1, lid 2. Het bepaalde in lid 1 is van toepassing.

- lid 4 Bij een ziekenhuisopname voor acute ziekte of ongeval kunt u contact opnemen met de Artsen Alarm Service voor het regelen van de zorg waarvoor de zorgverzekering Basis dekking biedt. De procedure daarvoor kunt u nalezen in deel C (Zorgdiensten).

- lid 5 De zorgverzekeraar vergoedt nota's van buitenlandse zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij de gemiddelde wisselkoers van de maand voorafgaand aan die waarin de zorg of dienst is ontvangen.

Artikel 26 **Algemeen**

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

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

Deel C Zorgdiensten

VvAA zorgverzekering Basis

VvAA zorgconsulent: van preventie tot nazorg

De VvAA zorgconsulent helpt u persoonlijk verder met informatie over gezondheid, preventie, ziekte en zorg. Daarnaast kunt u bij de Zorgconsulent terecht voor informatie over zorg bij u in de wijk, het Zw-pgb en het regelen van een aantal zorgtaken en (wachtlijst)bemiddeling. De Zorgconsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 8.30 en 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 668 96 67 of via zorgconsulent@vvaazorgverzekering.nl.

U kunt via de VvAA zorgconsulent:

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

Zorgbemiddeling

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

Medisch-specialistische behandeling

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

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

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

VvAA kraamzorg service

Kraamzorg is onderdeel van de dekking geboortezorg zoals beschreven in artikel 8 van deel B van de zorgverzekering Basis. Voor informatie over kraamzorg, of als u kraamzorg door de zorgverzekeraar wilt laten regelen, kunt u bellen met VvAA kraamzorg service. Het aanvragen van kraamzorg kunt u ook regelen via www.vvaa.nl/zorgverzekering.

VvAA kraamzorg service regelt de kraamzorg bij een erkende kraamzorgorganisatie. U moet de kraamzorg minimaal 4 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aanvragen. VvAA kraamzorg service is op werkdagen tussen 8.00 en 17.30 uur bereikbaar op telefoonnummer 088 668 97 06.

Taxivervoer

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

Artsen Alarm Service (AAS)

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

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

Informatie over het verhaal van letselschade na een ongeval

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

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

VvAA

zorgverzekering Student

Inhoudsopgave

VvAA zorgverzekering Student

Deel B Omvang dekking

Artikel 1	Beweegzorg	63
	Fysiotherapie en oefentherapie	63
Artikel 2	Generalistische Basis GGZ	63
Artikel 3	Farmaceutische zorg	64
Artikel 4	Vaccinaties	64
Artikel 5	Overige hulpmiddelen	64
	lid 1 Brillenglazen, (contact)lenzen of ooglaserbehandeling	64
	lid 2 Hulpmiddelen voor anticonceptie	64
Artikel 6	Overige behandelingen en therapieën	64
	lid 1 Acnebehandeling	65
	lid 2 Diëtist	65
Artikel 7	Ziekenvervoer	65
Artikel 8	Preventieve zorg	65
	Gezondheidscheck-up	65
Artikel 9	Buitenland	65
	lid 1 Onvoorziene behandelingen	66
	lid 2 Voorziene behandelingen	66
	lid 3 Wisselkoers	66
	lid 4 Artsen Alarm Service (AAS)	66
	lid 5 Repatriëring	66
	lid 6 Medische gegevens	66

Deel C Zorgdiensten

VvAA zorgconsulent: van preventie tot nazorg	67
De Zorgconsulent ondersteunt u	67
eHealth	67
Taxivervoer	67
Artsen Alarm Service	67
Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval	68

Deel B Omvang Dekking

VvAA zorgverzekering Student

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

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

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal:

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

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

Artikel 1 **Beweegzorg**

Fysiotherapie en oefentherapie

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

- een fysiotherapeut (ook online via HelloFysio.nl);
- een kinderfysiotherapeut;
- een manueel therapeut;
- een oefentherapeut Mensendieck;
- een oefentherapeut Cesar;
- een bekkenfysiotherapeut;
- een oedeemfysiotherapeut;
- een geriatriefysiotherapeut;
- een psychosomatisch fysiotherapeut.

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

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

Artikel 2 **Generalistische Basis GGZ**

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

Voor Generalistische Basis GGZ is een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts of jeugdarts.

De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van verblijf.

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

Artikel 3 Farmaceutische zorg

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

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

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

- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van:
- andere farmaceutische zorgdiensten dan de terhandstelling van receptplichtige geneesmiddelen en het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel;
 - middelen die geregistreerd staan als niet-geneesmiddel;
 - homeopathische of antroposofische geneesmiddelen;
 - vaccinaties en preventieve middelen anders dan omschreven in artikel 4;
 - zelfzorggeneesmiddelen die niet worden vergoed volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
 - geneesmiddelen die gebruikt worden bij de behandeling voor fertiliteit.

- lid 3 De zorgverzekeraar kan bepalen dat alleen door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddelen worden vergoed als het gaat om onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen. Als behandeling met het aangewezen geneesmiddel echter niet medisch verantwoord is, vergoedt de zorgverzekeraar een ander geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

Artikel 4 Vaccinaties

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

Artikel 5 Overige hulpmiddelen

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

- lid 1 **Brillenglazen, (contact)lenzen of ooglaserbehandeling**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van versterkende/corrigerende brillenglazen inclusief montuur, versterkende/corrigerende contactlenzen, geïmplanteerde lenzen met visuscorrigerende werking en ooglaserbehandeling tezamen tot maximaal € 100,- per twee kalenderjaren.
- lid 2 **Hulpmiddelen voor anticonceptie**
Als u 21 jaar of ouder bent, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van pessaria en koperhoudende spiraaltjes voor anticonceptionele doeleinden.

Artikel 6 Overige behandelingen en therapieën

Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet, en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden?

Op www.vvaa.nl/zorgverzekering vindt u meer informatie over de verschillende kwaliteitsregisters voor paramedici. Voor meer informatie kunt ook contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

lid 1

Acnebehandeling

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

lid 2

Diëtist

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

De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van:

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

Artikel 7

Ziekenvervoer

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

Artikel 8

Preventieve zorg

Gezondheidscheck-up

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

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

Artikel 9

Buitenland

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

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

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

- lid 1 **Onvoorziene behandelingen**
Bij acute ziekte of een ongeval tijdens verblijf in een EU-/EER- of verdragsland vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van:
- zorg die volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering voor eigen rekening blijven, uitsluitend door overschrijding van het bedrag dat zou zijn vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit;
 - zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedrag;
 - niet in Nederland geregistreerde geneesmiddelen en van middelen die in Nederland geregistreerd staan als niet-geneesmiddel tot maximaal € 50,- per kalenderjaar.
- Bij acute ziekte of een ongeval tijdens verblijf buiten een EU-/EER- of verdragsland vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van:
- zorg die volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering voor eigen rekening blijven, uitsluitend door overschrijding van het bedrag dat zou zijn vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal tweemaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit;
 - zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal tweemaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag;
 - niet in Nederland geregistreerde geneesmiddelen en van middelen die in Nederland geregistreerd staan als niet-geneesmiddel tot maximaal € 50,- per kalenderjaar.
- lid 2 **Voorziene behandelingen**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten:
- van medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 6 van deel B van de zorgverzekering Basis, als de zorg is verleend in een door de zorgverzekeraar erkend ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit. Het overzicht van door de zorgverzekeraar erkende ziekenhuizen kan tussentijds wijzigen. Het actuele overzicht kunt u aanvragen bij het Vvaa service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering;
 - die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt. De vergoeding is beperkt tot maximaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag.
- lid 3 **Wisselkoers**
De zorgverzekeraar vergoedt nota's van buitenlandse zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij de gemiddelde wisselkoers van de maand voorafgaand aan die waarin de zorg of dienst is ontvangen.
- lid 4 **Artsen Alarm Service (AAS)**
Als u door acute ziekte of een ongeval bij tijdelijk verblijf in het buitenland in een ziekenhuis wordt opgenomen, bent u verplicht direct contact op te (laten) nemen met Artsen Alarm Service. Hierbij dient u het relatienummer en de naam van de verzekerde op te geven. Daarnaast kunt u contact opnemen voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties.
- De Artsen Alarm Service is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar (zie deel C).
- lid 5 **Repatriëring**
Bij ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bij tijdelijk verblijf in het buitenland bestaat aanspraak op medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland met de voorgeschreven medische begeleiding. De Artsen Alarm Service organiseert de repatriëring.
- Bij de noodzaak tot repatriëring bent u verplicht om direct hulp van de Artsen Alarm Service in te (laten) roepen. Hierbij dient u het relatienummer en de naam van de verzekerde op te geven.
- lid 6 **Medische gegevens**
U geeft – voor zover nodig – toestemming aan de medisch adviseur van de Artsen Alarm Service om bepaalde gegevens over te dragen aan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar. Dit betreft gegevens over de reden en achtergrond van de ziekenhuisopname of de repatriëring.

Deel C Zorgdiensten

VvAA zorgverzekering Student

VvAA zorgconsulent: van preventie tot nazorg

De VvAA zorgconsulent helpt u persoonlijk verder met informatie over gezondheid, preventie, ziekte en zorg. Daarnaast kunt u bij de Zorgconsulent terecht voor het regelen van een aantal zorgtaken en (wachtlijst)bemiddeling. De Zorgconsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 8.30 en 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 668 96 67 of via zorgconsulent@vvaazorgverzekering.nl.

De Zorgconsulent ondersteunt u

De Zorgconsulent ondersteunt u met onderstaande diensten.

Informatie, voorlichting en/of advies over:

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

Het regelen van:

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

Bemiddeling:

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

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

eHealth

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

Taxivervoer

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

Artsen Alarm Service

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

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

Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval

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

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

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

VvAA

zorgverzekering Start

Inhoudsopgave

VvAA zorgverzekering Start

Deel B Omvang dekking	
Artikel 1 Geboortezorg	71
Kraampakket	71
Artikel 2 Bewegzorg	71
lid 1 Fysiotherapie en oefentherapie	72
lid 2 Sportarts	72
Artikel 3 Farmaceutische zorg	72
Artikel 4 Alternatieve geneeswijzen	72
Artikel 5 Vaccinaties	72
Artikel 6 Overige hulpmiddelen	72
lid 1 Elleboogkrukken	72
lid 2 Plaswekker	73
lid 3 Steunpessarium	73
lid 4 Steunzolen	73
Artikel 7 Overige behandelingen en therapieën	73
lid 1 Acnebehandeling	73
lid 2 Camouflagetherapie	73
lid 3 Elektrische epilatie of laserbehandeling	73
lid 4 Aanvullende diagnostiek bij borstkanker	73
lid 5 Oedeem- en litteken therapie	73
lid 6 Podotherapie	73
lid 7 Psoriasisdagbehandeling	74
lid 8 Stottertherapie	74
lid 9 Circumcisie (besnijdenis)	74
Artikel 8 Verblijfkosten	74
lid 1 Verblijf in een logeershuis	74
lid 2 Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren	74
Artikel 9 Ziekenvervoer	74
Artikel 10 Preventieve zorg	74
lid 1 Gezondheidscheck-up	74
lid 2 Preventie cursussen	74
Artikel 11 Buitenland	75
lid 1 Onvoorziene behandelingen	75
lid 2 Voorziene behandelingen	75
lid 3 Wisselkoers	75
lid 4 Artsen Alarm Service (AAS)	75
lid 5 Repatriëring	76
lid 6 Medische gegevens	76
Deel C Zorgdiensten	
VvAA zorgconsulent: van preventie tot nazorg	77
De Zorgconsulent ondersteunt u	77
eHealth	77
Kraamzorg	77
Taxivervoer	77
Artsen Alarm Service	78
Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval	78

Deel B Omvang Dekking

VvAA zorgverzekering Start

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

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

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal:

1. het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of
2. als er geen Wmg-tarief bestaat, een marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat de zorgverzekeraar: het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgaanbieders in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is. Vergoeding vindt alleen plaats als sprake is van medische noodzaak. Als meer personen op één verzekering verzekerd zijn, gelden de (maximale) vergoedingen per verzekerde, tenzij anders is aangegeven.

Artikel 1 **Geboortezorg**

Kraampakket

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

Artikel 2 **Beweegzorg**

lid 1

Fysiotherapie en oefentherapie

De zorgverzekeraar vergoedt tot tezamen maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar de kosten van behandeling door:

- een fysiotherapeut (ook online via HelloFysio.nl);
- een kinderfysiotherapeut;
- een manueel therapeut;
- een oefentherapeut Mensendieck;
- een oefentherapeut Cesar;
- een bekkenfysiotherapeut;
- een oedeemfysiotherapeut;
- een geriatriefysiotherapeut;
- een psychosomatisch fysiotherapeut.

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

Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet, en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden?

Op www.vvaa.nl/zorgverzekering vindt u meer informatie over de verschillende kwaliteitsregisters voor paramedici. Voor meer informatie kunt ook contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

lid 2

Sportarts

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

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

Artikel 3 Farmaceutische zorg

- lid 1 De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 100,- per kalenderjaar de kosten van:
- geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
 - de terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel en het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel bij geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
 - de eigen bijdragen voor geneesmiddelen volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
 - verbandmiddelen, als deze worden gebruikt voor het bedekken of verbinden van huidaandoeningen of wonden onder verantwoordelijkheid van de behandelend arts en niet worden vergoed volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering.
- De genees- en verbandmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. De geneesmiddelen moeten geleverd zijn door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.
- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van:
- andere farmaceutische zorgdiensten dan de terhandstelling van receptplichtige geneesmiddelen en het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel;
 - middelen die geregistreerd staan als niet-geneesmiddel;
 - homeopathische of antroposofische geneesmiddelen;
 - vaccinaties en preventieve middelen anders dan omschreven in artikel 5;
 - zelfzorggeneesmiddelen die niet worden vergoed volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
 - anticonceptiemiddelen (middelen ter voorkoming van een zwangerschap), tenzij sprake is van een medische noodzaak;
 - geneesmiddelen die gebruikt worden bij de behandeling voor fertiliteit.
- lid 3 De zorgverzekeraar kan bepalen dat alleen door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddelen worden vergoed als het gaat om onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen. Als behandeling met het aangewezen geneesmiddel echter niet medisch verantwoord is, vergoedt de zorgverzekeraar een ander geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

Artikel 4 Alternatieve geneeswijzen

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

Artikel 5 Vaccinaties

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

Artikel 6 Overige hulpmiddelen

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

- lid 1 **Elleboogkrukken**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van aanschaf of huur van elleboogkrukken op voorschrift van de behandelend arts. De vergoeding bedraagt maximaal € 50,- per kalenderjaar.

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

Artikel 7 Overige behandelingen en therapieën

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

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

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten alleen als de aandoening leidt tot ernstige beperkingen in elementaire bewegingsvaardigheden, de persoonlijke verzorging of de mobiliteit of een negatief effect heeft op het dagelijks functioneren.
- lid 6 **Podotherapie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg door een podotherapeut of podoloog. Daarbij vergoedt de zorgverzekeraar ook de vervaardigde podotherapeutische zolen, orthesen en nagelbeugels. Als sprake is van diabetische voetzorg geldt dat bij u een zorgprofiel 1 is vastgesteld. De vergoeding bedraagt maximaal € 150,- per kalenderjaar.

- lid 7 **Psoriasisdagbehandeling**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling in een psoriasisdagbehandelingscentrum tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. De behandeling vindt plaats op voorschrift van de behandelend arts.
- lid 8 **Stottertherapie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van stottertherapie bij een instituut voor stottertherapie. De vergoeding bedraagt maximaal € 350,- voor de gehele looptijd van de verzekering.
- lid 9 **Circumcisie (besnijdenis)**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van circumcisie. Een medisch specialist verleent de zorg en de zorgverzekeraar heeft vooraf toestemming gegeven. De kosten van besnijdenis op religieuze gronden worden niet vergoed.

Artikel 8 **Verblijfkosten**

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

Artikel 9 **Ziekenvervoer**

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

Artikel 10 **Preventieve zorg**

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

Artikel 11 **Buitenland**

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

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

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

lid 1 **Onvoorziene behandelingen**

Bij acute ziekte of een ongeval tijdens verblijf in een EU-/EER- of verdragsland vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van:

- zorg die volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering voor eigen rekening blijven, uitsluitend door overschrijding van het bedrag dat zou zijn vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit;
- zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedrag;
- niet in Nederland geregistreerde geneesmiddelen en van middelen die in Nederland geregistreerd staan als niet-geneesmiddel tot maximaal € 50,- per kalenderjaar.

Bij acute ziekte of een ongeval tijdens verblijf buiten een EU-/EER- of verdragsland vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van:

- zorg die volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering voor eigen rekening blijven, uitsluitend door overschrijding van het bedrag dat zou zijn vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal tweemaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit;
- zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal tweemaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag;
- niet in Nederland geregistreerde geneesmiddelen en van middelen die in Nederland geregistreerd staan als niet-geneesmiddel tot maximaal € 50,- per kalenderjaar.

lid 2 **Voorziene behandelingen**

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten:

- van medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 6 van deel B van de zorgverzekering Basis, als de zorg is verleend in een door de zorgverzekeraar erkend ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit. Het overzicht van door de zorgverzekeraar erkende ziekenhuizen kan tussentijds wijzigen. Het actuele overzicht kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering;
- die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt. De vergoeding is beperkt tot maximaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag.

lid 3 **Wisselkoers**

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

lid 4 **Artsen Alarm Service (AAS)**

Als u door acute ziekte of een ongeval bij tijdelijk verblijf in het buitenland in een ziekenhuis wordt opgenomen, bent u verplicht direct contact op te (laten) nemen met de Artsen Alarm Service. Hierbij dient u het relatienummer en de naam van de verzekerde op te geven. Daarnaast kunt u contact opnemen voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties.

