



Verzekeringsvoorwaarden 2019
VGZ Den Haagpakket



Welkom bij VGZ

Dit zijn de verzekeringsvoorwaarden die gelden voor uw aanvullende verzekering(en) bij VGZ. U kunt voor meer informatie, bijvoorbeeld over declareren of onze zorgverzekeringspakketten, terecht op www.vgz.nl/denhaag.

Met hart voor zinnige zorg

Mijn VGZ

Via 'Mijn VGZ' kunt u onder andere uw declaraties inzien.

Met uw DigiD kunt u direct veilig inloggen op www.mijnvgz.nl.

Contact

Kijk op www.vgz.nl/contact voor onze contactgegevens.

Gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgverleners

Onze gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgverleners vindt u op www.vgz.nl/zorgzoeker.

Aanvragen toestemming

Wilt u weten voor welke vergoedingen u vooraf onze toestemming nodig heeft? Dit vindt u terug in deze verzekeringsvoorwaarden. Wilt u toestemming aanvragen? Download het toestemmingsformulier op www.vgz.nl. Dit formulier kunt u printen, invullen en opsturen naar:

VGZ Den Haagpakket
T.a.v. Machtigingen
Postbus 25150
5600 RS Eindhoven

Eenvoudig online declareren

Uw declaraties dient u eenvoudig online in via www.mijnvgz.nl. U kunt veilig inloggen met uw DigiD. Het bedrag dat wij vergoeden ontvangt u binnen 10 werkdagen op uw rekening.

Declareert u liever per post? Stuur dan de originele nota met een declaratieformulier naar:

VGZ Den Haagpakket
Antwoordnummer 9292
5600 VM Eindhoven



Inhoud

Welkom bij VGZ	2
I. Algemeen gedeelte	5
Artikel 1. Verzekerde zorg	5
Artikel 2. Algemene bepalingen	8
Artikel 3. Premie	9
Artikel 4. Overige verplichtingen	10
Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden	11
Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering	11
Artikel 7. Klachten en geschillen	12
Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling	13
II. Wettelijk verplicht eigen risico	14
Artikel 9. Herverzekering wettelijk verplicht eigen risico	14
III. Vergoeding aanvullende verzekering	15
ALTERNATIEVE ZORG	15
Artikel 10. Consulten, behandelingen en homeopathische geneesmiddelen	15
THERAPIËN	16
Artikel 11. Acnebehandeling	16
Artikel 12. Camouflagetherapie	16
Artikel 13. Cogmed tot 18 jaar	16
Artikel 14. Fysiotherapie	17
Artikel 15. Oefentherapie Cesar/Mensendieck	17
Artikel 16. Ergotherapie	18
Artikel 17. Neurofeedback tot 18 jaar	19
Artikel 18. Ontharen	19
Artikel 19. Overgangsconsulente	19
Artikel 20. Psoriasisbehandeling	20
Artikel 21. Seksuologische zorg	20
Artikel 22. Voetverzorging	20
HULPMIDDELEN	21
Artikel 23. Bekkenbandages	21
Artikel 24. Brillen en contactlenzen	21
Artikel 25. Eenvoudige loophulpmiddelen	22
Artikel 26. Hand- en/of vingerspalk voor tijdelijk gebruik	22
Artikel 27. Plaswekker	22
Artikel 28. Pruiken	22
Artikel 29. Steunpessarium	23
Artikel 30. Snurkbeugel	23
BUITENLAND	23
Artikel 31. Geneeskundige hulp bij tijdelijk verblijf in het buitenland (werelddekking)	23
Artikel 32. Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen bij reis naar het buitenland	24
KUURREIZEN	24
Artikel 33. Kuurreis Dode Zee te Israël	24
Artikel 34. Buitenlandse kuurreis reumatoïde artritis- en Bechterew-patiënten	25
Artikel 35. Kuren te Nieuweschans, Arcen of Skin Therapy te Schagen	25



PREVENTIE	25
Artikel 36. Cursussen	25
Artikel 37. Sportmedisch advies	25
GEBOORTEZORG	26
Artikel 38. Combinatietest	26
Artikel 39. Kinderwensconsult (preconceptiezorg)	26
Artikel 40. Kraampakket	27
Artikel 41. Kraamzorg	27
Artikel 42. Zwangerschapscursussen	27
DIVERSEN	27
Artikel 43. Anticonceptiemiddelen vanaf 21 jaar	27
Artikel 44. Zelfzorgmiddelen voor kinderen	28
Artikel 45. Dieetkosten	28
Artikel 46. Eigen bijdragen	28
Artikel 47. Eigen bijdrage Wmo	29
Artikel 48. Herstellingsoord in Nederland	30
Artikel 49. Personenalarmering	30
Artikel 50. Reiskosten bezoek ernstig zieke kinderen	30
Artikel 51. Verblijf in een logeerhuis of familiehuis bij ziekenhuisopname	31
Artikel 52. Sterilisatie	31
MONDZORG	31
Artikel 53. Algemene tandheelkundige zorg	31
Artikel 54. Gebitsprothese (kunstgebit)	32
Artikel 55. Tandheeldkundige orthodontische hulp (beugels) voor verzekerden jonger dan 18 jaar	32

Begripsomschrijvingen

33



I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Uw aanvullende verzekering geeft u recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden.

1.2. Medische noodzaak

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgverleners aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.3. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgverlener moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgverleners de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgverlener moet voldoen. Voor een aantal vormen van zorg hebben we zorgverleners gecontracteerd, aangewezen of erkend. Een overzicht van de door ons gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgverleners vindt u op onze website.

Extra bepalingen hulpverlening

Behandelingen door zorgverleners in een van de lidstaten van de Europese Unie komen ook voor vergoeding in aanmerking als deze zorgverleners:

- aangesloten zijn bij een beroepsorganisatie die dezelfde behandelingen verricht als de vereiste Nederlandse beroepsorganisatie en daaraan dezelfde eisen en voorwaarden stelt en;
- in het bezit zijn van een diploma gelijk aan het vereiste Nederlandse diploma.

Behandelingen in/door instellingen gevestigd in een van de lidstaten van de Europese Unie komen ook voor vergoeding in aanmerking als deze instellingen:

- erkend zijn door een organisatie die aan de verrichtingen van de instelling dezelfde eisen en voorwaarden stelt als de erkende Nederlandse organisatie en;
- gelijke behandelingen/activiteiten verrichten als de vereiste Nederlandse instelling.

1.4. Vergoeding van de kosten van zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van (verzekerde) zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

1.4.1. Zorg verleend door een gecontracteerde zorgverlener

Als u gebruikmaakt van een door ons gecontracteerde zorgverlener, dan vergoeden wij de kosten van zorg op basis van het met de betrokken zorgverleners overeengekomen tarief.