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

lid 5

Repatriëring

Bij ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bij tijdelijk verblijf in het buitenland bestaat aanspraak op medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland met de voorgeschreven medische begeleiding. De Artsen Alarm Service organiseert de repatriëring.

Bij de noodzaak tot repatriëring bent u verplicht om direct hulp van de Artsen Alarm Service in te (laten) roepen. Hierbij dient u het relatienummer en de naam van de verzekerde op te geven.

lid 6

Medische gegevens

U geeft – voor zover nodig – toestemming aan de medisch adviseur van de Artsen Alarm Service om bepaalde gegevens over te dragen aan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar. Dit betreft gegevens over de reden en achtergrond van de ziekenhuisopname of de repatriëring.

Deel C Zorgdiensten

VvAA zorgverzekering Start

VvAA zorgconsulent: van preventie tot nazorg

De VvAA zorgconsulent helpt u persoonlijk verder met informatie over gezondheid, preventie, ziekte en zorg. Daarnaast kunt u bij de Zorgconsulent terecht voor het regelen van een aantal zorgtaken en (wachtlijst)bemiddeling. De Zorgconsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 8.30 en 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 668 96 67 of via zorgconsulent@vvaazorgverzekering.nl.

De Zorgconsulent ondersteunt u

De Zorgconsulent ondersteunt u met onderstaande diensten.

Informatie, voorlichting en/of advies over:

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

Het regelen van:

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

Bemiddeling:

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

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

eHealth

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

Kraamzorg

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

Taxivervoer

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

Artsen Alarm Service

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

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

Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval

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

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

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

VvAA

zorgverzekering Plus

Inhoudsopgave

VvAA zorgverzekering Plus

Deel B Omvang dekking		
Artikel 1	Geboortezorg	81
	lid 1 Bevalling en kraamzorg	81
	lid 2 Kraampakket	81
	lid 3 Lactatiekundige	81
	lid 4 Zorg bij adoptie	81
Artikel 2	Beweegzorg	82
	lid 1 Fysiotherapie en oefentherapie	82
	lid 2 Overige therapieën voor houding en beweging	82
	lid 3 Beweegprogramma's	82
Artikel 3	Farmaceutische zorg	83
Artikel 4	Alternatieve geneeswijzen	83
Artikel 5	Vaccinaties	83
Artikel 6	Vervangende mantelzorg	84
Artikel 7	Hulpmiddelen zorgverzekering Basis	84
Artikel 8	Overige hulpmiddelen	84
	lid 1 Elleboogkrukken	84
	lid 2 Hulpmiddelen voor anticonceptie	84
	lid 3 Plaswekker	84
	lid 4 Steunpessarium	84
	lid 5 Steunzolen	84
Artikel 9	Overige behandelingen en therapieën	84
	lid 1 Acnebehandeling	84
	lid 2 Camouflagetherapie	85
	lid 3 Diëtist	85
	lid 4 Elektrische epilatie of laserbehandeling	85
	lid 5 Aanvullende diagnostiek bij borstkanker	85
	lid 6 Oedeem- en littekentherapie	85
	lid 7 Orthoptie	85
	lid 8 Overgangsconsulente	85
	lid 9 Pedicure	85
	lid 10 Podothepie	85
	lid 11 Psoriasisdagbehandeling	85
	lid 12 Sterilisatie	86
	lid 13 Stottertherapie	86
	lid 14 Circumcisie (besnijdenis)	86
Artikel 10	Verblijfkosten	86
	lid 1 Verblijf in een logeershuis	86
	lid 2 Therapeutisch kamp voor jongeren	86
Artikel 11	Ziekenvervoer	86
Artikel 12	Reiskosten ziekenbezoek	86
Artikel 13	Orthodontie	87
Artikel 14	Preventieve zorg	87
	lid 1 Gezondheidscheck-up	87
	lid 2 Griepvaccinatie	87
	lid 3 Preventiecurussen	87
Artikel 15	Buitenland	87
	lid 1 Onvoorziene behandelingen	87
	lid 2 Voorziene behandelingen	88
	lid 3 Wisselkoers	88
	lid 4 Artsen Alarm Service (AAS)	88
	lid 5 Repatriëring	88
	lid 6 Medische gegevens	88
	lid 7 Telefoonkosten	88
Deel C Zorgdiensten		
VvAA zorgconsulent: van preventie tot nazorg		89
De Zorgconsulent ondersteunt u		89
eHealth		89
Kraamzorg		89
Taxivervoer		89
Artsen Alarm Service		90
Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval		90

Deel B Omvang Dekking

VvAA zorgverzekering Plus

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

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

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal:

1. het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of
 2. als er geen Wmg-tarief bestaat, een marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat de zorgverzekeraar: het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgaanbieders in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.
- Vergoeding vindt alleen plaats als sprake is van medische noodzaak. Als meer personen op één verzekering verzekerd zijn, gelden de (maximale) vergoedingen per verzekerde, tenzij anders is aangegeven.

Artikel 1 **Geboortezorg**

lid 1

Bevalling en kraamzorg

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

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

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

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

lid 2

Kraampakket

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

lid 3

Lactatiekundige

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

lid 4

Zorg bij adoptie

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

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

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

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

Artikel 2 **Beweegezorg**

lid 1 **Fysiotherapie en oefentherapie**

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

- een fysiotherapeut (ook online via HelloFysio.nl);
- een kinderfysiotherapeut;
- een manueel therapeut;
- een oefentherapeut Mensendieck;
- een oefentherapeut Cesar;
- een bekkenfysiotherapeut;
- een oedeemfysiotherapeut;
- een geriatriefysiotherapeut;
- een psychosomatisch fysiotherapeut.

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

Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet, en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden?

Op www.vvaa.nl/zorgverzekering vindt u meer informatie over de verschillende kwaliteitsregisters voor paramedici. Voor meer informatie kunt ook contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

lid 2 **Overige therapieën voor houding en beweging**

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

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

lid 3 **Beweeprogramma's**

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

- een beweegprogramma dat voldoet aan de KNGF-standaarden beweeginterventies en dat is voorgeschreven door de behandelend arts. Het beweegprogramma is gericht op genezing en herstel, het voorkomen van verdere klachten of bevordering van de gezondheid bij chronische ziekte;
- het revalidatieprogramma *Herstel & Balans*, gericht op het verminderen van en leren omgaan met (rest)klachten door kanker. Het programma is voorgeschreven door de behandelend arts en wordt uitgevoerd door een instelling met een licentie van de Stichting Herstel & Balans;
- een beweegprogramma op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uit de verwijzing moet blijken dat sprake is van:
 1. een BMI van minimaal 30 kg/m² (obesitas), of
 2. een BMI van 25-30 kg/m² (overgewicht) in combinatie met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, een verhoogd risico op diabetes mellitus type II of een manifeste ziekte die samenhangt met het overgewicht.

Het beweegprogramma wordt gegeven door een fysiotherapeut, een oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck of een thuiszorgorganisatie. Het beweegprogramma is gericht op het beïnvloeden van het beweeggedrag en het ontwikkelen van een actieve en gezonde leefstijl, zodanig dat u na 3 á 4 maanden kunt doorstromen naar het reguliere sportaanbod. Het beweegprogramma kan onderdeel uitmaken van een gecombineerde leefstijlinterventie, waarvan andere componenten, zoals diëtetiek en gedragsverandering, geheel of gedeeltelijk volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering worden vergoed. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

Artikel 3 **Farmaceutische zorg**

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

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

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

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

- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van:
- andere farmaceutische zorgdiensten dan de terhandstelling van receptplichtige geneesmiddelen en het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel;
 - middelen die geregistreerd staan als niet-geneesmiddel;
 - homeopathische of antroposofische geneesmiddelen;
 - zelfzorggeneesmiddelen die niet worden vergoed volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
 - geneesmiddelen die gebruikt worden bij de behandeling voor fertiliteit.

- lid 3 De zorgverzekeraar kan bepalen dat alleen door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddelen worden vergoed als het gaat om onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen. Als behandeling met het aangewezen geneesmiddel echter niet medisch verantwoord is, vergoedt de zorgverzekeraar een ander geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

Artikel 4 **Alternatieve geneeswijzen**

- lid 1 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een consult bij of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent of een acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 27,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag en maximaal 20 consulten/behandelingen per kalenderjaar.

De acupuncturist moet volwaardig lid zijn van een door de zorgverzekeraar erkende beroepsorganisatie. Een overzicht van deze beroepsorganisaties kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van met de behandeling samenhangend (laboratorium) onderzoek, ook niet als dat is voorgeschreven door de in lid 1 bedoelde arts of acupuncturist.

Artikel 5 **Vaccinaties**

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

Artikel 6 **Vervangende mantelzorg**

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

Als u chronisch ziek of gehandicapt bent en uw eigen mantelzorgers zijn afwezig om medische redenen of door vakantie, dan regelt en vergoedt de zorgverzekeraar vervangende mantelzorg voor maximaal 8 dagen per kalenderjaar. De Stichting Mantelzorgvervangend Nederland 'Handen-in-Huis' verleent de zorg. Een aanvraag voor de vervangende mantelzorg kunt u indienen bij de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

Artikel 7 **Hulpmiddelen zorgverzekering Basis**

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

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

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

Artikel 8 **Overige hulpmiddelen**

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

lid 1 **Elleboogkrukken**

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

lid 2 **Hulpmiddelen voor anticonceptie**

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

lid 3 **Plaswekker**

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van huur van een plaswekker (inclusief sensorbroekjes) voor een periode van maximaal 3 maanden of de aanschaf van een plaswekker tot maximaal € 85,- voor de gehele looptijd van de verzekering.

lid 4 **Steunpessarium**

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

lid 5 **Steunzolen**

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

Artikel 9 **Overige behandelingen en therapieën**

Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet, en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden?

Op www.vvaa.nl/zorgverzekering vindt u meer informatie over de verschillende kwaliteitsregisters voor paramedici. Voor meer informatie kunt u ook contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

lid 1 **Acnebehandeling**

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

- lid 2 **Camouflagetherapie**
Als sprake is van ernstige huidafwijkingen in het gelaat of de hals, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van instructielessen voor camouflagetherapie en de hiervoor te gebruiken cosmetische producten. Een huidtherapeut of schoonheidsspecialist verleent de zorg, op voorschrift van de huisarts. Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. Op de declaratie moeten de kosten van instructielessen en van cosmetische producten apart vermeld staan. De vergoeding bedraagt maximaal € 500,- per kalenderjaar.
- lid 3 **Diëtist**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van voorlichting en advisering over voeding en eetgewoonten met een medisch doel door een diëtist tot maximaal € 120,- per kalenderjaar.
- De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van:
- dieetpreparaten en voedingsmiddelen;
 - behandeling van overgewicht bij verzekerden van 18 jaar of ouder met een BMI van 25-30 kg/m² zonder co-morbiditeit of (familiaire) risicofactoren. Kosten van deze zorg vergoedt de zorgverzekeraar als preventiecurus (artikel 14, lid 3).
- lid 4 **Elektrische epilatie of laserbehandeling**
Bij overmatige haargroei in het gezicht vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van elektrische epilatie of laserbehandeling. Een medisch specialist, huidtherapeut of schoonheidsspecialist verleent de zorg, op voorschrift van de huisarts. Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. De vergoeding bedraagt maximaal € 500,- voor de gehele looptijd van de verzekering.
- lid 5 **Aanvullende diagnostiek bij borstkanker**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van MammaPrint of van Oncotype DX, op voorschrift van de behandelend medisch specialist verbonden aan een ziekenhuis. MammaPrint en Oncotype DX zijn diagnostische testen voor borstkankerpatiënten, waarmee het risico op uitzaaiingen beter kan worden vastgesteld. Op basis van de uitkomst kan de behandelend medisch specialist beter bepalen welke behandeling na de operatie het meest geschikt is.
- lid 6 **Oedeem- en littekentherapie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de behandeling door een huidtherapeut van:
- ernstig lymfoedeem;
 - ernstig littekenweefsel van de huid.
- De zorgverzekeraar vergoedt de kosten alleen als de aandoening leidt tot ernstige beperkingen in elementaire bewegingsvaardigheden, de persoonlijke verzorging of de mobiliteit of een negatief effect heeft op het dagelijks functioneren.
- lid 7 **Orthoptie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van orthoptische zorg door een orthoptist tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. De zorg moet voorgeschreven zijn door de behandelend huisarts of medisch specialist.
- lid 8 **Overgangsconsulente**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van voorlichting, advies en zorg tijdens de menopauze door een overgangsconsulente tot maximaal € 120,- per kalenderjaar. De overgangsconsulente is aangesloten bij Care for Women of de Vereniging Verpleegkundig OvergangsConsulenten (VOC).
- lid 9 **Pedicure**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van voetzorg door een pedicure bij diabetes mellitus of reumatoïde artritis, en de daarbij geleverde orthesen en nagelbeugels, tot maximaal € 100,- per kalenderjaar. Als sprake is van diabetische voetzorg geldt dat bij u een zorgprofiel 1 is vastgesteld. Op de nota moet de aandoening vermeld staan en als het om diabetische voetzorg gaat, ook het vastgestelde zorgprofiel.
- lid 10 **Podotherapie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg door een podotherapeut of podoloog. Daarbij vergoedt de zorgverzekeraar ook de vervaardigde podotherapeutische zolen, orthesen en nagelbeugels. Als sprake is van diabetische voetzorg geldt dat bij u een zorgprofiel 1 is vastgesteld. De vergoeding bedraagt maximaal € 250,- per kalenderjaar.
- lid 11 **Psoriasisdagbehandeling**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling in een psoriasisdagbehandelingscentrum tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. De behandeling vindt plaats op voorschrift van de behandelend arts.

- lid 12 **Sterilisatie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van sterilisatie. De kosten van het ongedaan maken van een sterilisatie worden niet vergoed.
- lid 13 **Stottertherapie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van stottertherapie bij een instituut voor stottertherapie. De vergoeding bedraagt maximaal € 350,- voor de gehele looptijd van de verzekering.
- lid 14 **Circumcisie (besnijdenis)**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van circumcisie. Een medisch specialist verleent de zorg en de zorgverzekeraar heeft vooraf toestemming gegeven. De kosten van besnijdenis op religieuze gronden worden niet vergoed.

Artikel 10 **Verblijfkosten**

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

Artikel 11 **Ziekenvervoer**

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

De zorgverzekeraar vergoedt:

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

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

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

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

Artikel 12 **Reiskosten ziekenbezoek**

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

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

Artikel 13 Orthodontie

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van orthodontie (gebitsregulatie zoals beugels) door een tandarts of orthodontist. De behandeling moet plaatsvinden voor het bereiken van de 18-jarige leeftijd. De vergoeding bedraagt maximaal € 1.365,- voor de gehele looptijd van de verzekering.

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

Artikel 14 Preventieve zorg

lid 1 Gezondheidscheck-up

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

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

lid 2 Griepvaccinatie

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

lid 3 Preventiecurssussen

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

Artikel 15 Buitenland

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

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

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

lid 1 Onvoorziene behandelingen

Bij acute ziekte of een ongeval tijdens verblijf in een EU-/EER- of verdragsland vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van:

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

- niet in Nederland geregistreerde geneesmiddelen en van middelen die in Nederland geregistreerd staan als niet-geneesmiddel tot maximaal € 75,- per kalenderjaar.

Bij acute ziekte of een ongeval tijdens verblijf buiten een EU-/EER- of verdragsland vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van:

- zorg die volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering voor eigen rekening blijven, uitsluitend door overschrijding van het bedrag dat zou zijn vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal tweemaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit;
- zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal tweemaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag;
- niet in Nederland geregistreerde geneesmiddelen en van middelen die in Nederland geregistreerd staan als niet-geneesmiddel tot maximaal € 75,- per kalenderjaar.

lid 2

Voorziene behandelingen

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten:

- van medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 6 van deel B van de zorgverzekering Basis, als de zorg is verleend in een door de zorgverzekeraar erkend ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit. Het overzicht van door de zorgverzekeraar erkende ziekenhuizen kan tussentijds wijzigen. Het meest actuele overzicht kunt u aanvragen bij het Vvaa service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering;
- van ziekenvervoer als vervoer plaatsvindt voor een behandeling die gedekt is volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering. Deze behandeling vindt plaats in een ziekenhuis gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De zorgverzekeraar vergoedt het vervoer vanaf uw woonadres in Nederland naar het ziekenhuis. De zorgverzekeraar vergoedt taxivervoer of € 0,27 per kilometer bij gebruik van de auto. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet. Als u gebruik wilt maken van taxivervoer kan de zorgverzekeraar het taxivervoer voor u regelen. Meer informatie vindt u in deel C (Zorgdiensten). Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed;
- die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt. De vergoeding is beperkt tot maximaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag.

lid 3

Wisselkoers

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

lid 4

Artsen Alarm Service (AAS)

Als u door acute ziekte of een ongeval bij tijdelijk verblijf in het buitenland in een ziekenhuis wordt opgenomen, bent u verplicht direct contact op te (laten) nemen met de Artsen Alarm Service. Hierbij dient u het relatienummer en de naam van de verzekerde op te geven. Daarnaast kunt u contact opnemen voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties.

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

lid 5

Repatriëring

Bij ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bij tijdelijk verblijf in het buitenland bestaat aanspraak op medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland met de voorgeschreven medische begeleiding. Bij overlijden vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van repatriëring van het stoffelijk overschot naar Nederland. De Artsen Alarm Service organiseert de repatriëring.

Bij de noodzaak tot repatriëring bent u verplicht om direct hulp van de Artsen Alarm Service in te (laten) roepen. Hierbij dient u het relatienummer en de naam van de verzekerde op te geven.

lid 6

Medische gegevens

U geeft – voor zover nodig – toestemming aan de medisch adviseur van de Artsen Alarm Service om bepaalde gegevens over te dragen aan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar. Dit betreft gegevens over de reden en achtergrond van de ziekenhuisopname of de repatriëring.

lid 7

Telefoonkosten

De zorgverzekeraar vergoedt de telefoonkosten gemaakt vanuit het buitenland naar de Artsen Alarm Service.

Deel C Zorgdiensten

VvAA zorgverzekering Plus

VvAA zorgconsulent: van preventie tot nazorg

De VvAA zorgconsulent helpt u persoonlijk verder met informatie over gezondheid, preventie, ziekte en zorg. Daarnaast kunt u bij de Zorgconsulent terecht voor het regelen van een aantal zorgtaken en (wachttijst)bemiddeling. De Zorgconsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 8.30 en 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 668 96 67 of via zorgconsulent@vvaazorgverzekering.nl.

De Zorgconsulent ondersteunt u

De Zorgconsulent ondersteunt u met onderstaande diensten.

Informatie, voorlichting en/of advies over:

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

Het regelen van:

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

Bemiddeling:

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

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

eHealth

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

Kraamzorg

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

Taxivervoer

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

Artsen Alarm Service

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

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

Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval

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

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

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

VvAA

zorgverzekering Optimaal

Inhoudsopgave

VvAA zorgverzekering Optimaal

Deel B Omvang dekking

Artikel 1	Geboortezorg	94	
	lid 1	Bevalling en kraamzorg	94
	lid 2	Kraampakket	94
	lid 3	Lactatiekundige	94
	lid 4	Bevalling-tens	94
	lid 5	Zorg bij adoptie	95
Artikel 2	Beweegzorg	95	
	lid 1	Fysiotherapie en oefentherapie	95
	lid 2	Overige therapieën voor houding en beweging	95
	lid 3	Beweegprogramma's	95
Artikel 3	Generalistische Basis GGZ	96	
Artikel 4	Farmaceutische zorg	96	
Artikel 5	Alternatieve geneeswijzen	97	
Artikel 6	Vaccinaties	97	
Artikel 7	Huishoudelijke hulp	97	
Artikel 8	Vervangende mantelzorg	98	
Artikel 9	Hulpmiddelen zorgverzekering Basis	98	
Artikel 10	Overige hulpmiddelen	98	
	lid 1	Brilleglazen, (contact)lenzen of ooglaserverbinding	98
	lid 2	Hulpmiddelen voor anticonceptie	98
	lid 3	Loophulpmiddelen	98
	lid 4	Plaswekker	98
	lid 5	Steunpessarium	98
	lid 6	Steunzolen	98
Artikel 11	Overige behandelingen en therapieën	99	
	lid 1	Acnebehandeling	99
	lid 2	Camouflagetherapie	99
	lid 3	Diëtist	99
	lid 4	Elektrische epilatie of laserbehandeling	99
	lid 5	Aanvullende diagnostiek bij borstkanker	99
	lid 6	Oedeem- en littekentherapie	99
	lid 7	Orthoptie	99
	lid 8	Overgangsconsulente	99
	lid 9	Pedicure	100
	lid 10	Plastische chirurgie	100
	lid 11	Podotherapie	100
	lid 12	Psoriasisdagbehandeling	100
	lid 13	Sterilisatie	100
	lid 14	Stottertherapie	100
	lid 15	Circumcisie (besnijdenis)	100
Artikel 12	Verblijfkosten	100	
	lid 1	Verblijf in een logeerkamer	100
	lid 2	Verblijf in een hospice	100
	lid 3	Therapeutisch kamp voor jongeren	101
Artikel 13	Ziekenvervoer	101	
Artikel 14	Reiskosten ziekenbezoek	101	
Artikel 15	Mondzorg	101	
Artikel 16	Preventieve zorg	102	
	lid 1	Gezondheidscheck-up	102
	lid 2	Griepvaccinatie	102
	lid 3	Lidmaatschap patiëntenvereniging	102
	lid 4	Preventiecurussen	102
	lid 5	Preventief medisch onderzoek	102
	lid 6	Programma's voor stoppen met roken	102
Artikel 17	Buitenland	102	
	lid 1	Onvoorziene behandelingen	103
	lid 2	Voorziene behandelingen	103
	lid 3	Wisselkoers	103
	lid 4	Artsen Alarm Service (AAS)	102
	lid 5	Repatriëring	103
	lid 6	Medische gegevens	103
	lid 7	Telefoonkosten	103

Deel C Zorgdiensten

VvAA zorgconsulent: van preventie tot nazorg	104
De Zorgconsulent ondersteunt u	104
eHealth	104
Kraamzorg	104
Taxivervoer	104
Artsen Alarm Service	105
Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval	105

Deel B Omvang Dekking

VvAA zorgverzekering Optimaal

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

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

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal:

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

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

Artikel 1 **Geboortezorg**

lid 1

Bevalling en kraamzorg

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

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

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

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

lid 2

Kraampakket

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

lid 3

Lactatiekundige

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van maximaal 4 consulten bij een lactatiekundige.

lid 4

Bevalling-tens

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van huur van een bevalling-tens voor maximaal 6 weken. Een bevalling-tens is een apparaat dat wordt gebruikt voor pijnverlichting bij de bevalling. De VvAA zorgconsulent biedt op verzoek ondersteuning bij het regelen ervan (zie deel C).

lid 5

Zorg bij adoptie

Bij adoptie van een kind jonger dan 12 maanden vergoedt de zorgverzekeraar de volgende kosten tezamen tot maximaal € 400,-:

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

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

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

Artikel 2 **Beweegzorg**

lid 1

Fysiotherapie en oefentherapie

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

- een fysiotherapeut (ook online via HelloFysio.nl);
- een kinderfysiotherapeut;
- een manueel therapeut, waarvan maximaal 18 behandelingen manuele therapie;
- een oefentherapeut Mensendieck;
- een oefentherapeut Cesar;
- een bekkenfysiotherapeut;
- een oedeemfysiotherapeut;
- een geriatriefysiotherapeut;
- een psychosomatisch fysiotherapeut.

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

Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet, en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden?

Op www.vvaa.nl/zorgverzekering vindt u meer informatie over de verschillende kwaliteitsregisters voor paramedici. Voor meer informatie kunt ook contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

lid 2

Overige therapieën voor houding en beweging

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

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

lid 3

Beweegprogramma's

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

- een beweegprogramma dat voldoet aan de KNGF-standaarden beweeginterventies en dat is voorgeschreven door de behandelend arts. Het beweegprogramma is gericht op genezing en herstel, het voorkomen van verdere klachten of bevordering van de gezondheid bij chronische ziekte;
- het revalidatieprogramma *Herstel & Balans*, gericht op het verminderen van en leren omgaan met (rest)klachten door kanker. Het programma is voorgeschreven door de behandelend arts en wordt uitgevoerd door een instelling met een licentie van de Stichting Herstel & Balans;
- een beweegprogramma volgens de methode van *CytoFys*, *OncoMove* of *Sportplan Tegenkracht* tijdens een chemotherapiebehandeling. Het beweegprogramma is voorgeschreven door de behandelend arts en een fysiotherapeut of Sport Medisch Adviescentrum verzorgt de begeleiding;

- een bewegprogramma op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uit de verwijzing moet blijken dat sprake is van:
 1. een BMI van minimaal 30 kg/m² (obesitas), of
 2. een BMI van 25-30 kg/m² (overgewicht) in combinatie met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, een verhoogd risico op diabetes mellitus type II of een manifeste ziekte die samenhangt met het overgewicht.

Het bewegprogramma wordt gegeven door een fysiotherapeut, een oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck of een thuiszorgorganisatie. Het bewegprogramma is gericht op het beïnvloeden van het beweggedrag en het ontwikkelen van een actieve en gezonde leefstijl, zodanig dat u na 3 á 4 maanden kunt doorstromen naar het reguliere sportaanbod. Het bewegprogramma kan onderdeel uitmaken van een gecombineerde leefstijlinterventie, waarvan andere componenten, zoals diëtetiek en gedragsverandering, geheel of gedeeltelijk volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering worden vergoed. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

Artikel 3 **Generalistische Basis GGZ**

De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 500,- per kalenderjaar de kosten van Generalistische Basis GGZ bij behandeling van aanpassingsstoornissen of in verband met werk- of relatieproblemen. De hoofdbehandelaar is een BIG-geregistreeerde gezondheidszorgpsycholoog, BIG-geregistreeerde klinisch psycholoog, NIP- of SKJ-geregistreeerde kinder- en jeugdpsycholoog of NVO- of SKJ-geregistreeerde orthopedagoog-generalist.

Voor Generalistische Basis GGZ is een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts of jeugdarts.

De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van verblijf.

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

Artikel 4 **Farmaceutische zorg**

lid 1

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

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

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

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

Voor de vergoeding van:

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

- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van:
- andere farmaceutische zorgdiensten dan de terhandstelling van receptplichtige geneesmiddelen en het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel;
 - middelen die geregistreerd staan als niet-geneesmiddel.
- lid 3 De zorgverzekeraar kan bepalen dat alleen door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddelen worden vergoed als het gaat om onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen. Als behandeling met het aangewezen geneesmiddel echter niet medisch verantwoord is, vergoedt de zorgverzekeraar een ander geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

Artikel 5 Alternatieve geneeswijzen

- lid 1 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een consult bij of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder een arts-acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 85,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag. De zorgverzekeraar vergoedt maximaal € 750,- per kalenderjaar voor alle consulten en behandelingen tezamen.
- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een consult bij of behandeling door een behandelaar die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder een acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 65,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag. De zorgverzekeraar vergoedt maximaal € 250,- per kalenderjaar voor alle consulten en behandelingen tezamen.
- De behandelaar moet volwaardig lid zijn van een door de zorgverzekeraar erkende beroepsorganisatie. Een overzicht van deze beroepsorganisaties kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.
- lid 3 De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 250,- per kalenderjaar de kosten van:
- geregistreerde homeopathische of antroposofische geneesmiddelen. De homeopathische of antroposofische geneesmiddelen zijn voorgeschreven door de behandelend arts of behandelaar en geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts;
 - met de behandeling samenhangend (laboratorium)onderzoek, voorgeschreven door de in lid 1 en 2 bedoelde arts of behandelaar.

Artikel 6 Vaccinaties

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

Artikel 7 Huishoudelijke hulp

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

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

- u 18 jaar of ouder bent,
- de hulp direct aansluit op een ziekenhuisopname van minimaal 4 dagen,
- de hulp zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk op de dag van ontslag is aangevraagd bij de VvAA zorgconsulent (zie deel C), en
- de VvAA zorgconsulent de huishoudelijke hulp regelt.

De eigen bijdragen volgens de Wmo 2015 worden niet vergoed.

Artikel 8 **Vervangende mantelzorg**

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

Als u chronisch ziek of gehandicapt bent en uw eigen mantelzorgers zijn afwezig om medische redenen of door vakantie, dan regelt en vergoedt de zorgverzekeraar vervangende mantelzorg voor maximaal acht dagen per kalenderjaar. De Stichting Mantelzorgvervangend Nederland 'Handen-in-Huis' verleent de zorg. Een aanvraag voor de vervangende mantelzorg kunt u indienen bij de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

Artikel 9 **Hulpmiddelen zorgverzekering Basis**

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

- de wettelijke eigen bijdragen;
- de kosten van een pruik die voor eigen rekening blijven doordat de maximale vergoeding van de zorgverzekering Basis wordt overschreden met een maximum van € 150,- per kalenderjaar.

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

Artikel 10 **Overige hulpmiddelen**

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

- lid 1 **Brillenglazen, (contact)lenzen of ooglaserverhandeling**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van versterkende/corrigerende brillenglazen inclusief montuur, versterkende/corrigerende contactlenzen, geïmplanteerde lenzen met visuscorrigerende werking en ooglaserverhandeling tezamen tot maximaal € 150,- per kalenderjaar.
- lid 2 **Hulpmiddelen voor anticonceptie**
Als u 21 jaar of ouder bent, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van pessaria en koperhoudende spiraaltjes voor anticonceptionele doeleinden.
- lid 3 **Loophulpmiddelen**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van aanschaf of huur van:
- elleboogkrukken;
 - loophulpen met 3 of 4 poten;
 - looprekken;
 - rollators;
 - serveerwagens.
- De hulpmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend huisarts of medisch specialist.
- De vergoeding voor alle loophulpmiddelen tezamen bedraagt maximaal € 100,- per kalenderjaar.
- lid 4 **Plaswekker**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van huur van een plaswekker (inclusief sensorbroekjes) voor een periode van maximaal 3 maanden of de aanschaf van een plaswekker tot maximaal € 85,- voor de gehele looptijd van de verzekering.
- lid 5 **Steunpessarium**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een steunpessarium bij behandeling door een huisarts.
- lid 6 **Steunzolen**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts. Een orthopedisch schoentechnicus levert de steunzolen.

Artikel 11 Overige behandelingen en therapieën

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

lid 1 Acnebehandeling

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

lid 2 Camouflagetherapie

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

lid 3 Diëtist

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

De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van:

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

lid 4 Elektrische epilatie of laserbehandeling

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

lid 5 Aanvullende diagnostiek bij borstkanker

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

lid 6 Oedeem- en littekentherapie

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

- ernstig lymfoedeem;
- ernstig littekenweefsel van de huid.

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

lid 7 Orthoptie

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

lid 8 Overgangsconsulente

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

- lid 9 **Pedicure**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van voetzorg door een pedicure bij diabetes mellitus of reumatoïde artritis, en de daarbij geleverde orthesen en nagelbeugels, tot maximaal € 200,- per kalenderjaar. Als sprake is van diabetische voetzorg geldt dat bij u een zorgprofiel 1 is vastgesteld. Op de nota moet de aandoening vermeld staan en als het om diabetische voetzorg gaat, ook het vastgestelde zorgprofiel.
- lid 10 **Plastische chirurgie**
Als de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft gegeven, vergoedt zij de kosten van:
- het corrigeren van standsafwijkingen van de oren (flaporen) bij kinderen tot 18 jaar;
 - de volgende behandelingen bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis:
 1. correctie van bovenoogleden;
 2. correctie van de buikwand (vetschortoperatie);
 3. het operatief vervangen van borstprothesen.
- De vergoedingsregeling kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.
- lid 11 **Podotherapie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg door een podotherapeut of podoloog. Daarbij vergoedt de zorgverzekeraar ook de vervaardigde podotherapeutische zolen, orthesen en nagelbeugels. Als sprake is van diabetische voetzorg geldt dat bij u een zorgprofiel 1 is vastgesteld.
- lid 12 **Psoriasisdagbehandeling**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling in een psoriasisdagbehandelingscentrum tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. De behandeling vindt plaats op voorschrift van de behandelend arts.
- lid 13 **Sterilisatie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van sterilisatie. De kosten van het ongedaan maken van een sterilisatie worden niet vergoed.
- lid 14 **Stottertherapie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van stottertherapie bij een instituut voor stottertherapie. De vergoeding bedraagt maximaal € 500,- voor de gehele looptijd van de verzekering.
- lid 15 **Circumcisie (besnijdenis)**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van circumcisie. Een medisch specialist verleent de zorg en de zorgverzekeraar heeft vooraf toestemming gegeven. De kosten van besnijdenis op religieuze gronden worden niet vergoed.

Artikel 12 **Verblijfkosten**

- lid 1 **Verblijf in een logeerhuis**
- Als u jonger bent dan 18 jaar en wordt behandeld in een ziekenhuis, vergoedt de zorgverzekeraar de eigen bijdrage voor verblijf van uw meeverzekerde ouder(s) in een Ronald McDonald Huis of in een aan het ziekenhuis verbonden logeerhuis. De vergoeding bedraagt maximaal € 12,50 per dag met een maximum van € 260,- per kalenderjaar.
 - Als u 18 jaar of ouder bent en bent opgenomen in een ziekenhuis, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van verblijf van uw meeverzekerde gezinslid in een aan het ziekenhuis verbonden logeerhuis gedurende de periode van uw opname. De vergoeding bedraagt maximaal € 25,- per dag.
- lid 2 **Verblijf in een hospice**
De zorgverzekeraar vergoedt de eigen bijdrage voor verblijf in een hospice of bijna-thuis-huis gedurende maximaal drie maanden, als het verblijf is geïndiceerd door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de huisarts of de behandelend medisch specialist. De vergoeding bedraagt maximaal € 25,- per dag.
- De zorgverzekeraar vergoedt niet de inkomensafhankelijke eigen bijdrage die u verschuldigd bent op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo).

lid 3

Therapeutisch kamp voor jongeren

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

Artikel 13 **Ziekenvervoer**

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

De zorgverzekeraar vergoedt:

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

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

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

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

Artikel 14 **Reiskosten ziekenbezoek**

Als uw gezinslid in een ziekenhuis in Nederland of in een ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens is opgenomen, vergoedt de zorgverzekeraar vanaf de 8^e opnamedag de reiskosten voor een bezoek aan dit opgenomen gezinslid. Het moet hierbij gaan om een aaneengesloten opnameperiode. De zorgverzekeraar vergoedt € 0,27 per kilometer vanaf uw woonadres in Nederland naar het ziekenhuis. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet. De vergoeding bedraagt maximaal € 250,- per kalenderjaar. Zowel u als het opgenomen gezinslid moeten verzekerd zijn bij de zorgverzekeraar.