1.4.2. Zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u de rekening of een deel van de rekening zelf moet betalen. Dit vindt u in het betreffende zorgartikel.

1.4.3. Zorg verleend door een niet-aangewezen of niet-erkende zorgverlener

Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen of erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet. Dit vindt u in het betreffende zorgartikel.

1.4.4. Budget

Is er voor de betreffende zorg sprake van een budget? Dan is de totale vergoeding nooit hoger dan het maximale bedrag van het budget dat in het betreffende zorgartikel wordt genoemd.



1.5. Insturen van nota's

Veel zorgverleners sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota heeft ontvangen, kunt u een declaratie-formulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Het is belangrijk dat op de nota de volgende informatie staat:

- uw naam, adres en geboortedatum;
- soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling;
- naam en adres van de zorgverlener.

De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden.

Nota's moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet. Wij hebben het recht te wachten met betaling van de nota totdat betaling van de kosten door u is aangetoond.

Online declareren

U declareert uw nota's gemakkelijk en snel online. Ga daarvoor naar www.mijnvgz.nl. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen in verband met controle. Als u de nota's niet kunt overleggen, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.6. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgverlener. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

1.7. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgverlener betalen en meer vergoeden dan waartoe wij gehouden zijn op grond van uw aanvullende verzekering(en) of de kosten van zorg komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.8. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft u een verwijzing, voorschrift en/of schriftelijke toestemming vooraf nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.

Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig heeft? Dan kunt u die vragen aan de zorgverlener die wij in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming

U heeft in een aantal gevallen toestemming nodig voordat de zorg wordt geleverd. Deze toestemming noemen wij ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming heeft gekregen, dan heeft u geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgverlener beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor u toestemming bij ons aan. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voor in de verzekeringsvoorwaarden.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben afgesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

1.9. Wanneer heeft u recht op (vergoeding van kosten van) verzekerde zorg?

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw aanvullende verzekering. Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgverlener opgegeven datum waarop de zorg is geleverd bepalend. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgverlener de kosten hiervan in één bedrag in rekening mag brengen (een diagnose-behandelcombinatie),



dan vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering en worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

1.10. Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015; tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- (vergoeding van de kosten van) zorg die verband houden met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het tot stand komen van de aanvullende verzekering en waarmee u bekend was of kon zijn of waarvan u toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gemaakt aan ons. Deze uitsluiting is niet van toepassing als de aanvullende verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgverlener bent verschenen (de zogenoemde 'no show fee');
- reiskosten verbonden aan zorg uit de aanvullende verzekering;
- vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgverleners;
- vergoeding van eigen bijdragen die of eigen risico dat u verschuldigd bent op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de Zorgverzekeringswet als u verzekeringsplichtige in de zin van die wet was;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de aanvullende verzekering bij ons niet zou bestaan, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald. In dat geval is deze aanvullende verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal op grond van deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken. Wij hanteren het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. U kunt het convenant vinden op onze website;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- vergoeding als de kosten in rekening worden gebracht door uzelf, uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid.

1.11. Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Heeft u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een (kalender)jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, dan heeft u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is. De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen.

De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd.

In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de schade) krijgt vergoed.

Artikel 2. Algemene bepalingen

2.1. Grondslag van de aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier heeft aangegeven of die u ons schriftelijk heeft doorgegeven.

2.2. Aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde of op andere schriftelijke wijze aan u bevestigde aanvullende verzekering. Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op het VGZ Den Haagpakket.

2.3. Bijbehorende documenten

In deze verzekeringsvoorwaarden verwijzen we naar documenten. Deze maken deel uit van de voorwaarden voor zover van

toepassing. Het gaat om de volgende documenten:

- Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- Clausuleblad terrorismedekking;
- Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners;
- Overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgverleners;
- Verwijzingsprotocol naar de lactatiekundige NVL;
- Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera;
- Reglement gezichtshulpmiddelen;
- Convenant Samenloop Reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen.

U vindt deze documenten op onze website.

2.4. Fraude

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden en/of al gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. Als u fraude pleegt, dan vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug. U bent ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.

Aangifte en registratie

Wij kunnen bij fraude aangifte doen bij de politie. Ook kunnen wij uw gegevens en die van medeplegers en medeplichtigen (laten) opnemen in:

- ons Incidentenregister;
- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in het externe verwijzingsregister van de stichting CIS.

Beëindiging verzekering(en)

Als u fraude pleegt, beëindigen wij uw zorgverzekering. U kunt dan 5 jaar geen zorgverzekering bij ons sluiten. Wij beëindigen ook uw aanvullende zorgverzekering(en). U kunt dan 8 jaar geen aanvullende verzekering sluiten bij de verzekeraars van Coöperatie VGZ.

2.5. Bescherming van uw persoonsgegevens

Bij het uitvoeren van uw verzekeringen verwerken wij uw persoonsgegevens. Wij doen dit in overeenstemming met de wet- en regelgeving, zoals de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). In de privacyverklaring op onze website leest u hier meer over. Ook leest u in de privacyverklaring welke rechten u heeft.

Als u vragen heeft over de omgang met uw persoonsgegevens, dan kunt u deze richten aan de functionaris voor de gegevensbescherming. Kijk voor meer informatie op de pagina over privacy op onze website.

Geheimhouding van uw adres

Voor de uitvoering van uw verzekeringen mogen wij uw burgerservicenummer (BSN) en adres delen met bijvoorbeeld zorgverleners. Als u uw adres geheim wilt houden, dan kunt u dit aan ons melden. Wij geven uw adres dan niet door.



2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u alle mededelingen van ons langs elektronische weg wilt ontvangen, dan kunt u dit aangeven in de Mijn-omgeving.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie

Bij de totstandkoming van deze aanvullende verzekering wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering(en). U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de aanvullende verzekering, heeft u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst of. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9. Nederlands recht

Op de aanvullende verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3. Premie

3.1. Wie betaalt premie?

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Voor een verzekerde jonger dan 18 jaar hoeft tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18^e verjaardag geen premie te worden betaald. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de aanvullende verzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

Voorbeeld

Iemand die op 1 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus.

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

3.2.1. De premies en voorwaarden zoals bepaald in de collectieve overeenkomst zijn van toepassing vanaf de dag dat u deelneemt aan de collectieve overeenkomst.

3.2.2. Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals bepaald in de collectieve overeenkomst.

Vanaf deze dag bieden wij u een andere aanvullende verzekering van VGZ aan. Wilt u deze aanvullende verzekering(en) wijzigen of opzeggen? Dan kunt u dit binnen 30 dagen na de ingangsdatum van de andere aanvullende verzekering(en) aan ons doorgeven.

3.2.3. U kunt maar aan 1 collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3. Betaling van premie, wettelijke bijdragen en kosten

3.3.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdragen maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen.

3.3.2. U bent premie verschuldigd met ingang van de eerste dag van uw inschrijving tot en met de dag van uitschrijving. Voor de betaling van de verschuldigde premie moet u ons een machtiging verstrekken voor automatische incasso.

Kosteloze betaalmogelijkheden

a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 3.3.3).

b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via uw Mijn-omgeving gratis een digitale factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. Dit kan desgewenst direct via iDeal.

Aan deze betaalmogelijkheden zijn geen extra kosten verbonden.

Kosten voor betaling per papieren factuur (acceptgiro)

Als u geen gebruikmaakt van de kosteloze betaalmogelijkheden voor uw premie, eigen risico en eigen bijdragen dan betaalt u € 1,50 per papieren factuur. Dit bedrag is voor alle kosten die wij maken voor het in stand houden, vervaardigen en aanbieden van een papieren factuur en het verwerken van uw betaling. Ook als u voor de betaling geen gebruikmaakt van de papieren factuur. U ontvangt ook een papieren factuur als een automatische incasso van uw premie, eigen risico en eigen bijdragen niet kan worden uitgevoerd of als u een betalingsregeling met ons



aangaat en u kiest voor betaling per papieren factuur. Ook dan betaalt u per papieren factuur € 1,50. Betaalt u uw premie per kwartaal of jaar en kiest u voor betaling per papieren factuur? Dan zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

- 3.3.3.** Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Deze toestemming geldt tijdens en zo nodig ook na afloop van de verzekeringsovereenkomst. Op uw polisblad informeren wij u over de datum van automatisch incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar. Voor de overige kosten informeren wij u tenminste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen is gemaximeerd tot € 220 per maand. Voor bedragen boven de € 220 sturen wij u een papieren factuur. Als wij ervoor kiezen u een acceptgiro te sturen, dan zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

3.4. Verrekening

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een bedrag dat u nog van ons verwacht.

3.5. Niet-tijdig betalen

- 3.5.1.** Indien wij de door u verschuldigde premie gedurende een periode van 2 maanden niet kunnen incasseren, ondanks dat u een machtiging voor automatische incasso heeft afgegeven, zal de gemeente daarvan op de hoogte worden gesteld. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen en kosten niet-tijdig betaalt, sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen.

Wij hebben het recht bij niet-tijdige betaling de aanvullende verzekering(en) te beëindigen. In geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de aanvullende verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. Als wij u accepteren dan gaat de aanvullende verzekering in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar. In het geval dat de volledige betalingsachterstand wordt omgezet in een aflossingsafpraak of betalingsregeling wordt de aanvullende verzekering per 1e van de 2e maand aansluitend op de maand waarin de betalingsregeling is overeengekomen en vastgelegd, hersteld.

- 3.5.2.** Wij brengen de volgende kosten bij u in rekening in geval van niet-tijdig betalen:

- wettelijke rente vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de oorspronkelijke factuur;
- incassokosten vanaf de dag na de uiterste betaaldatum.

- 3.5.3.** Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen, dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

- 3.5.4.** Wij hebben het recht om opeisbare premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.

- 3.5.5.** Als wij de aanvullende verzekering beëindigen omdat u de premie niet op tijd heeft betaald, dan hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- ons te informeren over feiten, die ervoor (kunnen) zorgen dat kosten kunnen worden verhaald op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die zij nodig hebben voor de controle op de uitvoering van de aanvullende verzekering(en);
- de zorgverlener te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering(en) van belang zijn. Dat zijn onder meer begin en einde detentie, (echt) scheiding, geboorte, adoptie of wijziging rekeningnummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, dan kunnen wij uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg schorsen.



Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden

5.1. Wijziging premie en voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie van de aanvullende verzekering op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een dergelijke wijziging gebeurt op een door ons vast te stellen datum.

5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premie van de aanvullende verzekering in uw nadeel wijzigen, kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt de overeenkomst opzeggen, in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft u niet als een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen.

Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering

6.1. Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de zorgverzekering van ons aanvangt of op 1 januari van een kalenderjaar. De aanvullende verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de aanvullende verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

6.2. Acceptatie voor de aanvullende verzekering

6.2.1. Toelating tot de aanvullende verzekering

U moet de aanvullende verzekering als aanvulling op een zorgverzekering VGZ Ruime Keuze met een wettelijk verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar afsluiten. Er geldt geen medische selectie. U kunt zich bij ons aanmelden voor het VGZ Den Haagpakket als u behoort tot de groep van inwoners waarvoor uw gemeente een overeenkomst met VGZ heeft afgesloten.

6.2.2. Wijziging aanvullende verzekering

U kunt uw aanvullende verzekering wijzigen. Het bepaalde in 6.2.1. is van toepassing. U als verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 januari 2019 aan ons doorgeven. De wijziging gaat in (met terugwerkende kracht) per 1 januari 2019. Onder een wijziging verstaan we het overstappen naar een andere aanvullende verzekering die wij aanbieden. Als u wilt overstappen naar een aanvullende verzekering van een andere verzekeraar, dan moet u uw huidige aanvullende verzekering opzeggen. Uw opzegging moet u uiterlijk 31 december aan ons doorgeven (zie artikel 6.4).

Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door bij wijziging van een aanvullende verzekering binnen VGZ. Dit betekent dat eerder door ons uitgekeerde vergoedingen op grond van een vorige aanvullende verzekering meegenomen worden naar de nieuwe aanvullende verzekering. Op voorwaarde dat in uw nieuwe aanvullende verzekering een vergoeding is opgenomen voor deze zorg.

6.3. Einde van rechtswege

De aanvullende verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van te voren;
- de verzekerde overlijdt;
- de zorgverzekeraar stopt met het aanbieden en uitvoeren van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekering. Wij informeren u hierover uiterlijk 3 maanden van te voren.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of andere feiten en omstandigheden over de verzekerde die tot het einde van de aanvullende verzekering hebben geleid of kunnen leiden.

Als wij vaststellen dat de aanvullende verzekering is geëindigd of zal eindigen, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.4. Wanneer kunt u uw aanvullende verzekering opzeggen?

6.4.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.

U kunt jaarlijks per 1 januari uw aanvullende verzekering opzeggen, op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk op 31 december hebben ontvangen.

6.4.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- tegelijk met het beëindigen van onze zorgverzekering;
- van een meeverzekerd kind als dit kind 18 jaar wordt. De opzegging gaat in op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin uw kind 18 jaar wordt, op voorwaarde dat wij de opzegging ontvangen vóór het einde van de maand waarin uw kind 18 jaar wordt;
- als wij op grond van art. 3.2.2 een andere aanvullende verzekering hebben aangeboden.