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

Artikel 15 **Mondzorg**

lid 1

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

lid 2

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

lid 3

De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van:

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

Artikel 16 Preventieve zorg

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

Artikel 17 Buitenland

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

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

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

lid 1

Onvoorziene behandelingen

Bij acute ziekte of een ongeval tijdens verblijf in het buitenland vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van:

- zorg die volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering voor eigen rekening blijven, uitsluitend door overschrijding van het bedrag dat zou zijn vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit;
- zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedrag;
- niet in Nederland geregistreerde geneesmiddelen en van middelen die in Nederland geregistreerd staan als niet-geneesmiddel tot maximaal € 150,- per kalenderjaar.

lid 2

Voorziene behandelingen

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten:

- van medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 6 van deel B van de zorgverzekering Basis, als de zorg is verleend in een door de zorgverzekeraar erkend ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit. Het overzicht van door de zorgverzekeraar erkende ziekenhuizen kan tussentijds wijzigen. Het actuele overzicht kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering;
- van ziekenvervoer als vervoer plaatsvindt voor een behandeling die gedekt is volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering. Deze behandeling vindt plaats in een ziekenhuis gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De zorgverzekeraar vergoedt het vervoer vanaf uw woonadres in Nederland naar het ziekenhuis. De zorgverzekeraar vergoedt taxivervoer of € 0,27 per kilometer bij gebruik van de auto. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet. Als u gebruik wilt maken van taxivervoer kan de zorgverzekeraar het taxivervoer voor u regelen. Meer informatie vindt u in deel C (Zorgdiensten). Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed;
- die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt. De vergoeding is beperkt tot maximaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag.

lid 3

Wisselkoers

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

lid 4

Artsen Alarm Service (AAS)

Als u door acute ziekte of een ongeval bij tijdelijk verblijf in het buitenland in een ziekenhuis wordt opgenomen, bent u verplicht direct contact op te (laten) nemen met de Artsen Alarm Service. Hierbij dient u het relatienummer en de naam van de verzekerde op te geven. Daarnaast kunt u contact opnemen voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties.

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

lid 5

Repatriëring

Bij ernstige ziekte of ernstig ongevallletsel bij tijdelijk verblijf in het buitenland bestaat aanspraak op medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland met de voorgeschreven medische begeleiding. Bij overlijden vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van repatriëring van het stoffelijk overschot naar Nederland. De Artsen Alarm Service organiseert de repatriëring.

Bij de noodzaak tot repatriëring bent u verplicht om direct hulp van de Artsen Alarm Service in te (laten) roepen. Hierbij dient u het relatienummer en de naam van de verzekerde op te geven.

lid 6

Medische gegevens

U geeft – voor zover nodig – toestemming aan de medisch adviseur van de Artsen Alarm Service om bepaalde gegevens over te dragen aan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar. Dit betreft gegevens over de reden en achtergrond van de ziekenhuisopname of de repatriëring.

lid 7

Telefoonkosten

De zorgverzekeraar vergoedt de telefoonkosten gemaakt vanuit het buitenland naar de Artsen Alarm Service.

Deel C Zorgdiensten

VvAA zorgverzekering Optimaal

VvAA zorgconsulent: van preventie tot nazorg

De VvAA zorgconsulent helpt u persoonlijk verder met informatie over gezondheid, preventie, ziekte en zorg. Daarnaast kunt u bij de Zorgconsulent terecht voor het regelen van een aantal zorgtaken en (wachtlijst)bemiddeling. De Zorgconsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 8.30 en 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 668 96 67 of via zorgconsulent@vvaazorgverzekering.nl.

De Zorgconsulent ondersteunt u

De Zorgconsulent ondersteunt u met onderstaande diensten.

Informatie, voorlichting en/of advies over:

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

Het regelen van:

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

Bemiddeling:

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

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

eHealth

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

Kraamzorg

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

Taxivervoer

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

Artsen Alarm Service

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

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

Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval

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

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

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

VvAA

zorgverzekering Top

Inhoudsopgave

VvAA zorgverzekering Top

Deel B Omvang dekking

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

Artikel 18 Buitenland	119
lid 1 Onvoorziene behandelingen	119
lid 2 Voorziene behandelingen	119
lid 3 Wisselkoers	119
Artikel 19 Artsen Alarm Service (AAS)	120
Deel C Zorgdiensten	
VvAA zorgconsulent: van preventie tot nazorg	121
De Zorgconsulent ondersteunt u	121
eHealth	121
Kraamzorg	121
Taxivervoer	122
Artsen Alarm Service	122
Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval	122

Deel B Omvang Dekking

VvAA zorgverzekering Top

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

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

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal:

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

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

Artikel 1 **Geboortezorg**

lid 1

Bevalling en kraamzorg

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

- de eigen bijdrage voor een poliklinische bevalling zonder medische noodzaak volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
- de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
- de kosten van couveusenazorg na thuiskomst van een pasgeborene die minimaal 5 dagen op de couveuseafdeling heeft gelegen of op de couveuseafdeling heeft gelegen tijdens een ziekenhuisopname van minimaal acht dagen. De zorg bestaat uit noodzakelijke ondersteuning, advisering en het geven van instructies over de verzorging van en de omgang met het kind;
- de kosten van uitgestelde of aanvullende kraamzorg.

Er is sprake van uitgestelde kraamzorg als de kraamzorg niet start binnen tien dagen na de geboorte. Deze kraamzorg bestaat altijd uit minder zorguren en -dagen dan de reguliere kraamzorg.

Er is sprake van aanvullende kraamzorg als er medische redenen zijn om meer zorg te leveren dan waarop aanspraak bestaat volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering.

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

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

lid 2

Kraampakket

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

lid 3

Lactatiekundige

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg door een lactatiekundige.

lid 4

Bevalling-tens

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van huur van een bevalling-tens voor maximaal 6 weken.

Een bevalling-tens is een apparaat dat wordt gebruikt voor pijnverlichting bij de bevalling. De VvAA zorgconsulent biedt op verzoek ondersteuning bij het regelen ervan (zie deel C).

lid 5

Zorg bij adoptie

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

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

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

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

Artikel 2 **Beweegzorg**

lid 1

Fysiotherapie en oefentherapie

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling door:

- een fysiotherapeut (ook online via HelloFysio.nl);
- een kinderfysiotherapeut;
- een manueel therapeut, waarvan maximaal 18 behandelingen manuele therapie;
- een oefentherapeut Mensendieck;
- een oefentherapeut Cesar;
- een bekkenfysiotherapeut;
- een oedeemfysiotherapeut;
- een geriatriefysiotherapeut;
- een psychosomatisch fysiotherapeut.

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

Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet, en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden?

Op www.vvaa.nl/zorgverzekering vindt u meer informatie over de verschillende kwaliteitsregisters voor paramedici. Voor meer informatie kunt ook contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

lid 2

Overige therapieën voor houding en beweging

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

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

lid 3

Beweegprogramma's

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

- een beweegprogramma dat voldoet aan de KNGF-standaarden beweeginterventies en dat is voorgeschreven door de behandelend arts. Het beweegprogramma is gericht op genezing en herstel, het voorkomen van verdere klachten of bevordering van de gezondheid bij chronische ziekte;
- het revalidatieprogramma *Herstel & Balans*, gericht op het verminderen van en leren omgaan met (rest)klachten door kanker. Het programma is voorgeschreven door de behandelend arts en wordt uitgevoerd door een instelling met een licentie van de Stichting Herstel & Balans;
- een beweegprogramma volgens de methode van *CytoFys*, *OncoMove* of *Sportplan Tegenkracht* tijdens een chemotherapiebehandeling. Het beweegprogramma is voorgeschreven door de behandelend arts en een fysiotherapeut of Sport Medisch Adviescentrum verzorgt de begeleiding;

- een beweegprogramma op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uit de verwijzing moet blijken dat sprake is van:
 1. een BMI van minimaal 30 kg/m² (obesitas), of
 2. een BMI van 25-30 kg/m² (overgewicht) in combinatie met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, een verhoogd risico op diabetes mellitus type II of een manifeste ziekte die samenhangt met het overgewicht.
 Het beweegprogramma wordt gegeven door een fysiotherapeut, een oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck of een thuiszorgorganisatie. Het beweegprogramma is gericht op het beïnvloeden van het beweeggedrag en het ontwikkelen van een actieve en gezonde leefstijl, zodanig dat u na 3 á 4 maanden kunt doorstromen naar het reguliere sportaanbod. Het beweegprogramma kan onderdeel uitmaken van een gecombineerde leefstijlinterventie, waarvan andere componenten, zoals diëtetiek en gedragsverandering, geheel of gedeeltelijk volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering worden vergoed. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C);
- senioren Fitzwemmen of 50-Fit zwemmen. De zorgverzekeraar vergoedt maximaal € 50,- per kalenderjaar. De training is gericht op senioren en bedoeld als ondersteuning van gezondheid en conditie, lenigheid, spierkracht en coördinatie.

Artikel 3 **Generalistische Basis GGZ**

De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 1.000,- per kalenderjaar de kosten van Generalistische Basis GGZ bij behandeling van aanpassingsstoornissen of in verband met werk- of relatieproblemen. De hoofdbehandelaar is een BIG-geregistreeerde gezondheidszorgpsycholoog, BIG-geregistreeerde klinisch psycholoog, NIP- of SKJ-geregistreeerde kinder- en jeugdpsycholoog of NVO- of SKJ-geregistreeerde orthopedagoog-generalist.

Voor Generalistische Basis GGZ is een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts of jeugdarts.

De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van verblijf.

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

Artikel 4 **Farmaceutische zorg**

lid 1

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

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

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

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

Voor de vergoeding van:

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

lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van:

- andere farmaceutische zorgdiensten dan de terhandstelling van receptplichtige geneesmiddelen en het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel;
- middelen die geregistreerd staan als niet-geneesmiddel.

Artikel 5 Alternatieve geneeswijzen

lid 1 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een consult bij of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder een arts-acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 85,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag. De zorgverzekeraar vergoedt maximaal € 1.000,- per kalenderjaar voor alle consulten en behandelingen tezamen.

lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een consult bij of behandeling door een behandelaar die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder een acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 65,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag. De zorgverzekeraar vergoedt maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle consulten en behandelingen tezamen.

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

lid 3 De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 500,- per kalenderjaar de kosten van:

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

Artikel 6 Vaccinaties

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

Artikel 7 Hulpmiddelen zorgverzekering Basis

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

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

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

Artikel 8 Overige hulpmiddelen

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

lid 1 **Brillenglazen, (contact)lenzen of ooglaserbehandeling**

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van versterkende/corrigerende brillenglazen inclusief montuur, versterkende/corrigerende contactlenzen, geïmplanteerde lenzen met visuscorrigerende werking en ooglaserbehandeling tezamen tot maximaal € 300,- per kalenderjaar.

lid 2 **Hulpmiddelen voor anticonceptie**

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

- lid 3 **Loophulpmiddelen**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van aanschaf of huur van:
- elleboogkrukken;
 - loophulpen met 3 of 4 poten;
 - looprekken;
 - rollators;
 - serveerwagens.
- De hulpmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend huisarts of medisch specialist.
- De vergoeding voor alle loophulpmiddelen tezamen bedraagt maximaal € 100,- per kalenderjaar.
- lid 4 **Plaswekker**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van huur of aanschaf van een plaswekker (inclusief sensorbroekjes).
- lid 5 **Steunpessarium**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een steunpessarium bij behandeling door een huisarts.
- lid 6 **Steunzolen**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts. Een orthopedisch schoentechnicus levert de steunzolen.

Artikel 9 Ziekenvervoer

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

De zorgverzekeraar vergoedt:

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

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

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

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

Artikel 10 Reiskosten ziekenbezoek

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

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

Artikel 11 Mondzorg

- lid 1 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van orthodontie (gebitsregulatie zoals beugels) door een tandarts of orthodontist. De behandeling moet plaatsvinden voor het bereiken van de 18-jarige leeftijd. Als u 18 jaar of ouder bent, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van orthodontie tot maximaal € 500,- per kalenderjaar.

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

lid 3 De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van:

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

Artikel 12 Overige behandelingen en therapieën

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

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

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

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

De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van:

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

lid 4 **Elektrische epilatie of laserbehandeling**
Bij overmatige haargroei in het gezicht vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van elektrische epilatie of laserbehandeling. Een medisch specialist, huidtherapeut of schoonheidsspecialist verleent de zorg, op voorschrift van de huisarts. Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. De vergoeding bedraagt maximaal € 1.500,- voor de gehele looptijd van de verzekering.

lid 5 **Ergotherapie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut.

lid 6 **In-vitrofertilisatie (ivf)**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een 4 en volgende pogingen ivf per bij u te realiseren zwangerschap zolang u bij aanvang van de betreffende poging jonger bent dan 43 jaar. De behandeling vindt plaats in een ziekenhuis en de zorgverzekeraar heeft vooraf toestemming gegeven.

lid 7 **Aanvullende diagnostiek bij borstkanker**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van MammaPrint of van Oncotype DX, op voorschrift van de behandelend medisch specialist verbonden aan een ziekenhuis. MammaPrint en Oncotype DX zijn diagnostische testen voor borstkankerpatiënten, waarmee het risico op uitzaaiingen beter kan worden vastgesteld. Op basis van de uitkomst kan de behandelend medisch specialist beter bepalen welke behandeling na de operatie het meest geschikt is.

- lid 8 **Oedeem- en littekentherapie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de behandeling door een huidtherapeut van:
- ernstig lymfoedeem;
 - ernstig littekenweefsel van de huid.
- De zorgverzekeraar vergoedt de kosten alleen als de aandoening leidt tot ernstige beperkingen in elementaire bewegingsvaardigheden, de persoonlijke verzorging of de mobiliteit of een negatief effect heeft op het dagelijks functioneren.
- lid 9 **Orthoptie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van orthoptische zorg door een orthoptist tot maximaal € 1.000,- per kalenderjaar. De zorg moet voorgeschreven zijn door de behandelend huisarts of medisch specialist.
- lid 10 **Overgangsconsulente**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van voorlichting, advies en zorg tijdens de menopauze door een overgangsconsulente. De overgangsconsulente is aangesloten bij Care for Women of de Vereniging Verpleegkundig OvergangsConsulenten (VVOG).
- lid 11 **Pedicure**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van voetzorg door een pedicure bij diabetes mellitus of reumatoïde artritis, inclusief de daarbij geleverde orthesen en nagelbeugels. Als sprake is van diabetische voetzorg geldt dat bij u een zorgprofiel 1 is vastgesteld. Op de nota moet de aandoening vermeld staan en als het om diabetische voetzorg gaat, ook het vastgestelde zorgprofiel.
- lid 12 **Plastische chirurgie**
Als de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft gegeven, vergoedt zij de kosten van:
- het corrigeren van standsafwijkingen van de oren (flaporen) bij kinderen tot 18 jaar;
 - plastische en reconstructieve chirurgie bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
- Een vergoedingsregeling kunt u aanvragen bij het Vvaa service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.
- lid 13 **Podotherapie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg door een podotherapeut of podoloog. Daarbij vergoedt de zorgverzekeraar ook de vervaardigde podotherapeutische zolen, orthesen en nagelbeugels. Als sprake is van diabetische voetzorg geldt dat bij u een zorgprofiel 1 is vastgesteld.
- lid 14 **Psoriasisdagbehandeling**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling in een psoriasisdagbehandelingscentrum.
- lid 15 **Sterilisatie en refertilisatie (hersteloperatie)**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van sterilisatie en de kosten voor het ongedaan maken ervan.
- lid 16 **Stottertherapie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van stottertherapie bij een instituut voor stottertherapie.
- lid 17 **Circumcisie (besnijdenis)**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van circumcisie. Een medisch specialist verleent de zorg en de zorgverzekeraar heeft vooraf toestemming gegeven. De kosten van besnijdenis op religieuze gronden worden niet vergoed.

Artikel 13 **Verblijfkosten**

- lid 1 **Verblijf in een logeerkamer**
- Als u jonger bent dan 18 jaar en wordt behandeld in een ziekenhuis, vergoedt de zorgverzekeraar de eigen bijdrage voor verblijf van uw meeverzekerde ouder(s) in een Ronald McDonald Huis of in een aan het ziekenhuis verbonden logeerkamer.
 - Als u 18 jaar of ouder bent en bent opgenomen in een ziekenhuis, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van verblijf van uw meeverzekerde gezinslid in een aan het ziekenhuis verbonden logeerkamer gedurende de periode van uw opname.

- Als u aansluitend op een transplantatie of een oncologische behandeling zelf in een aan het ziekenhuis verbonden logeerkamer moet verblijven, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van het verblijf van uzelf en een begeleider.

lid 2

Verblijf in een hospice

De zorgverzekeraar vergoedt de eigen bijdrage van verblijf in een hospice of bijna-thuis-huis gedurende maximaal drie maanden, als het verblijf is geïndiceerd door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de huisarts of de behandelend medisch specialist. De vergoeding bedraagt maximaal € 25,- per dag.

De zorgverzekeraar vergoedt niet de inkomensafhankelijke eigen bijdrage die u verschuldigd bent op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo).

lid 3

Therapeutisch kamp voor jongeren

De zorgverzekeraar vergoedt de eigen bijdrage van een therapeutisch kamp voor jongeren met astma, diabetes mellitus, overgewicht, constitutioneel eczeem of een oncologische aandoening.

lid 4

Herstellingsoord

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van verblijf in een door de zorgverzekeraar erkend herstellingsoord. Het verblijf is bedoeld voor herstel na een lichamelijke ziekte of een daaraan verbonden medische behandeling zonder dat een tijdelijke opname in verband met huisartsenzorg (kortdurend eerstelijnsverblijf) geïndiceerd is. Het verblijf vindt plaats op verwijzing van de behandelend arts en de zorgverzekeraar heeft vooraf toestemming gegeven. Een overzicht van de erkende herstellingsoord kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

lid 5

Kuuroord

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

Artikel 14 Huishoudelijke hulp

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

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

- u 18 jaar of ouder bent,
- de hulp direct aansluit op een ziekenhuisopname van minimaal 4 dagen,
- de hulp zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk op de dag van ontslag is aangevraagd bij de VvAA zorgconsulent (zie deel C), en
- de VvAA zorgconsulent de huishoudelijke hulp regelt.

De eigen bijdragen volgens de Wmo 2015 worden niet vergoed.

Artikel 15 Vervangende mantelzorg

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

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

Artikel 16 **Kinderopvang**

Als u als ouder in een ziekenhuis wordt opgenomen, vergoedt de zorgverzekeraar vanaf de 4^e opnamedag de kosten van kinderopvang. Het moet hierbij gaan om een aaneengesloten opnameperiode. De vergoeding bedraagt maximaal € 25,- per werkdag per meeverzekerd kind tot de leeftijd van 12 jaar met een maximum van 60 werkdagen. Een door de bevoegde instantie erkende instelling verleent de kinderopvang. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

Artikel 17 **Preventieve zorg**

lid 1 **Gezondheidscheck-up**

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

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

lid 2 **Griepvaccinatie**

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

lid 3 **Lidmaatschap patiëntenvereniging**

De zorgverzekeraar vergoedt de minimale bijdrage voor het lidmaatschap van een patiëntenvereniging, die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), Ieder(in) of het Landelijk Platform GGz (LPGGz). De zorgverzekeraar vergoedt de bijdrage na het overleggen van een kopie van het inschrijvings- en betalingsbewijs.

lid 4 **Preventiecurssussen**

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

lid 5 **Preventief medisch onderzoek**

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van preventief medisch onderzoek tot maximaal € 500,- per kalenderjaar.

Uitgesloten zijn de kosten van:

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

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

lid 6 **Programma's voor stoppen met roken**

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

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

Artikel 18 **Buitenland**

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

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

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

lid 1

Onvoorziene behandelingen

Bij acute ziekte of een ongeval tijdens verblijf in het buitenland, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van:

- zorg die volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering voor eigen rekening blijven, uitsluitend door overschrijding van het bedrag dat zou zijn vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit;
- zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedrag;
- niet in Nederland geregistreerde geneesmiddelen en van middelen die in Nederland geregistreerd staan als niet-geneesmiddel tot maximaal € 250,- per kalenderjaar.

lid 2

Voorziene behandelingen

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten:

- van medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 6 van deel B van de zorgverzekering Basis, als de zorg is verleend in een door de zorgverzekeraar erkend ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit. Het overzicht van door de zorgverzekeraar erkende ziekenhuizen kan tussentijds wijzigen. Het actuele overzicht kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering;
- van ziekenvervoer als vervoer plaatsvindt voor een behandeling die gedekt is volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering. Deze behandeling vindt plaats in een ziekenhuis gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De zorgverzekeraar vergoedt het vervoer vanaf uw woonadres in Nederland naar het ziekenhuis. De zorgverzekeraar vergoedt taxivervoer of € 0,27 per kilometer bij gebruik van de auto. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet. Als u gebruik wilt maken van taxivervoer kan de zorgverzekeraar het taxivervoer voor u regelen. Meer informatie vindt u in deel C (Zorgdiensten). Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed;
- die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt. De vergoeding is beperkt tot maximaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag.

lid 3

Wisselkoers

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

Artikel 19 **Artsen Alarm Service (AAS)**

lid 1 Als u door acute ziekte of een ongeval bij tijdelijk verblijf in het buitenland in een ziekenhuis wordt opgenomen, bent u verplicht direct contact op te (laten) nemen met de Artsen Alarm Service. Hierbij dient u het relatienummer en de naam van de verzekerde op te geven. Daarnaast kunt u contact opnemen voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties.

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

lid 2 Als u een vaste woon- of verblijfplaats in Nederland heeft, maar tijdelijk buiten Nederland verblijft, vergoedt de zorgverzekeraar extra dienstverlening door of via de Artsen Alarm Service.

a. Bij acute ziekte of een ongeval vergoedt de zorgverzekeraar:

- het geven van garantie op rechtstreekse betaling van zorgkosten aan de betreffende zorginstelling;
- noodzakelijke voorschotbetalingen;
- toezending van noodzakelijke geneesmiddelen als deze niet ter plaatse verkrijgbaar zijn;
- de kosten van repatriëring: bij ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bestaat aanspraak op medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland met de voorgeschreven medische begeleiding;
- de noodzakelijke extra verblijfkosten als repatriëring om medische reden wel noodzakelijk maar (nog) niet mogelijk is;
- de reiskosten van een eenmalig bezoek van uw gezinslid als repatriëring om medische reden wel noodzakelijk maar (nog) niet mogelijk is.

b. Bij overlijden vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van:

- vervoer van het stoffelijk overschot naar Nederland, of
- begrafenis of crematie in het buitenland en overkomst van gezinsleden tot maximaal het bedrag dat vergoed zou zijn bij repatriëring van het stoffelijk overschot naar Nederland.

c. Als u in een noodsituatie belandt, waarbij opsporing of redding noodzakelijk is, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van opsporing en redding tot maximaal € 11.345,-.

De zorgverzekeraar vergoedt de telefoonkosten gemaakt vanuit het buitenland naar de Artsen Alarm Service.

lid 3 U geeft – voor zover nodig – toestemming aan de medisch adviseur van de Artsen Alarm Service om bepaalde gegevens over te dragen aan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar. Dit betreft gegevens over de reden en achtergrond van de ziekenhuisopname of de repatriëring.

Deel C Zorgdiensten

VvAA zorgverzekering Top

VvAA zorgconsulent: van preventie tot nazorg

De VvAA zorgconsulent helpt u persoonlijk verder met informatie over gezondheid, preventie, ziekte en zorg. Daarnaast kunt u bij de Zorgconsulent terecht voor het regelen van een aantal zorgtaken en (wachtlijst)bemiddeling. De Zorgconsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 8.30 en 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 668 96 67 of via zorgconsulent@vvaazorgverzekering.nl.

De Zorgconsulent ondersteunt u

De Zorgconsulent ondersteunt u met onderstaande diensten.

Informatie, voorlichting en/of advies over:

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

Het regelen van:

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

Bemiddeling:

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

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

eHealth

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

Kraamzorg

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

Taxivervoer

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

Artsen Alarm Service

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

In artikel 19 van deel B is omschreven welke dienstverlening de Artsen Alarm Service u nog meer kan bieden.

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

Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval

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

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

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

VvAA

zorgverzekering Excellent

Inhoudsopgave

VvAA zorgverzekering Excellent

Deel B Omvang dekking

Artikel 1	Geboortezorg	126	
	lid 1	Bevalling en kraamzorg	126
	lid 2	Kraampakket	126
	lid 3	Lactatiekundige	126
	lid 4	Bevalling-tens	126
	lid 5	Zorg bij adoptie	127
Artikel 2	Bewegzorg	127	
	lid 1	Fysiotherapie en oefentherapie	127
	lid 2	Overige therapieën voor houding en beweging	127
	lid 3	Beweegprogramma's	128
Artikel 3	Generalistische Basis GGZ	128	
Artikel 4	Farmaceutische zorg	128	
Artikel 5	Alternatieve geneeswijzen	129	
Artikel 6	Vaccinaties	129	
Artikel 7	Hulpmiddelen zorgverzekering Basis	129	
Artikel 8	Overige hulpmiddelen	130	
	lid 1	Brillenglazen, (contact)lenzen of ooglaserverhandeling	130
	lid 2	Hulpmiddelen voor anticonceptie	130
	lid 3	Loophulpmiddelen	130
	lid 4	Plaswetter	130
	lid 5	Steunpessarium	130
	lid 6	Steunzolen	130
	lid 7	Verbandmiddelen	130
Artikel 9	Ziekenvervoer	130	
Artikel 10	Reiskosten ziekenbezoek	131	
Artikel 11	Mondzorg	131	
Artikel 12	Overige behandelingen en therapieën	131	
	lid 1	Acnebehandeling	131
	lid 2	Camouflagetherapie	131
	lid 3	Diëtist	132
	lid 4	Elektrische epilatie of laserbehandeling	132
	lid 5	Ergotherapie	132
	lid 6	In-vitrofertilisatie (ivf)	132
	lid 7	Aanvullende diagnostiek bij borstkanker	132
	lid 8	Oedeem- en littekentherapie	132
	lid 9	Orthoptie	132
	lid 10	Overgangsconsulente	132
	lid 11	Pedicure	132
	lid 12	Plastische chirurgie	132
	lid 13	Podotherapie	133
	lid 14	Psoriasisdagbehandeling	133
	lid 15	Sterilisatie en refertilisatie (hersteloperatie)	133
	lid 16	Stottertherapie	133
	lid 17	Circumcisie (besnijdenis)	133
Artikel 13	Verblijfkosten	133	
	lid 1	Verblijf in een logeerkamer	133
	lid 2	Verblijf in een hospice	133
	lid 3	Therapeutisch kamp voor jongeren	133
	lid 4	Herstellingsoord	133
	lid 5	Kuuroord	133
Artikel 14	Huishoudelijke hulp	134	
Artikel 15	Vervangende mantelzorg	134	
Artikel 16	Kinderopvang	134	
Artikel 17	Preventieve zorg	134	
	lid 1	Gezondheidscheck-up	134
	lid 2	Griepvaccinatie	134
	lid 3	Lidmaatschap patiëntenvereniging	134
	lid 4	Preventiecurcussen	135
	lid 5	Preventief medisch onderzoek	135
	lid 6	Programma's voor stoppen met roken	135

Artikel 18	Buitenland	135
	lid 1 Onvoorziene behandelingen	135
	lid 2 Voorziene behandelingen	135
	lid 3 Wisselkoers	136
Artikel 19	Artsen Alarm Service (AAS)	136
Artikel 20	Privé kamer	137
Artikel 21	Zorg luxe	137
Artikel 22	Zorg assistent	137
Artikel 23	Privékamer in het buitenland	138
Artikel 24	Ongevallendeckking	138
	lid 1 Nadere begripsomschrijvingen	138
	lid 2 Wat is verzekerd?	139
	lid 3 Nadere uitsluitingen	139
	lid 4 Omvang van de uitkering	140
	lid 5 Vaststelling uitkeringspercentage	141
	lid 6 Bestaande gezondheidstoestand	141
	lid 7 Medische expertise	141
	lid 8 Wat te doen na een ongeval?	141
	Deel C Zorgdiensten	
	VvAA zorgconsulent: van preventie tot nazorg	142
	De Zorgconsulent ondersteunt u	142
	eHealth	142
	Kraamzorg	142
	Taxivervoer	143
	Artsen Alarm Service	143
	Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval	143

Deel B Omvang Dekking

VvAA zorgverzekering Excellent

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

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

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal:

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

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

Artikel 1 **Geboortezorg**

lid 1

Bevalling en kraamzorg

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

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

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

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

lid 2

Kraampakket

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

lid 3

Lactatiekundige

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg door een lactatiekundige.

lid 4

Bevalling-tens

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van huur van een bevalling-tens voor maximaal 6 weken. Een bevalling-tens is een apparaat dat wordt gebruikt voor pijnverlichting bij de bevalling. De VvAA zorgconsulent biedt op verzoek ondersteuning bij het regelen ervan (zie deel C).

lid 5

Zorg bij adoptie

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

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

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

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

Artikel 2 **Beweegzorg**

lid 1

Fysiotherapie en oefentherapie

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling door:

- een fysiotherapeut (ook online via HelloFysio.nl);
- een kinderfysiotherapeut;
- een manueel therapeut, waarvan maximaal 18 behandelingen manuele therapie;
- een oefentherapeut Mensendieck;
- een oefentherapeut Cesar;
- een bekkenfysiotherapeut;
- een oedeemfysiotherapeut;
- een geriatriefysiotherapeut;
- een psychosomatisch fysiotherapeut.

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

Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet, en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden?

Op www.vvaa.nl/zorgverzekering vindt u meer informatie over de verschillende kwaliteitsregisters voor paramedici. Voor meer informatie kunt ook contact opnemen met de Vvaa zorgconsulent (zie deel C).

lid 2

Overige therapieën voor houding en beweging

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de volgende behandelingen tezamen tot maximaal € 1.500,- per kalenderjaar:

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

lid 3

Beweegprogramma's

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

- een beweegprogramma dat voldoet aan de KNGF-standaarden beweeginterventies en dat is voorgeschreven door de behandelend arts. Het beweegprogramma is gericht op genezing en herstel, het voorkomen van verdere klachten of bevordering van de gezondheid bij chronische ziekte;
- het revalidatieprogramma *Herstel & Balans*, gericht op het verminderen van en leren omgaan met (rest)klachten door kanker. Het programma is voorgeschreven door de behandelend arts en wordt uitgevoerd door een instelling met een licentie van de Stichting Herstel & Balans;
- een beweegprogramma volgens de methode van *CytoFys*, *OncoMove of Sportplan Tegenkracht* tijdens een chemotherapiebehandeling. Het beweegprogramma is voorgeschreven door de behandelend arts en een fysiotherapeut of Sport Medisch Adviescentrum verzorgt de begeleiding;
- een beweegprogramma op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uit de verwijzing moet blijken dat sprake is van:
 1. een BMI van minimaal 30 kg/m² (obesitas), of
 2. een BMI van 25-30 kg/m² (overgewicht) in combinatie met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, een verhoogd risico op diabetes mellitus type II of een manifeste ziekte die samenhangt met het overgewicht.

Het beweegprogramma wordt gegeven door een fysiotherapeut, een oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck of een thuiszorgorganisatie. Het beweegprogramma is gericht op het beïnvloeden van het beweeggedrag en het ontwikkelen van een actieve en gezonde leefstijl, zodanig dat u na 3 à 4 maanden kunt doorstromen naar het reguliere sportaanbod.

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

- Senioren Fitzwemmen of 50-Fit zwemmen. De zorgverzekeraar vergoedt maximaal € 50,- per kalenderjaar. De training is gericht op senioren en bedoeld als ondersteuning van gezondheid en conditie, lenigheid, spierkracht en coördinatie.

Artikel 3

Generalistische Basis GGZ

De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 1.500,- per kalenderjaar de kosten van Generalistische Basis GGZ bij behandeling van aanpassingsstoornissen of in verband met werk- of relatieproblemen. De hoofdbehandelaar is een BIG-geregistreeerde gezondheidszorgpsycholoog, een BIG-geregistreeerde klinisch psycholoog, een NIP- of SKJ-geregistreeerde kinder- en jeugdpsycholoog of een NVO- of SKJ-geregistreeerde orthopedagoog-generalist.

Voor Generalistische Basis GGZ is een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts of jeugdarts.

De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van verblijf.

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

Artikel 4

Farmaceutische zorg

lid 1

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van:

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

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

Voor de vergoeding van:

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

lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van:

- andere farmaceutische zorgdiensten dan de terhandstelling van receptplichtige geneesmiddelen en het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel;
- middelen die geregistreerd staan als niet-geneesmiddel.

Artikel 5 Alternatieve geneeswijzen

lid 1 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een consult bij of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder een arts-acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 85,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag. De zorgverzekeraar vergoedt maximaal € 1.250,- per kalenderjaar voor alle consulten en behandelingen tezamen.

lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een consult bij of behandeling door een behandelaar die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder een acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 65,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag. De zorgverzekeraar vergoedt maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle consulten en behandelingen tezamen.

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

lid 3 De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 750,- per kalenderjaar de kosten van:

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

Artikel 6 Vaccinaties

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

Artikel 7 Hulpmiddelen zorgverzekering Basis

De zorgverzekeraar vergoedt:

- de wettelijke eigen bijdragen;
- de kosten van een pruik die voor eigen rekening blijven doordat de maximale vergoeding van de zorgverzekering Basis wordt overschreden.

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

Artikel 8 Overige hulpmiddelen

- lid 1 **Brillenglazen, (contact)lenzen of ooglaserbehandeling**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van versterkende/corrigerende brillenglazen inclusief montuur, versterkende/corrigerende contactlenzen, geïmplanteerde lenzen met visuscorrigerende werking en ooglaserbehandeling tezamen tot maximaal € 450,- per kalenderjaar.
- lid 2 **Hulpmiddelen voor anticonceptie**
Als u 21 jaar of ouder bent, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van pessaria en koperhoudende spiraaltjes voor anticonceptionele doeleinden.
- lid 3 **Loophulpmiddelen**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van aanschaf of huur van:
- elleboogkrukken;
 - loophulpen met 3 of 4 poten;
 - looprekken;
 - rollators;
 - serveerwagens.
- De hulpmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend huisarts of medisch specialist.
- De vergoeding voor alle loophulpmiddelen tezamen bedraagt maximaal € 200,- per kalenderjaar.
- lid 4 **Plaswekker**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van huur of aanschaf van een plaswekker (inclusief sensorbroekjes).
- lid 5 **Steunpessarium**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een steunpessarium bij behandeling door een huisarts.
- lid 6 **Steunzolen**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van steunzolen, geleverd door een orthopedisch schoentechnicus.
- lid 7 **Verbandmiddelen**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van verbandmiddelen, als deze worden gebruikt voor het bedekken of verbinden van huidaandoeningen of wonden onder verantwoordelijkheid van de behandelend arts. De verbandmiddelen zijn voorgeschreven door een arts en geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.