6.4.3. Opzegservice

U kunt voor opzegging van de aanvullende verzekering zoals bedoeld in artikel 6.4.1. en 6.4.2. ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de verzekeraar van de nieuwe aanvullende verzekering(en) toestemming geeft om de oude aanvullende verzekering op te zeggen.

6.5. Wanneer kunnen wij de aanvullende verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- a. als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.5;
- b. als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- c. als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken heeft verstrekt die tot ons nadeel(kunnen) leiden;
- d. als u heeft gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken;
- e. vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag bieden wij u een andere aanvullende verzekering van VGZ aan. Wilt u deze aanvullende verzekering(en) wijzigen of opzeggen? Dan kunt u dit binnen 30 dagen na de ingangsdatum van de andere aanvullende verzekering(en) aan ons doorgeven.

In die gevallen beschreven onder a t/m d kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de aanvullende verzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

Artikel 7. Klachten en geschillen

7.1. Indienen klacht

U kunt ervan uitgaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice. Kijk voor het telefoonnummer op onze website. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

-
- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent.
 - Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
 - Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan kunt u dit ook door iemand anders laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.
-

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie heeft ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.



7.2. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice, kijk voor het telefoonnummer op onze website. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. U kunt uw klacht ook voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling

U heeft recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgverlener die deze zorg mag leveren volgens deze aanvullende verzekering. U kunt voor deze bemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling.

U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgverlener met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

Extra bepaling juridische begeleiding

VGZ kan u behulpzaam zijn als u bijvoorbeeld persoonlijke schade geleden heeft door een ongeval, waarvoor een derde aansprakelijk is, en waarvoor VGZ zorgkosten heeft betaald en deze kosten heeft verhaald. Ook kan VGZ u helpen als u bijvoorbeeld een klacht heeft over een zorgverlener.



II. Wettelijk verplicht eigen risico

Artikel 9. Herverzekering wettelijk verplicht eigen risico

Vergoeding

Deze dekking vergoedt de kosten die op grond van het wettelijk verplicht eigen risico in de VGZ Ruime Keuze voor rekening komen van de verzekerde. De vergoeding van dit verplicht eigen risico is gemaximeerd tot het bedrag zoals vermeld op de polis (polisblad onder "premiespecificatie").



III. Vergoeding aanvullende verzekering

ALTERNATIEVE ZORG

Artikel 10. Consulten, behandelingen en homeopathische geneesmiddelen

Vergoeding

Volledige vergoeding tot maximaal € 300 per kalenderjaar.

Omschrijving

Alternatieve zorg bestaat uit:

1. behandelingen en consulten die vallen onder de volgende stromingen:
 - a. acupunctuur en andere traditionele Oosterse geneeswijzen;
 - b. antroposofie;
 - c. homeopathie;
 - d. natuurgeneeswijzen;
 - e. psychosociale zorg;
 - f. alternatieve beweegzorg (chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., orthomanuele geneeskunde, craniosacraaltherapie, haptotherapie, ontspannings- en ademhalingstherapie van Dixhoorn).

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgverlener. Op onze website vindt u een overzicht van de aangewezen zorgverleners. U kunt deze ook telefonisch opvragen. U vindt ons telefoonnummer op onze website. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

2. homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd en homeopathische of antroposofische middelen die in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben. De (genees)middelen moeten zijn voorgeschreven door een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige en worden geleverd door een apotheker of apothekhoudend huisarts.

Wilt u weten of een middel wordt vergoed? U kunt het Z-index artikelnummer bij uw zorgverlener opvragen en contact met ons opnemen via ons Klantcontactteam, ons telefoonnummer vindt u op onze website. Aan de hand van dit nummer kunnen wij u informeren of het middel wordt vergoed. Uw apotheek of apothekhoudend huisarts kan ook nakijken of het middel een HA of HM registratie in de Taxe Homeopathie heeft.

Bijzonderheden

Onder alternatieve zorg verstaan wij niet consulten en (groeps) behandelingen voor:

- preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
- sociaal (maatschappelijke) dienstverlening;
- werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
- schoonheidsbevordering;
- relatietherapie;
- het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen;
- celtherapie en chelatietherapie.



THERAPIEËN

Artikel 11. Acnebehandeling

Omschrijving

Behandeling van ernstige vorm van acne en behandeling van acnelittekens in het gezicht.

Vergoeding

Volledige vergoeding tot maximaal € 115 per kalenderjaar.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgverlener. Een overzicht van de aangewezen zorgverleners vindt u op onze website of kunt u telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer vindt u op onze website.

Verwijzing

U heeft een verwijfsbrief nodig van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 12. Camouflagetherapie

Omschrijving

Behandeling gericht op het minder opvallend maken van littekens, spataderen, huidandoeningen met kleurafwijkingen, inclusief de benodigde middelen. Er moet sprake zijn van ernstige (blijvende) ontsieringen van het gelaat en/of de hals.

Vergoeding

Volledige vergoeding tot maximaal € 115 per kalenderjaar.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgverlener. Een overzicht van de aangewezen zorgverleners vindt u op onze website of kunt u telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer vindt u op onze website.

Verwijsbrief nodig van

U heeft een verwijfsbrief nodig van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 13. Cogmed tot 18 jaar

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten voor Cogmed voor verzekerden tot 18 jaar met een werkgeheugenprobleem of een leerprobleem veroorzaakt door ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) of ADD (Attention Deficit Disorder). De vergoeding van de methode betreft behandeling en licentiekosten.

Vergoeding

Maximaal € 400 per kalenderjaar.

Wie mag de zorg verlenen

Psychotherapeut, klinisch (neuro)psycholoog, psychiater, gezondheidszorgpsycholoog, kind- en jeugdpsycholoog die is ingeschreven in het register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) of orthopedagoog-generalist die is ingeschreven in het register van de Nederlandse vereniging voor pedagogen en onderwijskundigen (NVO). De behandelaar moet gecertificeerd zijn als Cogmed-coach. Kijk op de website welke Cogmed-coach de zorg mag verlenen.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist.



Artikel 14. Fysiotherapie

14.1 Jonger dan 18 jaar op basis van niet-chronische indicatie

Omschrijving

Zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden.

Vergoeding

Maximaal 12 behandelingen fysiotherapie of 24 groepsbehandelingen (voor 5-10 personen) per kalenderjaar waarvan maximaal 6 behandelingen manuele fysiotherapie in aansluiting op de VGZ Ruime Keuze.