Artikel 9 Ziekenvervoer

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

De zorgverzekeraar vergoedt:

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

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

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

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

Artikel 10 Reiskosten ziekenbezoek

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

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

Artikel 11 Mondzorg

lid 1 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van orthodontie (gebitsregulatie zoals beugels) door een tandarts of orthodontist.

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

lid 3 Als u 18 jaar of ouder bent, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten) tot maximaal € 1.600,- per kalenderjaar. Een tandarts verleent de zorg. In geval van tandprothetische voorzieningen kan ook een tandprotheticus de zorg verlenen.

lid 4 Voor tandheelkundige behandeling die noodzakelijk is door een ongeval, vergoedt de zorgverzekeraar maximaal éénmaal per kalenderjaar de kosten (inclusief techniekkosten en de kosten van eventueel noodzakelijke prothetische voorzieningen) tot maximaal € 5.000,-.

De zorgverzekeraar verleent alleen vergoeding als:

- het ongeval plaatsvindt binnen de looptijd van deze verzekering;
- de behandeling plaatsvindt binnen een jaar na het ongeval;
- de zorgverzekeraar toestemming vooraf heeft gegeven. Dit geldt niet voor acute zorg.

lid 5 De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van:

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

Artikel 12 Overige behandelingen en therapieën

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

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

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

- lid 3 **Diëtist**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van voorlichting en advisering over voeding en eetgewoonten met een medisch doel door een diëtist.
- De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van:
- dieetpreparaten en voedingsmiddelen;
 - behandeling van overgewicht bij verzekerden van 18 jaar of ouder met een BMI van 25-30 kg/m² zonder co-morbiditeit of (familiaire) risicofactoren. Kosten van deze zorg vergoedt de zorgverzekeraar als preventiecursus (artikel 17, lid 4).
- lid 4 **Elektrische epilatie of laserbehandeling**
Bij overmatige haargroei in het gezicht vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van elektrische epilatie of laserbehandeling. Een medisch specialist, huidtherapeut of schoonheidsspecialist verleent de zorg, op voorschrift van de huisarts. Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. De vergoeding bedraagt maximaal € 2.000,- voor de gehele looptijd van de verzekering.
- lid 5 **Ergotherapie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut.
- lid 6 **In-vitrofertilisatie (ivf)**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een 4^e en volgende pogingen ivf per bij u te realiseren zwangerschap zolang u bij aanvang van de betreffende poging jonger bent dan 43 jaar. De behandeling vindt plaats in een ziekenhuis en de zorgverzekeraar heeft vooraf toestemming gegeven.
- lid 7 **Aanvullende diagnostiek bij borstkanker**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van MammaPrint of van Oncotype DX, op voorschrift van de behandelend medisch specialist verbonden aan een ziekenhuis. MammaPrint en Oncotype DX zijn diagnostische testen voor borstkankerpatiënten, waarmee het risico op uitzaaiingen beter kan worden vastgesteld. Op basis van de uitkomst kan de behandelend medisch specialist beter bepalen welke behandeling na de operatie het meest geschikt is.
- lid 8 **Oedeem- en littekentherapie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de behandeling door een huidtherapeut van:
- ernstig lymfoedeem;
 - ernstig littekenweefsel van de huid.
- De zorgverzekeraar vergoedt de kosten alleen als de aandoening leidt tot ernstige beperkingen in elementaire bewegingsvaardigheden, de persoonlijke verzorging of de mobiliteit of een negatief effect heeft op het dagelijks functioneren.
- lid 9 **Orthoptie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van orthoptische zorg door een orthoptist tot maximaal € 1.500,- per kalenderjaar. De zorg moet voorgeschreven zijn door de behandelend huisarts of medisch specialist.
- lid 10 **Overgangsconsulente**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van voorlichting, advies en zorg tijdens de menopauze door een overgangsconsulente. De overgangsconsulente is aangesloten bij Care for Women of de Vereniging Verpleegkundig OvergangsConsulenten (VVOG).
- lid 11 **Pedicure**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van voetzorg door een pedicure bij diabetes mellitus of reumatoïde artritis, en van de daarbij geleverde orthesen en nagelbeugels. Als sprake is van diabetische voetzorg geldt dat bij u een zorgprofiel 1 is vastgesteld. Op de nota moet de aandoening vermeld staan en als het om diabetische voetzorg gaat, ook het vastgestelde zorgprofiel.
- lid 12 **Plastische chirurgie**
Als de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft gegeven, vergoedt zij de kosten van:
- het corrigeren van standsafwijkingen van de oren (flaporen) bij kinderen tot 18 jaar;
 - plastische en reconstructieve chirurgie bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
- Een vergoedingsregeling kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

- lid 13 **Podotherapie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg door een podotherapeut of podoloog. Daarbij vergoedt de zorgverzekeraar ook de vervaardigde podotherapeutische zolen, orthesen en nagelbeugels. Als sprake is van diabetische voetzorg geldt dat bij u een zorgprofiel 1 is vastgesteld.
- lid 14 **Psoriasisdagbehandeling**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling in een psoriasisdagbehandelingscentrum.
- lid 15 **Sterilisatie en refertilisatie (hersteloperatie)**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van sterilisatie en de kosten voor het ongedaan maken ervan.
- lid 16 **Stottertherapie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van stottertherapie bij een instituut voor stottertherapie.
- lid 17 **Circumcisie (besnijdenis)**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van circumcisie. Een medisch specialist verleent de zorg en de zorgverzekeraar heeft vooraf toestemming gegeven. De kosten van besnijdenis op religieuze gronden worden niet vergoed.

Artikel 13 **Verblijfkosten**

- lid 1 **Verblijf in een logeershuis**
- Als u jonger bent dan 18 jaar en wordt behandeld in een ziekenhuis, vergoedt de zorgverzekeraar de eigen bijdrage voor verblijf van uw meeverzekerde ouder(s) in een Ronald McDonald Huis of in een aan het ziekenhuis verbonden logeershuis.
 - Als u 18 jaar of ouder bent en bent opgenomen in een ziekenhuis, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van verblijf van uw meeverzekerde gezinslid in een aan het ziekenhuis verbonden logeershuis gedurende de periode van uw opname.
 - Als u aansluitend op een transplantatie of een oncologische behandeling zelf in een aan het ziekenhuis verbonden logeershuis moet verblijven, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van het verblijf van uzelf en een begeleider.
- lid 2 **Verblijf in een hospice**
De zorgverzekeraar vergoedt de eigen bijdrage van verblijf in een hospice of bijna-thuis-huis, als het verblijf is geïndiceerd door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de huisarts of de behandelend medisch specialist.
- De zorgverzekeraar vergoedt niet de inkomensafhankelijke eigen bijdrage die u verschuldigd bent op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo).
- lid 3 **Therapeutisch kamp voor jongeren**
De zorgverzekeraar vergoedt de eigen bijdrage van een therapeutisch kamp voor jongeren met astma, diabetes mellitus, overgewicht, constitutioneel eczeem of een oncologische aandoening.
- lid 4 **Herstellingsoord**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van verblijf in een door de zorgverzekeraar erkend herstellingsoord. Het verblijf is bedoeld voor herstel na een lichamelijke ziekte of een daaraan verbonden medische behandeling zonder dat een tijdelijke opname in verband met huisartsenzorg (kortdurend eerstelijnsverblijf) geïndiceerd is. Het verblijf vindt plaats op verwijzing van de behandelend arts en de zorgverzekeraar heeft vooraf toestemming gegeven. Een overzicht van de erkende herstellingsoorde kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.
- lid 5 **Kuuroord**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van verblijf in een kuuroord als u lijdt aan reumatoïde artritis of psoriasis, tot maximaal € 500,- per kalenderjaar.

Artikel 14 **Huishoudelijke hulp**

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

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van huishoudelijke hulp voor maximaal 30 uren als:

- u 18 jaar of ouder bent,
- de hulp direct aansluit op een ziekenhuisopname van minimaal 4 dagen,
- de hulp zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk op de dag van ontslag is aangevraagd bij de VvAA zorgconsulent (zie deel C), en
- de VvAA zorgconsulent de huishoudelijke hulp regelt.

De eigen bijdragen volgens de Wmo 2015 worden niet vergoed.

Artikel 15 **Vervangende mantelzorg**

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

Als u chronisch ziek of gehandicapt bent en uw eigen mantelzorgers zijn afwezig om medische redenen of door vakantie, dan regelt en vergoedt de zorgverzekeraar vervangende mantelzorg voor maximaal 24 dagen per kalenderjaar. De Stichting Mantelzorgvervangend Nederland 'Handen-in-Huis' verleent de zorg. Een aanvraag voor de vervangende mantelzorg kunt u indienen bij de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

Artikel 16 **Kinderopvang**

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

Artikel 17 **Preventieve zorg**

lid 1 **Gezondheidscheck-up**

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

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

lid 2 **Griepvaccinatie**

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

lid 3 **Lidmaatschap patiëntenvereniging**

De zorgverzekeraar vergoedt de minimale bijdrage voor het lidmaatschap van een patiëntenvereniging, die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), leder(in) of het Landelijk Platform GGz (LPGGz). De zorgverzekeraar vergoedt de bijdrage na het overleggen van een kopie van het inschrijvings- en betalingsbewijs.

lid 4

Preventiecurssussen

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van door haar erkende preventiecurssussen tezamen tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. Een overzicht van de erkende preventiecurssussen kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

lid 5

Preventief medisch onderzoek

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van preventief medisch onderzoek tot maximaal € 750,- per kalenderjaar.

Uitgesloten zijn de kosten van:

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

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

lid 6

Programma's voor stoppen met roken

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

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

Artikel 18 **Buitenland**

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

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

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

lid 1

Onvoorziene behandelingen

Bij acute ziekte of een ongeval tijdens verblijf in het buitenland, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van:

- zorg die volgens de zorgverzekering basis of een andere zorgverzekering voor eigen rekening blijven, uitsluitend door overschrijding van het bedrag dat zou zijn vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit;
- zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedrag;
- niet in Nederland geregistreerde geneesmiddelen en van middelen die in Nederland geregistreerd staan als niet-geneesmiddel tot maximaal € 350,- per kalenderjaar.

lid 2

Voorziene behandelingen

Binnen een EU-/EER- of verdragsland vergoedt de zorgverzekeraar de kosten:

- van medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 6 van deel B van de zorgverzekering Basis, als de zorg is verleend in een door de zorgverzekeraar erkend ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit. Het overzicht van door de zorgverzekeraar erkende ziekenhuizen kan tussentijds wijzigen. Het actuele overzicht kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering;

- van ziekenvervoer als vervoer plaatsvindt voor een behandeling die gedekt is volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering. Deze behandeling vindt plaats in een ziekenhuis gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De zorgverzekeraar vergoedt het vervoer vanaf uw woonadres in Nederland naar het ziekenhuis. De zorgverzekeraar vergoedt taxivervoer of € 0,27 per kilometer bij gebruik van de auto. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet. Als u gebruik wilt maken van taxivervoer kan de zorgverzekeraar het taxivervoer voor u regelen. Meer informatie vindt u in deel C (Zorgdiensten). Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed;
- die volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering voor eigen rekening blijven, uitsluitend door overschrijding van het bedrag dat zou zijn vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal tweemaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit;
- die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt. De vergoeding is beperkt tot maximaal tweemaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag.

Buiten een EU-/EER- of verdragsland vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag.

- lid 3 **Wisselkoers**
De zorgverzekeraar vergoedt nota's van buitenlandse zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij de gemiddelde wisselkoers van de maand voorafgaand aan die waarin de zorg of dienst is ontvangen.

Artikel 19 **Artsen Alarm Service (AAS)**

- lid 1 Als u door acute ziekte of een ongeval bij tijdelijk verblijf in het buitenland in een ziekenhuis wordt opgenomen, bent u verplicht direct contact op te (laten) nemen met de Artsen Alarm Service. Hierbij dient u het relatienummer en de naam van de verzekerde op te geven. Daarnaast kunt u contact opnemen voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties.

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

- lid 2 Als u een vaste woon- of verblijfplaats in Nederland heeft, maar tijdelijk buiten Nederland verblijft, vergoedt de zorgverzekeraar extra dienstverlening door of via de Artsen Alarm Service.
- Bij acute ziekte of een ongeval vergoedt de zorgverzekeraar:
 - het geven van garantie op rechtstreekse betaling van zorgkosten aan de betreffende zorginstelling;
 - noodzakelijke voorschotbetalingen;
 - toezending van noodzakelijke geneesmiddelen als deze niet ter plaatse verkrijgbaar zijn;
 - de kosten van repatriëring: bij ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bestaat aanspraak op medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland met de voorgeschreven medische begeleiding;
 - de noodzakelijke extra verblijfkosten als repatriëring om medische redenen wel noodzakelijk maar (nog) niet mogelijk is;
 - de reiskosten van een eenmalig bezoek van uw gezinslid als repatriëring om medische redenen wel noodzakelijk maar (nog) niet mogelijk is.
 - Bij overlijden vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van:
 - vervoer van het stoffelijk overschot naar Nederland, of
 - begrafenis of crematie in het buitenland en overkomst van gezinsleden tot maximaal het bedrag dat vergoed zou zijn bij repatriëring van het stoffelijk overschot naar Nederland.
 - Als u in een noodsituatie belandt, waarbij opsporing of redding noodzakelijk is, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van opsporing en redding tot maximaal € 11.345,-.

De zorgverzekeraar vergoedt de telefoonkosten gemaakt vanuit het buitenland naar de Artsen Alarm Service.

- lid 3 U geeft – voor zover nodig – toestemming aan de medisch adviseur van de Artsen Alarm Service om bepaalde gegevens over te dragen aan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar. Dit betreft gegevens over de redenen en achtergrond van de ziekenhuisopname of de repatriëring.

Artikel 20 **Privé kamer**

- lid 1 Als u in een ziekenhuis in Nederland bent opgenomen, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van verblijf in een eenpersoonskamer, als:
- het ziekenhuis een garantieovereenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten;
 - de opname medisch noodzakelijk is voor specialistisch onderzoek of behandeling.

Voor meer informatie, het regelen van een eenpersoonskamer of een overzicht van de ziekenhuizen waarmee de zorgverzekeraar een garantieovereenkomst heeft gesloten, kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C). Het overzicht van de ziekenhuizen met een garantieovereenkomst is ook te raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

Ziekenhuizen met een garantieovereenkomst bieden verblijf in een eenpersoonskamer in ieder geval aan bij een geplande meerdaagse opname bij de volgende specialismen: chirurgie, gynaecologie, KNO, kaakchirurgie, orthopedie, oogheelkunde, urologie of plastische chirurgie. Bij de overige specialismen is het aanbod van de eenpersoonskamer afhankelijk van de bezetting in het ziekenhuis. Daar waar mogelijk en medisch verantwoord zal een eenpersoonskamer worden aangeboden.

- lid 2 Als u in een ziekenhuis in Nederland bent opgenomen waarmee de zorgverzekeraar geen garantieovereenkomst heeft gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van verblijf in een eenpersoonskamer bij het specialisme waarvoor u bent opgenomen. De opname moet medisch noodzakelijk zijn voor specialistisch onderzoek of behandeling.
- lid 3 De zorgverzekeraar vergoedt de extra kosten van door de zorgverzekeraar te regelen specifieke arrangementen. Voor meer informatie of een overzicht van deze specifieke arrangementen kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C). Het overzicht van de arrangementen is ook te raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.
- lid 4 Als een ziekenhuis in Nederland wel eenpersoonskamers heeft, maar u er geen gebruik van kunt maken bij uw geplande meerdaagse opname, heeft u recht op een vergoeding van € 75,- per opnamedag. Dit geldt dus niet als u onvoorzien in het ziekenhuis wordt opgenomen. Sommige ziekenhuizen beschikken over eenpersoonskamers uitsluitend bestemd voor patiënten die daar om medische redenen gebruik van moeten maken. Als dat het geval is, bestaat geen aanspraak op de compensatievergoeding van € 75,- per dag.

Artikel 21 **Zorg luxe**

- lid 1 Als u in een ziekenhuis in Nederland bent opgenomen, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van een luxepakket, dat door het ziekenhuis wordt aangeboden. De invulling van het luxepakket is afhankelijk van wat het betreffende ziekenhuis aanbiedt en kan bestaan uit:
- a. telefoneren binnen Nederland (alleen bij gebruik van het toestel dat op de kamer aanwezig is);
 - b. koelkast gevuld met diverse dranken;
 - c. krant of tijdschrift;
 - d. koffie en thee voor het bezoek;
 - e. luxe maaltijden of een extra verstrekking van een snack;
 - f. gebruik van televisie en internetaansluiting.
- lid 2 Als een ziekenhuis in Nederland wel luxepakketten aanbiedt, maar op het moment van uw opname niet beschikbaar heeft, heeft u recht op een vergoeding van € 5,- per opnamedag.

Artikel 22 **Zorg assistent**

- lid 1 Als u van tevoren weet dat u in een ziekenhuis in Nederland wordt opgenomen, heeft u recht op hulp van de VvAA zorg assistent. De VvAA zorg assistent:
- a. neemt vooraf contact met u op voor een intake;
 - b. regelt desgewenst het vervoer naar het ziekenhuis;
 - c. is bij de opname in het ziekenhuis aanwezig en maakt u wegwijs in het ziekenhuis;
 - d. beantwoordt uw zorgvragen;
 - e. kan desgewenst telefonisch contact met u houden, overleggen met de (medische) staf, u bezoeken en bemiddelen in thuiszorg, kinderopvang of voor hulpmiddelen. De kosten van thuiszorg, kinderopvang en hulpmiddelen vallen niet onder de dekking;
 - f. begeleidt u bij ontslag;
 - g. regelt desgewenst het vervoer bij ontslag uit het ziekenhuis.

lid 2 Als u onverwacht wordt opgenomen in een ziekenhuis in Nederland, heeft u recht op hulp van de VvAA zorg assistent zoals genoemd in lid 1 onder d tot en met g.

lid 3 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van vervoer van en naar een ziekenhuis binnen Nederland:

- bij gebruik van de auto € 0,27 per gereden kilometer. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet;
- bij taxivervoer volledig, als gebruik wordt gemaakt van een door de zorgverzekeraar gecontracteerd taxibedrijf (zie deel C).

Het vervoer vindt plaats voor een opname waarvoor dekking bestaat volgens artikel 20 (Privé kamer). Als de kosten van vervoer (deels) vanuit een andere (aanvullende) (zorg)verzekering worden vergoed, vergoedt de zorgverzekeraar alleen de aanvulling op die vergoeding tot maximaal de in dit artikel omschreven dekking. Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed.

Voor meer informatie of het regelen van de VvAA zorg assistent kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

Artikel 23 Privékamer in het buitenland

lid 1 Als u in Nederland woont, maar kiest voor opname in een ziekenhuis in België, Duitsland of Frankrijk, bestaat dekking, volgens artikel 18, lid 2, voor de extra kosten van verblijf in een eenpersoons- of tweepersoonskamer, als die voor het specialisme waar u wordt opgenomen, aanwezig is. De opname moet medisch noodzakelijk zijn voor specialistisch onderzoek of behandeling. Voor vergoeding moet u aan de zorgverzekeraar een gespecificeerde nota van de extra kosten van de eenpersoonskamer of tweepersoonskamer overleggen.

lid 2 Als u in het buitenland woont, bestaat dekking, volgens artikel 18, lid 2, voor de extra kosten van verblijf in een eenpersoons- of tweepersoonskamer in een ziekenhuis in enig land, als die voor het specialisme waar u wordt opgenomen, aanwezig is. De opname moet medisch noodzakelijk zijn voor specialistisch onderzoek of behandeling. Voor vergoeding moet u aan de zorgverzekeraar een gespecificeerde nota van de extra kosten van de eenpersoonskamer of tweepersoonskamer overleggen.

Artikel 24 Ongevallendekking

lid 1 **Nadere begripsomschrijvingen**

Begunstiging

U bent de begunstigde voor alle uitkering(en). Bij overlijden wordt rechtstreeks uitgekeerd aan de nalatenschap.

Letsel

Een volgens objectieve normen geneeskundig vast te stellen lichamelijk letsel, dat een direct en uitsluitend gevolg is van een ongeval.

Ongeval

Een plotseling rechtstreeks op het lichaam inwerkend fysiek geweld, van buitenaf en buiten uw wil, dat letsel of overlijden tot gevolg heeft.

Onder ongeval valt ook:

- a. acute vergiftiging, behalve bij overmatig gebruik van genees-, genot-, bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen;
- b. besmetting door ziekteverwekkers;
- c. het ongewild binnenkrijgen van stoffen of voorwerpen in het spijsverteringskanaal, de luchtwegen, de ogen of oren;
- d. wondinfectie, bloedvergiftiging of tetanus ontstaan bij een ongeval;
- e. verstikking, verdrinking, zonnesteek, warmtestuwing, bevroering, verbranding – behalve door inwerking van stralen – veretsing en elektrische ontlading;
- f. uitputting, verhogering, verdorping en zonnebrand als gevolg van een natuurramp;
- g. verstuijing, ontwrichting en verscheuring van spier- en bandweefsel, als het letsel plotseling is ontstaan;
- h. complicaties of verergering van letsel als rechtstreeks gevolg van een door een bevoegd geneeskundige geboden eerste hulpverlening of medisch noodzakelijke behandeling;

- i. letsel ontstaan bij rechtmatige zelfverdediging;
- j. moord, doodslag, mishandeling, of pogingen daartoe, gijzelingen en terreuractie;
- k. letsel ontstaan tijdens het als amateur beoefenen van sport, waaronder het voorbereiden van en deelnemen aan wedstrijden, behalve voor:
 - het bepaalde in lid 3 onder 1 j;
 - de sporten genoemd in lid 3 onder 1 k.

Niet als een ongeval of ongevalgevolg worden beschouwd: ingewandsbreuk (hernia) en uitstulping van een tussenwervelschijf (hernia nucleii pulposi).

lid 2

Wat is verzekerd?

Verzekerde bedragen

Per ongeval keert de zorgverzekeraar bij overlijden het verzekerde bedrag uit of bij blijvend (functie)verlies van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens maximaal het verzekerde bedrag.

Uitkering bij overlijden

Bij overlijden is het verzekerde bedrag € 5.000,-. De zorgverzekeraar keert dit bedrag uit bij overlijden door een ongeval.

Uitkering bij blijvend (functie)verlies

- a. Recht op uitkering:

Bij blijvend (functie)verlies of blijvende onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens keert de zorgverzekeraar maximaal € 20.000,- uit, als dit het gevolg is van een ongeval. Als de verzekerde voor vaststelling van de invaliditeit is overleden door een ongeval keert de zorgverzekeraar geen bedrag uit ter zake van blijvende invaliditeit.
- b. Reeds aanwezige onbruikbaarheid of gebrekkigheid:

Als functies, lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens al voor het ongeval onbruikbaar of gebrekkig waren, keert de zorgverzekeraar alleen een bedrag uit als het (functie)verlies of de onbruikbaarheid door het ongeval de voor het ongeval bestaande (functie)verliezen of blijvende onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens te boven gaat.

lid 3

Nadere uitsluitingen

1. *Er is geen dekking als het ongeval – mede – het gevolg is van:*
 - a. een ziekelijke toestand of een geestelijke of lichamelijke afwijking;
 - b. een ziekelijke toestand door besmetting met ziekteverwekkers, met uitzondering van wat genoemd is in lid 1 in de begripsomschrijving van ongeval;
 - c. allergische reacties, anders dan door een gebeurtenis genoemd in lid 1 in de begripsomschrijving van een ongeval;
 - d. zelfdoding of een poging daartoe;
 - e. het (mede)plegen van een misdrijf;
 - f. roekeloosheid, behalve bij letsel bij een poging tot redding van mens of dier of afwendende van dreigend gevaar;
 - g. het zo onder invloed verkeren van alcoholhoudende dranken of bedwelmende, opwekkende en soortgelijke stoffen dat men minder dan normaal voor zichzelf kon zorgen;
 - h. een vechtpartij, behalve bij rechtmatige zelfverdediging;
 - i. verblijf in een luchtvaartuig, tenzij u als passagier verbleef in een vliegtuig ingericht voor passagiersvervoer en bestuurd door een beroepspiloot en dit vliegtuig tijdens het ongeval gebruikt werd door:
 - een onderneming bevoegd tot exploitatie van een luchtvaartbedrijf;
 - een onderneming voor haar eigen bedrijf;
 - j. sportbeoefening waarvoor betaling wordt ontvangen;
 - k. beoefening van sporten met een verhoogd ongevalrisico, zoals boksen, worstelen, ijshockey, rugby, bergsport, bobsleeën, parasailing, hanggliding, parachutespringen, ijszeilen, skispringen, skivliegen en figuurspringen;
 - l. voorbereidingen van en deelname aan snelheidswedstrijden of recordritten, bijvoorbeeld met motorrijtuigen, skelters, te paard, per rijwiel of per motorboot;
 - m. het beroepsmatig werken met houtbewerkingmachines;
 - n. verblijf in een land waarvoor een negatief reisadvies is afgegeven;
 - o. atoomkernreacties.

2. *Psychisch letsel*

Geen uitkering vindt plaats bij verlies van de geestelijke of kennende vermogens.

- a. Deze uitsluiting geldt niet als dit verlies, volgens algemeen aanvaarde neurologische opvattingen, is veroorzaakt door een aantoonbaar grove organische beschadiging van het centrale zenuwstelsel.
- b. Ook vindt geen uitkering plaats bij geheel of gedeeltelijk functieverlies of geheel of gedeeltelijke onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens, als dit functieverlies of deze onbruikbaarheid het gevolg is van een psychische stoornis.

lid 4

Omvang van de uitkering

1. *Overlijden*

Bij overlijden keert de zorgverzekeraar het verzekerde bedrag uit. De zorgverzekeraar brengt een eventueel eerder verrichte uitkering voor blijvend (functie)verlies of blijvende onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens hierop in mindering. De zorgverzekeraar vordert een eerdere uitkering niet terug.

2. *Blijvend (functie)verlies*

Bij blijvend (functie)verlies keert de zorgverzekeraar de hierna volgende percentages van het verzekerde bedrag uit tot maximaal het verzekerde bedrag.

- Bij blijvend volledig (functie)verlies of blijvende volledige onbruikbaarheid van de volgende lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens:
 - een arm: tot in het schoudergewricht 75%
 - een arm: tot in het ellebooggewricht 65%
 - een arm: tussen elleboog- en schoudergewricht 65%
 - een arm: tussen pols en ellebooggewricht 60%
 - een hand: tot in het polsgewricht 60%
 - een been: tot in het heupgewricht 70%
 - een been: tot in het kniegewricht 60%
 - een been: tussen knie- en heupgewricht 60%
 - een been: tussen enkel- en kniegewricht 50%
 - een voet: tot in het enkelgewricht 50%
 - een duim 25%
 - een wijsvinger 15%
 - een middelvinger 15%
 - een ringvinger of pink 15%bij blijvend volledig (functie)verlies of blijvende volledige onbruikbaarheid van meer dan één vinger van een hand keert de zorgverzekeraar maximaal 60% van het verzekerde bedrag uit.
 - een grote teen 10%
 - andere tenen dan de grote teen 5%
 - het gezichtsvermogen van een oog 30%
 - het gezichtsvermogen van beide ogen 100%
 - het gehoor van een oor 20%
 - het gehoor van beide oren 50%
 - het reuk- en smaakvermogen 20%
 - het verlies van het seksuele vermogen, behalve het bepaalde in lid 3 onder 2, 25%
- Bij de volgende letsels of combinatie van letsels:
 - totaal verlies van de geestelijke vermogens, behalve het bepaalde in lid 3 onder 2, 100%
 - verlies van beide armen of handen 100%
 - verlies van beide benen of voeten 100%
 - verlies van een arm of hand, samen met een been of voet 100%
- Bij gedeeltelijk (functie)verlies of gedeeltelijke onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens dat hiervoor is omschreven, keert de zorgverzekeraar een gedeelte van de genoemde uitkeringspercentages uit evenredig aan de mate van dat (functie)verlies. Dit gedeeltelijk (functie)verlies of de onbruikbaarheid wordt vastgesteld volgens algemeen aanvaarde medische maatstaven. Gedeeltelijk verlies van de reuk of de smaak wordt niet als invaliditeit beschouwd.
- Bij blijvend functieverlies of blijvende onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens als gevolg van een (combinatie van) letsel(s) dat niet hiervoor is omschreven, geldt het volgende. Het uitkeringspercentage is gelijk aan het percentage blijvend (functie)verlies, vastgesteld volgens algemeen aanvaarde medische maatstaven. Daarbij blijven uw beroep of werkzaamheden buiten beschouwing.

lid 5

Vaststelling uitkeringspercentage

1. De zorgverzekeraar stelt het uitkeringspercentage vast op basis van de medische eindtoestand, zo mogelijk binnen 2 jaar na het ongeval.
2. Als na de beëindiging van de geneeskundige behandeling nog geen sprake is van een medische eindtoestand, vergoedt de zorgverzekeraar de wettelijke rente over de uitkering vanaf de dag waarop de geneeskundige behandeling wordt beëindigd tot de dag waarop de uitkering plaatsvindt. Als bij medisch onderzoek blijkt dat er nog geen medische eindtoestand is, vindt uiterlijk binnen 5 jaar na de ongevaldatum een nieuw medisch onderzoek in opdracht van de zorgverzekeraar plaats. De dan vast te stellen invaliditeit is de basis voor het bepalen van de uitkering.

lid 6

Bestaande gezondheidstoestand

1. Als de gevolgen van een ongeval worden vergroot door een ziekelijke toestand of door lichamelijke of geestelijke afwijkingen die al voor het ongeval bestonden, keert de zorgverzekeraar niet meer uit dan wanneer eenzelfde ongeval een persoon zonder die ziekte of afwijking zou zijn overkomen.
2. Het onder 1 bepaalde geldt niet als bedoelde omstandigheden uitsluitend en rechtstreeks een gevolg zijn van een eerder ongeval dat u is overkomen tijdens de geldigheidsduur van deze verzekering.

lid 7

Medische expertise

Als de zorgverzekeraar medische expertise noodzakelijk acht om het uitkeringspercentage te kunnen vaststellen, bent u verplicht hieraan uw medewerking te verlenen. U moet zich daartoe door een door de zorgverzekeraar aan te wijzen arts laten onderzoeken of voor onderzoek laten opnemen in een door de zorgverzekeraar aan te wijzen instelling of inrichting. De medische expertise vindt in Nederland plaats. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten ervan.

lid 8

Wat te doen na een ongeval?

1. *Melding van een ongeval*
Van een ongeval dat tot uitkering kan leiden, geldt dat dit zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen dertig dagen, aan de zorgverzekeraar moet worden gemeld. Dit met een nauwkeurige omschrijving van het ongeval en zo mogelijk de oorzaak en de gevolgen.
2. *Verplichtingen na een ongeval*
 - a. U bent verplicht zich na een ongeval zo spoedig mogelijk onder geneeskundige behandeling te stellen en volledig aan uw herstel mee te werken.
 - b. U bent verplicht aan de zorgverzekeraar of aan een door de zorgverzekeraar aangewezen arts alle gewenste inlichtingen volledig en naar waarheid te verstrekken.
 - c. De begunstigde(n) is/zijn verplicht toestemming te verlenen tot en medewerking te verlenen aan alle maatregelen die de zorgverzekeraar nodig acht voor de vaststelling van de doodsoorzaak (sectie).
3. De zorgverzekeraar heeft het recht uitkering te weigeren als de verplichtingen niet worden nagekomen. Als de melding later plaatsvindt dan bedoeld onder 1, behoudt u recht op uitkering als u kunt aantonen dat:
 - het (functie)verlies of de onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens uitsluitend het gevolg is van een ongeval;
 - de gevolgen van een ongeval niet door ziekte, gebrekkigheid of abnormale lichaams- of geestesgesteldheid vergroot zijn;
 - u de voorschriften van de behandelend arts heeft opgevolgd;
 - de melding achterwege is gebleven als gevolg van buitengewone omstandigheden.

Deel C Zorgdiensten

VvAA zorgverzekering Excellent

VvAA zorgconsulent: van preventie tot nazorg

De VvAA zorgconsulent helpt u persoonlijk verder met informatie over gezondheid, preventie, ziekte en zorg. Daarnaast kunt u bij de Zorgconsulent terecht voor het regelen van een aantal zorgtaken en (wachtrijst)bemiddeling. De Zorgconsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 8.30 en 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 668 96 67 of via zorgconsulent@vvaazorgverzekering.nl.

De Zorgconsulent ondersteunt u

De Zorgconsulent ondersteunt u met onderstaande diensten.

Informatie, voorlichting en/of advies over:

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

Het regelen van:

- bevalling-tens, zie deel B, art. 1, lid 4;
- huishoudelijke hulp, zie deel B, art. 14;
- vervangende mantelzorg, zie deel B, art. 15;
- kinderopvang, zie deel B, art. 16;
- gezondheidscheck-up, zie deel B, art. 17, lid 1;
- preventief medisch onderzoek, zie deel B, art. 17 lid 5;
- eenpersoonskamer, zie deel B, art. 20, lid 1;
- specifieke arrangementen, zie deel B, art. 20, lid 3;
- inzet VvAA zorg assistent, zie deel B, art. 22;
- een telefoongesprek met een arts of diëtist voor algemene informatie over ziekten, aandoeningen en voeding.

Bemiddeling:

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

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

eHealth

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

Kraamzorg

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

Taxivervoer

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer zoals beschreven in artikel 9 en 22 lid 3 van deel B. Om u optimaal van dienst te zijn, laat de zorgverzekeraar een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Als u hiervan gebruik wilt maken, kunt u op werkdagen tussen 8.30 en 17.00 uur contact opnemen met dit taxibedrijf op telefoonnummer 0900 333 33 30.

Artsen Alarm Service

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

In artikel 19 deel B is omschreven welke dienstverlening de Artsen Alarm Service u nog meer kan bieden.

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

Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval

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

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

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

VvAA
tandplus

Inhoudsopgave

VvAA tandplus

Deel B Omvang dekking

Tandplus A	147
Tandplus B	148
Tandplus C	148
Tandplus D	149
Tandheelkundige kosten buiten het woonland	149

Deel B Omvang Dekking

VvAA tandplus

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg als hierna omschreven. Daarbij zijn deel A-1 en A-2 ook van toepassing. Het polisblad vermeldt welke dekking geldt.