14.2 18 jaar en ouder op basis van niet-chronische indicatie

Omschrijving

Zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden.

Vergoeding

Maximaal 12 behandelingen fysiotherapie of 24 groepsbehandelingen (voor 5-10 personen) per kalenderjaar waarvan maximaal 6 behandelingen manuele fysiotherapie.

14.3 18 jaar en ouder op basis van chronische indicatie

Omschrijving

Zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden.

Vergoeding

De eerste 20 behandelingen per aandoening per kalenderjaar voorafgaand aan de VGZ Ruime Keuze.

Wie mag de zorg verlenen (van toepassing op 14.1, 14.2 en 14.3)

- Fysiotherapie: fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut. Een gespecialiseerde fysiotherapeut is een kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut en de manueel therapeut.
- Oedeemtherapie: oedeemtherapeut of huidtherapeut.

Bijzonderheden (van toepassing op 14.1, 14.2 en 14.3)

- De vergoeding wordt alleen gegeven als er geen recht bestaat op behandelingen op grond van uw VGZ Ruime Keuze.
- Gaat u naar een door ons gecontracteerde zorgverlener? Dan worden de kosten vergoed op basis van het met de betrokken zorgverleners overeengekomen tarief. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen.
- Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling (zitting) in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners'. Deze lijst vindt u op onze website.

Artikel 15. Oefentherapie Cesar/Mensendieck

15.1 Jonger dan 18 jaar op basis van niet-chronische indicatie

Omschrijving

Zorg zoals oefentherapeuten die plegen te bieden.

Vergoeding

Maximaal 12 behandelingen of 24 groepsbehandelingen (voor 5-10 personen) per kalenderjaar in aansluiting op de VGZ Ruime Keuze.

Wie mag de zorg verlenen

Oefentherapeut Cesar/Mensendieck, kinder- en psychosomatisch oefentherapeut.



Bijzonderheden

U heeft recht op vergoeding van de kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de negentiende behandeling. De eerste achttien behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering.

15.2 18 jaar en ouder op basis van niet-chronische indicatie**Omschrijving**

Zorg zoals oefentherapeuten die plegen te bieden.

Vergoeding

Maximaal 12 behandelingen of 24 groepsbehandelingen (voor 5-10 personen) per kalenderjaar.

Wie mag de zorg verlenen

Oefentherapeut Cesar/Mensendieck, kinder- en psychosomatisch oefentherapeut.

15.3 18 jaar en ouder op basis van chronische indicatie**Omschrijving**

Zorg zoals oefentherapeuten die plegen te bieden.

Vergoeding

De eerste 20 behandelingen per aandoening per kalenderjaar voorafgaand aan de VGZ Ruime Keuze.

Wie mag de zorg verlenen

Oefentherapeut Cesar/Mensendieck, kinder- en psychosomatisch oefentherapeut.

Bijzonderheden (van toepassing op 15.1, 15.2 en 15.3)

- De vergoeding wordt alleen gegeven als er geen recht bestaat op behandelingen op grond van uw VGZ Ruime Keuze.
- Gaat u naar een door ons gecontracteerde zorgverlener? Dan worden de kosten vergoed op basis van het met de betrokken zorgverleners overeengekomen tarief. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen.
- Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling (zitting) in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners'. Deze lijst vindt u op onze website.

Artikel 16. Ergotherapie

Omschrijving

Aanvullende vergoeding voor ergotherapie op voorwaarde dat deze zorg het doel heeft uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen. Vanuit de zorgverzekering heeft u aanspraak op 10 behandeluren ergotherapie per kalenderjaar. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling op de vergoeding uit de zorgverzekering.

Vergoeding

Maximaal 7 uur per kalenderjaar.

Wie mag de zorg verlenen

Ergotherapeut.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal de tarieven zoals genoemd in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners. U vindt deze lijst op onze website.

Let op

Wij hebben voor ergotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde zorgverleners gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.



Waar mag de zorg worden verleend

Deze zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgverlener of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgverlener het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Artikel 17. Neurofeedback tot 18 jaar

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van neurofeedback voor verzekerden tot 18 jaar met een diagnose ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) of ADD (Attention Deficit Disorder).

Vergoeding

Maximaal € 1.000 per kalenderjaar.

Wie mag de zorg verlenen/door

Psychotherapeut, klinisch (neuro)psycholoog, psychiater, kind- en jeugdpsycholoog en gezondheidszorgpsycholoog die is ingeschreven als neurofeedbackbehandelaar in het neurofeedbackregister van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist.

Artikel 18. Ontharen

Omschrijving

Behandeling gericht op het definitief verwijderen van extreme haargroei in het gelaat.

Vergoeding

Volledige vergoeding maximaal € 410 voor een behandelserie van maximaal 12 maanden eenmalig voor de hele looptijd van de verzekering.

Verwijsbrief nodig van

U heeft een verwijsbrief nodig van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgverlener. Op onze website vindt u een overzicht van de aangewezen zorgverleners. U kunt deze ook telefonisch opvragen. U vindt ons telefoonnummer op onze website. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Artikel 19. Overgangsconsulente

Omschrijving

Voorlichting aan en advisering en begeleiding van vrouwen in de overgang.

Vergoeding

Volledige vergoeding van de kosten voor maximaal 9 consulten voor de hele looptijd van de verzekering.

Bijzonderheden

De behandeling moet gegeven worden door een verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd in de problematiek rondom de overgang of in advies op het gebied van vrouwen en hormonen of door een vrijgevestigd overgangsconsulente die is aangesloten bij de vereniging Care for Women of bij de overgangspraktijk Women's Life.



Artikel 20. Psoriasisbehandeling

Omschrijving

Behandeling gericht op het bestrijden van de chronische huidziekte psoriasis door middel van balneotherapie.

Vergoeding

Volledige vergoeding van de kosten van behandelingen tot maximaal €1.350 per kalenderjaar.

Bijzonderheden

- U heeft een verwijsbrief nodig van een dermatoloog, waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie (ernstige vorm van psoriasis) voor psoriasisbehandeling aanwezig is.
- De behandeling moet gegeven zijn in en door ons aangewezen zorgverlener (een van de psoriasis-behandelingscentra te Ede, Rotterdam of Rhoon, Skin Therapy te Schagen of in een centrum dat verbonden is aan een ziekenhuis in Nederland.
- Aanspraak op lichttherapie in de thuissituatie en andere vormen van therapie voor de bestrijding van psoriasis is opgenomen in de zorgverzekering.

Artikel 21. Seksuologische zorg

Omschrijving

Zorg door een seksuoloog die zich richt op het vakgebied van de seksuologie. Dit vakgebied richt zich op een groot aantal aspecten zoals intimiteit, erotiek, vruchtbaarheid, geboorteregeling, seksuele functies, ethiek. Hieronder wordt ook verstaan relatie- en partnertherapie.