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

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling door een tandarts, tandprotheticus of mondhygiënist tot maximaal:

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

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

Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van:

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

Tandplus A

Artikel 1 Algemene tandheelkundige zorg

De zorgverzekeraar vergoedt 75% van de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten) tot maximaal € 250,- per kalenderjaar.

Artikel 2 Tandheelkundige zorg na ongeval

Voor tandheelkundige behandeling, die noodzakelijk is door een ongeval, vergoedt de zorgverzekeraar maximaal éénmaal per kalenderjaar de kosten (inclusief techniekkosten en de kosten van eventueel noodzakelijke prothetische voorzieningen) tot maximaal € 2.500,-.

De zorgverzekeraar verleent alleen vergoeding als:

- het ongeval plaatsvindt binnen de looptijd van deze verzekering;
- de behandeling plaatsvindt binnen een jaar na het ongeval;
- de zorgverzekeraar toestemming vooraf heeft verleend. Dit geldt niet voor acute zorg.

Tandplus B

Artikel 1 Algemene tandheelkundige zorg

- lid 1 De zorgverzekeraar vergoedt 100% van de kosten van de volgende behandelingen:
- C11 Periodieke controle;
 - M01 Preventieve voorlichting en/of instructie;
 - M02 Consult voor evaluatie van preventieve voorlichting en/of instructie;
 - M03 Gebitsreiniging;
 - M10 Fluoride applicatie (Methode I);
 - M20 Fluoride applicatie (Methode II);
 - X10 Röntgenfoto (niet ten behoeve van orthodontie);
 - V30 Sealen eerste element;
 - V35 Sealen volgende element in dezelfde zitting.
- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt 75% van de kosten van de overige algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten).
- lid 3 De vergoeding voor de kosten bedoeld in lid 1 en 2 tezamen bedraagt maximaal € 750,- per kalenderjaar.

Artikel 2 Tandheelkundige zorg na ongeval

Voor tandheelkundige behandeling, die noodzakelijk is door een ongeval, vergoedt de zorgverzekeraar maximaal éénmaal per kalenderjaar de kosten (inclusief techniekkosten en de kosten van eventueel noodzakelijke prothetische voorzieningen) tot maximaal € 5.000,-.

De zorgverzekeraar verleent alleen vergoeding als:

- het ongeval plaatsvindt binnen de looptijd van deze verzekering;
- de behandeling plaatsvindt binnen een jaar na het ongeval;
- de zorgverzekeraar toestemming vooraf heeft verleend. Dit geldt niet voor acute zorg.

Tandplus C

Artikel 1 Algemene tandheelkundige zorg

- lid 1 De zorgverzekeraar vergoedt 100% van de kosten van de volgende behandelingen:
- C11 Periodieke controle;
 - M01 Preventieve voorlichting en/of instructie;
 - M02 Consult voor evaluatie van preventieve voorlichting en/of instructie;
 - M03 Gebitsreiniging;
 - M10 Fluoride applicatie (Methode I);
 - M20 Fluoride applicatie (Methode II);
 - X10 Röntgenfoto (niet ten behoeve van orthodontie);
 - V30 Sealen eerste element;
 - V35 Sealen volgende element in dezelfde zitting.
- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt 75% van de kosten van de overige algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten).
- lid 3 De vergoeding voor de kosten bedoeld in lid 1 en 2 tezamen bedraagt maximaal € 1.500,- per kalenderjaar.

Artikel 2 Tandheelkundige zorg na ongeval

Voor tandheelkundige behandeling, die noodzakelijk is door een ongeval, vergoedt de zorgverzekeraar maximaal éénmaal per kalenderjaar de kosten (inclusief techniekkosten en de kosten van eventueel noodzakelijke prothetische voorzieningen) tot maximaal € 5.000,-.

De zorgverzekeraar verleent alleen vergoeding als:

- het ongeval plaatsvindt binnen de looptijd van deze verzekering;
- de behandeling plaatsvindt binnen een jaar na het ongeval;
- de zorgverzekeraar toestemming vooraf heeft verleend. Dit geldt niet voor acute zorg.

Tandplus D

Artikel 1 Algemene tandheelkundige zorg

De zorgverzekeraar vergoedt 100% van de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten) tot maximaal € 1.500,- per kalenderjaar.

Artikel 2 Tandheelkundige zorg na ongeval

Voor tandheelkundige behandeling, die noodzakelijk is door een ongeval, vergoedt de zorgverzekeraar maximaal éénmaal per kalenderjaar de kosten (inclusief techniekkosten en de kosten van eventueel noodzakelijke prothetische voorzieningen) tot maximaal € 5.000,-.

De zorgverzekeraar verleent alleen vergoeding als:

- het ongeval plaatsvindt binnen de looptijd van deze verzekering;
- de behandeling plaatsvindt binnen een jaar na het ongeval;
- de zorgverzekeraar toestemming vooraf heeft verleend. Dit geldt niet voor acute zorg.

Tandheelkundige kosten buiten het woonland

Artikel 1 Als u de kosten van tandheelkundige zorg gemaakt heeft buiten uw woonland, vergoedt de zorgverzekeraar die kosten tot maximaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme tarief van een gelijke behandeling in Nederland, tot de dekking van de Tandplus A, B, C of D.

Artikel 2 De zorgverzekeraar vergoedt nota's van buitenlandse zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij de gemiddelde wisselkoers van de maand voorafgaand aan die waarin de zorg of dienst is ontvangen.

VvAA

privé zorgpakket

Inhoudsopgave

VvAA privé zorgpakket

Deel B Omvang dekking

Artikel 1	Privé kamer	153
Artikel 2	Zorg luxe	154
Artikel 3	Zorg assistent	154
Artikel 4	Zorg totaal	154
Artikel 5	Privékamer in het buitenland	155
Artikel 6	Diensten	155

Deel B Omvang Dekking

VvAA privé zorgpakket

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten zoals hierna omschreven in de te verzekeren onderdelen van het VvAA privé zorgpakket. Daarbij zijn deel A-1 en A-2 ook van toepassing. Het polisblad vermeldt welke onderdelen gesloten zijn.

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

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg:

1. tot maximaal het overeengekomen tarief tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis;
2. bij ontbreken van een overeengekomen tarief:
 - in Nederland tot maximaal het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) of een marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat ONVZ: het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgaanbieders in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.
 - in het buitenland tot maximaal tweemaal het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) of een marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat ONVZ: het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgaanbieders in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.

Artikel 1 Privé kamer

- lid 1 Als u in een ziekenhuis in Nederland bent opgenomen, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van verblijf in een eenpersoonskamer, als:
- het ziekenhuis een garantieovereenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten;
 - de opname medisch noodzakelijk is voor specialistisch onderzoek of behandeling.

Voor meer informatie of een overzicht van de ziekenhuizen waarmee de zorgverzekeraar een garantieovereenkomst heeft gesloten, kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie artikel 6) of www.vvaa.nl/zorgverzekering raadplegen.

Ziekenhuizen met een garantieovereenkomst bieden verblijf in een eenpersoonskamer in ieder geval aan bij een geplande meerdaagse opname bij de volgende specialismen: chirurgie, gynaecologie, KNO, kaakchirurgie, orthopedie, oogheelkunde, urologie of plastische chirurgie. Bij de overige specialismen is het aanbod van de eenpersoonskamer afhankelijk van de bezetting in het ziekenhuis. Daar waar mogelijk en medisch verantwoord zal een eenpersoonskamer worden aangeboden.

- lid 2 Als u in een ziekenhuis in Nederland bent opgenomen waarmee de zorgverzekeraar geen garantieovereenkomst heeft gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van verblijf in een eenpersoonskamer bij het specialisme waarvoor u bent opgenomen. De opname moet medisch noodzakelijk zijn voor specialistisch onderzoek of behandeling.
- lid 3 De zorgverzekeraar vergoedt de extra kosten van door de zorgverzekeraar te regelen specifieke arrangementen. Voor meer informatie of een overzicht van deze specifieke arrangementen kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie artikel 6) of www.vvaa.nl/zorgverzekering raadplegen.
- lid 4 Als een ziekenhuis in Nederland wel eenpersoonskamers heeft, maar u er geen gebruik van kunt maken bij uw geplande meerdaagse opname, heeft u recht op een compensatie van € 75,- per opnamedag. Dit geldt dus niet als u onvoorzien in het ziekenhuis wordt opgenomen. Sommige ziekenhuizen beschikken over eenpersoonskamers, uitsluitend bestemd voor patiënten die daar om medische redenen gebruik van moeten maken. Als dat het geval is, bestaat geen aanspraak op de compensatie van € 75,- per dag.

Artikel 2 **Zorg luxe**

Zorg luxe omvat de Privé kamer (artikel 1) en de vergoeding van een luxe pakket in een ziekenhuis in Nederland.

- lid 1 Als u in een ziekenhuis in Nederland bent opgenomen, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van een luxepakket, dat door het ziekenhuis wordt aangeboden. De invulling van het luxepakket is afhankelijk van wat het betreffende ziekenhuis aanbiedt en kan bestaan uit:
- telefoneren binnen Nederland (alleen bij gebruik van het toestel dat op de kamer aanwezig is);
 - koelkast gevuld met diverse dranken;
 - krant of tijdschrift;
 - koffie en thee voor het bezoek;
 - luxe maaltijden of een extra verstrekking van een snack;
 - gebruik van televisie en internetaansluiting.
- lid 2 Als een ziekenhuis in Nederland wel luxepakketten aanbiedt, maar op het moment van uw opname niet beschikbaar heeft, heeft u recht op een compensatie van € 5,- per opnamedag.

Artikel 3 **Zorg assistent**

Zorg assistent omvat de Privé kamer (artikel 1) en de dienstverlening door de VvAA zorg assistent, evenals de vergoeding van de kosten van vervoer.

- lid 1 Als u van tevoren weet dat u in een ziekenhuis in Nederland wordt opgenomen, heeft u recht op hulp van de VvAA zorg assistent. De VvAA zorg assistent:
- a. neemt vooraf contact met u op voor een intake;
 - b. regelt desgewenst het vervoer naar het ziekenhuis;
 - c. is bij de opname in het ziekenhuis aanwezig en maakt u wegwijs in het ziekenhuis;
 - d. beantwoordt uw zorgvragen;
 - e. kan desgewenst telefonisch contact met u houden, overleggen met de (medische) staf, u bezoeken en bemiddelen in thuiszorg, kinderopvang of voor hulpmiddelen. De kosten van thuiszorg, kinderopvang en hulpmiddelen vallen niet onder de dekking;
 - f. begeleidt u bij ontslag;
 - g. regelt desgewenst het vervoer bij ontslag uit het ziekenhuis.
- lid 2 Als u onverwacht wordt opgenomen in een ziekenhuis in Nederland, heeft u recht op hulp van de VvAA zorg assistent zoals genoemd in lid 1, onder d tot en met g.
- lid 3 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van vervoer van en naar een ziekenhuis binnen Nederland:
- bij gebruik van de auto € 0,27 per gereden kilometer. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet;
 - bij taxivervoer volledig, als gebruik wordt gemaakt van een door de zorgverzekeraar gecontracteerd taxibedrijf (zie artikel 6).

Het vervoer vindt plaats voor een opname waarvoor dekking bestaat volgens artikel 1 (Privé kamer). Als de kosten van vervoer (deels) vanuit een andere (aanvullende) (zorg)verzekering worden vergoed, vergoedt de zorgverzekeraar alleen de aanvulling op die vergoeding tot maximaal de in dit artikel omschreven dekking. Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed.

Artikel 4 **Zorg totaal**

Zorg totaal omvat de in artikel 1 t/m 3 beschreven dekking.

Artikel 5 **Privékamer in het buitenland**

- lid 1 Als u in Nederland woont, maar kiest voor opname in een ziekenhuis in België, Duitsland of Frankrijk, bestaat dekking voor de extra kosten van verblijf in een eenpersoons- of tweepersoonskamer, als die voor het specialisme waar u wordt opgenomen, aanwezig is. De opname moet medisch noodzakelijk zijn voor specialistisch onderzoek of behandeling. Voor vergoeding moet u aan de zorgverzekeraar een gespecificeerde nota van de extra kosten van de eenpersoonskamer of tweepersoonskamer overleggen.
- lid 2 Als u in het buitenland woont, bestaat dekking voor de extra kosten van verblijf in een eenpersoons- of tweepersoonskamer in een ziekenhuis in enig land, als die voor het specialisme waar u wordt opgenomen, aanwezig is. De opname moet medisch noodzakelijk zijn voor specialistisch onderzoek of behandeling. Voor vergoeding moet u aan de zorgverzekeraar een gespecificeerde nota van de extra kosten van de eenpersoonskamer of tweepersoonskamer overleggen.

Artikel 6 **Diensten**

Bij vragen over of het regelen van de Privé kamer of de Zorg assistent neemt u contact op met de VvAA zorgconsulent.

De VvAA zorgconsulent is te bereiken tijdens kantooruren op het gratis telefoonnummer 0800 668 96 67.

Voor het aanvragen van taxivervoer, voor zover dat niet is geregeld door de VvAA zorg assistent, kunt u contact opnemen met het door de zorgverzekeraar gecontracteerde taxibedrijf, te bereiken op het telefoonnummer 0900 333 33 30.

VvAA

zorgversneller

Inhoudsopgave

VvAA zorgversneller

Algemene bepalingen

Artikel 1	Toepasselijkheid algemene bepalingen	159
-----------	--------------------------------------	-----

Omvang dekking VvAA zorgversneller

Artikel 2	Bemiddeling	159
Artikel 3	Werkwijze	160
Artikel 4	Griepvaccinatie	160
Artikel 5	Aansprakelijkheid	160

Polisvoorwaarden

VvAA zorgversneller

Algemene bepalingen

Artikel 1 Toepasselijkheid algemene bepalingen

- lid 1 De Algemene bepalingen VvAA aanvullende verzekeringen zijn van toepassing op VvAA zorgversneller. Deze Algemene bepalingen zijn bijgevoegd.
- lid 2 Als een bepaling van de polisvoorwaarden VvAA zorgversneller in strijd is met die van de Algemene bepalingen VvAA aanvullende verzekeringen, gaat de bepaling van VvAA zorgversneller voor.
- lid 3 De ingangsdatum is de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek tot het sluiten van VvAA zorgversneller heeft ontvangen. Op verzoek van de verzekeringnemer kan dit ook een latere dag zijn, maar nooit een eerdere.
- lid 4 Daar waar in artikel 12 (Uitsluitingen) van deel A-1 van de Algemene bepalingen staat 'dekking van kosten voor' moet u lezen: 'aanspraak op uitkering (in natura)'.

Omvang dekking VvAA zorgversneller

Artikel 2 Bemiddeling

- lid 1 Als u uw werkzaamheden geheel of gedeeltelijk niet meer kunt voortzetten door ziekte of ongeval, kunt u of kan de verzekeringnemer dit melden bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar biedt de garantie dat binnen 5 werkdagen na de dag van melding bij de zorgverzekeraar gestart zal worden met het stellen van de diagnose (inclusief bijbehorende onderzoeken) of de behandeling. De diagnosestelling en behandeling zijn gericht op werkhervatting.
- Als de diagnose is gesteld, geldt de garantie dat binnen 5 werkdagen gestart zal worden met de behandeling. Deze garantie heeft betrekking op de gangbare aandoeningen (bijvoorbeeld in het kader van een wachtlijst). Zo nodig benadert de zorgverzekeraar een zorgverlener in het buitenland (binnen EU- en EER-landen) voor de diagnosestelling of behandeling.
- lid 2 De vermelde termijn van 5 werkdagen geldt, als de situatie in verband met het stellen van de diagnose of de behandeling niet zo complex is dat hieraan redelijkerwijs niet kan worden voldaan. De zorgverzekeraar zal zich dan wel inspannen. De garantie geldt niet voor transplantaties en vergelijkbare behandelingen.
- lid 3 De zorgverzekeraar kan ook bemiddelen voor kinderopvang, huishoudelijke hulp of taxivervoer, als aangeboden door de door de zorgverzekeraar gecontracteerde organisaties.
- Aanspraak bestaat op bemiddeling voor kinderopvang bij ziekte of ongeval van uzelf, uw partner of uw kind tot en met 12 jaar. Als dit nodig is, kan de kinderopvang thuis gecombineerd worden met huishoudelijke hulp.
- lid 4 Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de diagnosestelling of behandeling zelf. Ook de kosten van kinderopvang, huishoudelijke hulp of taxivervoer worden niet vergoed. Deze kosten kunnen gedekt zijn onder een (aanvullende) verzekering. De zorgverzekeraar adviseert om vooraf bij uw (zorg)verzekeraar te informeren naar de vergoeding.

Artikel 3 **Werkwijze**

- lid 1 Bemiddeling geschiedt op uw verzoek. De zorgverzekeraar informeert u over de verschillende mogelijkheden en regelt een afspraak volgens uw keuze.
- lid 2 De VvAA zorgversneller assistent is uw aanspreekpunt. De VvAA zorgversneller assistent is bereikbaar op werkdagen van 8.30 tot 17.30 uur op telefoonnummer 030 639 65 45, of via zorgversneller@vvaazorgverzekering.nl.
- lid 3 Voordat wordt bemiddeld, moet u een verwijzing hebben van de huisarts, de bedrijfsarts of een medisch specialist. Op verzoek van de zorgverzekeraar moet u de verwijzing overleggen.

Artikel 4 **Griepvaccinatie**

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

Artikel 5 **Aansprakelijkheid**

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

2016

Vvaa zorgverzekering

Postbus 168

3990 DD Houten

030 639 64 00

www.vvaa.nl/zorgverzekering