Vergoeding

Maximaal 4 zittingen per kalenderjaar tot maximaal € 60 per zitting.

Wie mag de zorg verlenen

Seksuoloog. De seksuoloog moet ingeschreven zijn in het register van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS).

Verwijsbrief nodig van

U heeft een verwijsbrief nodig van een huisarts of een bedrijfsarts.

Bijzonderheden

Een zitting duurt minimaal 60 minuten.

Artikel 22. Voetverzorging

Omschrijving

Een budget voor voetbehandelingen bestaande uit:

1. Steunzolen en therapiezolen;
2. Voetbehandelingen voor verzekerden met reumatoïde artritis;
3. Voetbehandelingen voor diabetici met zorgprofiel 1. Het doel van de behandelingen is (pijn)klachten en wonden door huid- en nagelaandoeningen en/of door overmatige druk op voet of nagels te verminderen of te voorkomen.

De zorgverlener kan in overleg met u ook extra verzorgende voetzorg uitvoeren die niet in het behandelplan staat. Hieronder valt bijvoorbeeld het knippen van gezonde nagels en het verwijderen van eelt dat geen risico geeft op een wond, het masseren van voeten en andere verzorgende behandelingen. Het is belangrijk over deze niet-medisch noodzakelijke voetzorg vooraf te overleggen, omdat deze kosten niet worden vergoed.

Vergoeding

Het totale budget voetbehandelingen bedraagt maximaal €150 per kalenderjaar.



Wie mag de zorg verlenen

Steunzolen en therapiezolen:

podotherapeut, orthopedisch(e) schoenmaker(ij) (SEMH-OSB) of werkplaats (SEMH-OIM).

SEMH staat voor Stichting Erkenningsregeling Medische Hulpmiddelen, OSB staat voor Orthopedisch Schoentechnische Bedrijven en OIM staat voor Orthopedische Instrument Makerijen.

Voetbehandelingen:

1. Een podotherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici;
2. Een medisch pedicure die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert;
3. Een pedicure met aantekening 'Reumatische voet' of 'Diabetes voet' ;
4. Een pedicure die is geregistreerd in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo;
5. Een pedicure die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverleners (KMV) van de Nederlandse Maatschappij Medisch Voetzorgverleners (NMMV).

Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Bijzonderheden

1. Steunzolen en therapiezolen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts of een medisch specialist.
2. Uw podotherapeut of pedicure moet het zorgprofiel op de nota vermelden.
3. U heeft recht op bepaalde voetzorg bij diabetes mellitus op grond van uw zorgverzekering. Het gaat om de jaarlijkse voetcontrole en voetverzorgingsadviezen. Vanaf zorgprofiel 2 en hoger heeft u ook recht op meer frequent gericht voetonderzoek en diabetische voetbehandelingen. U vindt deze voetzorg in de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering in het artikel Huisartsenzorg.

Zorgprofielen

[Uitleg over zorgprofielen vindt u op onze website in de Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera. Uw huisarts kan u vertellen welk zorgprofiel u heeft.](#)

HULPMIDDELEN

Artikel 23. Bekkenbandages

Vergoeding

Volledige vergoeding van de aanschafkosten, eenmalig voor de hele looptijd van de verzekering.

Bijzonderheden

- Er moet sprake zijn van een behandeling wegens een bekkenpijnsyndroom (bekkeninstabiliteit) tijdens en/of aansluitend aan de zwangerschap.
- Er moet een schriftelijk advies worden overgelegd van een door ons gecontracteerde en gecertificeerde zorgverlener (therapeut).

Artikel 24. Brillen en contactlenzen

Vergoeding

U heeft eenmaal per 3 kalenderjaren (kinderen tot 16 jaar eenmaal per 2 kalenderjaren) de keuze uit:

1. Een enkelvoudige of multifocale complete bril op sterkte uit het uitgebreide assortiment geleverd door een door ons gecontracteerde leverancier volgens het Reglement gezichtshulpmiddelen, **of**;
2. 36 setjes maandlenzen geleverd door een door ons gecontracteerde leverancier volgens het Reglement gezichtshulpmiddelen.

Bijzonderheden

1. De door ons gecontracteerde leveranciers en hun assortiment vindt u in het Reglement gezichtshulpmiddelen.
2. De kosten van het aanmeten van een bril of contactlenzen worden niet afzonderlijk betaald. De kosten voor het aanmeten maken onderdeel uit van de aanschaf;
3. De periode van 3 kalenderjaren omvat het kalenderjaar waarin u een bril of lenzen heeft gekocht en de hieraan voorafgaande 2 kalenderjaren.



Artikel 25. Eenvoudige loophulpmiddelen

Omschrijving

Krukken, looprek, drie- of vierpootwandelstok, looprek of rollator. U kunt het loophulpmiddel kopen of huren. Koopt u het hulpmiddel? Dan heeft u maximaal eenmaal per 2 kalenderjaren recht op een vergoeding.

Vergoeding

- Krukken: maximaal € 25; - Looprek of drie- of vierpootwandelstok: maximaal € 35;
- Rollator: maximaal € 100.

Wie mag de loophulpmiddelen leveren

Leverancier van hulpmiddelen. U ontvangt als klant van VGZ korting bij bepaalde hulpmiddelenleveranciers. Kijkt u op onze website voor meer informatie.

Artikel 26. Hand- en/of vingerspalk voor tijdelijk gebruik

Omschrijving

U heeft recht op een vergoeding van de aanschafkosten van een hand- en/of vingerspalk als er sprake is van tijdelijk gebruik (bijvoorbeeld na een operatie). Een hand- en/of vingerspalk is een hulpmiddel om een gewricht te stabiliseren.

Vergoeding

- gecontracteerde leverancier: volledig, maximaal 2 hand- en/of vingerspalken per kalenderjaar;
- niet-gecontracteerde leverancier: maximaal 1 hand- en/of vingerspalk tot maximaal € 50 per kalenderjaar.

U vindt de gecontracteerde leveranciers op onze website.

Bijzonderheden

De aanschafkosten van een hand- en/of vingerspalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport, krijgt u niet vergoed.

Artikel 27. Plaswekker

Omschrijving

Vergoeding van de (huur)kosten van een plaswekker in verband met nachtelijk bedplassen voor verzekerden van 6 tot 18 jaar, inclusief de eventueel benodigde broekjes. De vergoeding is eenmalig voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering.

Vergoeding

Eenmalig maximaal €175.

Wie mag de plaswekker leveren

U kunt een plaswekker kopen of huren bij een leverancier van plaswekkers.

Artikel 28. Pruikken

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten in verband met de aanschaf van een pruik volgens de Regeling zorgverzekering. De tegemoetkoming is het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt en de vergoeding die u ontvangt vanuit de zorgverzekering. Als u een indicatie heeft voor een pruik, dan kunt u kiezen voor een tegemoetkoming in de kosten voor een pruik óf een tegemoetkoming in de kosten voor een mutssja.

Vergoeding

Volledige vergoeding van de eigen bijdrage tot maximaal € 140 per pruik of mutssja.

Bijzonderheden

- Er moet aanspraak zijn op verstrekking van een pruik uit de VGZ Ruime Keuze.
- De pruik moet aangeschaft worden bij een door ons gecontracteerde zorgverlener.



Artikel 29. Steunpessarium

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van een pessarium, inclusief vergoeding van de kosten van het plaatsen. Het pessarium houdt bij een verzakking de blaas en/of baarmoeder op de juiste plaats.

Vergoeding

De kosten van één steunpessarium per kalenderjaar.

Bijzonderheden

Het steunpessarium moet voorgeschreven zijn door de behandelend arts.

Artikel 30. Snurkbeugel

Vergoeding

Volledige vergoeding bij aanschaf van een snurkbeugel tot maximaal € 300 per 5 kalenderjaren.

Bijzonderheden

- U heeft geen recht op vergoeding van de snurkbeugel ten laste van de VGZ Ruime Keuze (snurken in combinatie met een door medisch-specialistisch onderzoek bewezen slaapapneu-syndroom).
- De snurkbeugel moet geplaatst worden door een tandarts. De kosten van het onderzoek, plaatsen en de nazorg door de tandarts worden volgens het artikel 'Tandheelkundige hulp' vergoed.

BUITENLAND

Artikel 31. Geneeskundige hulp bij tijdelijk verblijf in het buitenland (werelddekking)

Vergoeding

Geneeskundige kosten Europa, in de niet-Europese landen grenzend aan de Middellandse Zee, op Madeira, de Canarische Eilanden, de Kaapverdische Eilanden of op de Azoren:

- geneeskundige hulp door een arts of een medisch specialist;
- ziekenhuisverpleging in de laagste klasse;
- tandheelkundige hulp bij directe pijnklachten, tot maximaal € 345 per verzekerde;
- genees- en verbandmiddelen die zijn voorgeschreven door een arts in het verblijfsland;
- medisch noodzakelijk vervoer per taxi of ambulance naar de dichtstbijzijnde arts of naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

Geneeskundige kosten overige landen

- geneeskundige hulp door een arts of een medisch specialist tot maximaal 200% van de Nederlandse tarieven;
- ziekenhuisverpleging in de laagste klasse tot maximaal 200% van de Nederlandse tarieven;
- tandheelkundige hulp bij directe pijnklachten, tot maximaal € 345 per verzekerde;
- genees- en verbandmiddelen die zijn voorgeschreven door een arts in het verblijfsland tot maximaal 200% van de Nederlandse tarieven;
- medisch noodzakelijk vervoer per taxi of ambulance naar de dichtstbijzijnde arts of naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis tot maximaal 200% van de Nederlandse tarieven.

Kosten hulpverlening

- medisch noodzakelijke repatriëring door of in opdracht van de VGZ Alarmcentrale, anders dan met openbaar of eigen vervoer;
- vervoer van het stoffelijk overschot door of in opdracht van de VGZ Alarmcentrale;
- bemiddeling bij het overmaken van benodigd geld;
- het overbrengen van berichten door de VGZ Alarmcentrale;
- het organiseren en toezenden van medicijnen en hulpmiddelen;
- de kosten van communicatiemiddelen, zoals de telefoon, om contact op te nemen met de VGZ Alarmcentrale.



Bijzonderheden

- U moet voor de dekking van geneeskundige hulp een VGZ Ruime Keuze hebben afgesloten.
- Het verblijf in het buitenland mag niet langer dan 6 maanden duren.
- De hulp moet een spoedeisend karakter hebben. U mag niet vooraf de bedoeling gehad hebben hulp te vragen aan een buitenlandse arts of andere zorgverlener. Bij de aanvang van de reis mag niet te voorzien zijn geweest dat u een beroep zou moeten doen op geneeskundige hulp. De VGZ Alarmcentrale beoordeelt of de zorg spoedeisend of onvoorzienbaar is.
- Niet vergoed wordt hulp die verband houdt met wedstrijd- en gevaarlijke sporten.
- Niet vergoed worden kosten die veroorzaakt zijn door omstandigheden in verband waarmee een negatief reisadvies is gegeven.
- De VGZ alarmcentrale-arts bepaalt of de repatriëring medisch noodzakelijk is als:
 - de juiste medische behandeling in het buitenland ter plaatse niet beschikbaar is of niet goed mogelijk is en in het woonland/Nederland wel;
 - behandeling in het buitenland ter plaatse medisch onverantwoord is.
- Bij ziekenhuisopname en voor de organisatie van de hulpverlening moet onmiddellijk de hulp zijn ingeroepen van de VGZ Alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas of op onze website.

Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands bankrekeningnummer. Wij gaan hierbij uit van de koers die gold op de datum waarop de behandeling heeft plaatsgevonden. Om de buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's maken wij gebruik van de historical rates van XE.com.

Artikel 32. Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen bij reis naar het buitenland

Omschrijving

U heeft recht op vergoeding van consulten, noodzakelijke vaccinaties (inenting) en/of preventieve geneesmiddelen als u op reis gaat naar het buitenland. De gecontracteerde zorgverleners adviseren u over de noodzakelijke vaccinaties of geneesmiddelen.

Vergoeding

Volledige vergoeding.

Wie mag de zorg verlenen

U kunt terecht bij Thuisvaccinatie en Reis prik. Deze zorgverleners adviseren en vaccineren u. Dit kan bij u thuis als u dat wilt. De preventieve geneesmiddelen krijgt u thuis bezorgd. Gaat u naar een andere zorgverlener, dan krijgt u geen vergoeding.

KUURREIZEN

Artikel 33. Kuurreis Dode Zee te Israël

Vergoeding

Maximaal € 750 per kalenderjaar.

Bijzonderheden

- Er is sprake van een in groepsverband georganiseerde kuurreis met verblijf en behandeling in een kuuroord. De reisorganisatie moet gespecialiseerd zijn in het organiseren van kuurreizen en het kuuroord moet gespecialiseerd zijn in behandelingen specifiek voor uw aandoening.
- Er moet een schriftelijke aanvraag van de dermatoloog zijn waaruit duidelijk blijkt dat u lijdt aan ernstig chronisch eczeem over het hele lichaam en dat alleen van de kuurreis redelijkerwijs verbetering verwacht kan worden.
- U heeft vooraf onze toestemming nodig.



Artikel 34. Buitenlandse kuurreis reumatoïde artritis- en Bechterew-patiënten

Vergoeding

Maximaal € 750 per kalenderjaar.

Bijzonderheden

- Er is sprake van een in groepsverband georganiseerde kuurreis met verblijf en behandeling in een kuuroord. De reisorganisatie moet gespecialiseerd zijn in het organiseren van kuurreizen en het kuuroord moet gespecialiseerd zijn in behandelingen specifiek voor uw aandoening.
- Er moet een schriftelijke aanvraag van een arts zijn waaruit duidelijk blijkt dat u reumatoïde artritis of Bechterew heeft en daardoor in ernstige mate beperkt wordt in het dagelijks functioneren.
- U heeft vooraf onze toestemming nodig.

Artikel 35. Kuren te Nieuweschans, Arcen of Skin Therapy te Schagen

Vergoeding

Maximaal € 500 per kalenderjaar. De vergoeding is voor verzekerden met psoriasis, reumatoïde artritis of Bechterew.

Bijzonderheden

- Bij psoriasis moet er een schriftelijke aanvraag van de dermatoloog zijn waaruit duidelijk blijkt dat alleen van een kuurbehandeling in Nieuweschans, Arcen of Skin Therapy te Schagen redelijkerwijs verbetering verwacht kan worden.
- Bij reumatoïde artritis en Bechterew moet er een schriftelijke aanvraag van de behandelend arts zijn waaruit duidelijk blijkt dat u als gevolg van zijn ziekte in ernstige mate beperkt wordt in het dagelijks functioneren.
- U heeft vooraf onze toestemming nodig.

PREVENTIE

Artikel 36. Cursussen

Vergoeding

Maximaal € 46 per kalenderjaar voor preventieve cursussen.

Bijzonderheden

- U heeft recht op de vergoeding wanneer u de cursus heeft afgerond.
- De cursus moet georganiseerd zijn door een kruisorganisatie of thuiszorgorganisatie, behalve de cursus 'Reuma uitgedaagd' die georganiseerd wordt door de Reuma Patiëntenbond.

Artikel 37. Sportmedisch advies

Omschrijving

Vergoeding voor sportmedisch onderzoek en sportmedische begeleiding en sportkeuringen.

Vergoeding

Maximaal € 50 per kalenderjaar.

Wie mag de zorg verlenen

Sportarts (medisch specialist).

Bijzonderheden

Onder de zorgverzekering valt:

- inspanningsfysiologisch onderzoek en begeleiding door sportartsen binnen een revalidatietraject;
- diagnostiek en behandeling van bepaalde blessures aan het houding-/bewegingsapparaat door (over)belasting door de sportarts.

Deze zorg krijgt u niet vergoed uit de aanvullende verzekering.



Artikel 38. Combinatietest

Omschrijving

Gedeeltelijke vergoeding van combinatietest voor zwangere vrouwen. U kunt met de combinatietest laten onderzoeken hoe groot de kans is op een kind met het Downsyndroom of het syndroom van Edwards- en Patau (trisomie 21, 18 of 13). De combinatietest bestaat uit 2 onderzoeken:

1. een bloedonderzoek tussen week 9 en 14 van de zwangerschap;
2. de nekplooiemeting via een echo, die gemaakt wordt tussen week 11 en 14 van de zwangerschap.

Vergoeding

Maximaal € 80.

Wie mag de zorg verlenen

Een zorgverlener met een vergunning volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) of een zorgverlener die een overeenkomst heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening.

Verwijsbrief nodig van

U heeft een verwijsbrief nodig van een verloskundige, huisarts of gynaecoloog die een overeenkomst heeft met een regionaal centrum voor prenatale screening.

Bijzonderheden

Wanneer u een medische indicatie heeft op basis van medische gronden, dan heeft u recht op vergoeding uit de zorgverzekering. Hiervan is onder andere sprake als u eerder een kind met één van de genoemde syndromen heeft gekregen. Uw zorgverlener informeert u over medische indicatie.

Artikel 39. Kinderwensconsult (preconceptiezorg)

Omschrijving

Het kindwensconsult (preconceptiezorg) is het totaal aan voorlichting en maatregelen vóórdát u zwanger bent in verband met de gezondheid van moeder en kind.

Onder kindwensconsult (preconceptiezorg) wordt in deze verzekeringsvoorwaarden verstaan:

- adviezen over gezonde voeding;
- advies over inname van foliumzuur;
- advies over inname van vitamine D;
- adviezen over het stoppen met roken, alcohol- en druggebruik, eventueel met actieve begeleiding om dit te kunnen realiseren;
- adviezen over geneesmiddelengebruik;
- adviezen over behandeling van bestaande ziekten en voorgaande zwangerschapscomplicaties;
- adviezen over infectieziekten en vaccinaties;
- het opsporen van risico's aan de hand van uw ziektegeschiedenis en het aanbieden van genetische counseling als u (nog) niet zwanger bent.

Vergoeding

Volledig tot maximaal € 60 per consult. U ontvangt deze vergoeding één keer per kalenderjaar, in aanvulling op de vergoeding vanuit de VGZ Ruime Keuze.

Wie mag de zorg verlenen

Verloskundige.

Artikel 40. Kraampakket

Omschrijving

Een kraampakket dat door ons in overleg met verloskundigen is samengesteld. Als u zwanger bent, kunt u dit pakket aanvragen via onze website of via VGZ Kraamzorg. U vindt ons telefoonnummer op onze website.

Vergoeding

Volledig.

Artikel 41. Kraamzorg

Omschrijving

Uw VGZ Ruime Keuze geeft een vergoeding of betaalt kosten voor kraamzorg. Dit is echter niet onbeperkt. Vanuit uw aanvullende verzekering heeft u recht op onderstaande vergoedingen.

Vergoeding

- Maximaal 9 uur extra kraamzorg verspreid over 6 dagen, aansluitend aan de 10e dag na de bevalling, na verblijf in een ziekenhuis van de moeder en/of kind van 7 dagen of meer aansluitend op de bevalling;
- Maximaal 6 uur extra kraamzorg verspreid over 6 dagen, na de 10e dag na de bevalling, als een kind binnen 8 dagen na het verlaten van de couveuse uit het ziekenhuis wordt ontslagen.

Artikel 42. Zwangerschaps cursussen

Omschrijving

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten voor het volgen van:

1. Het zelfhulpprogramma Slimmer Zwanger. Een abonnement op het Slimmer Zwanger programma duurt 26 weken en is te gebruiken zowel voor, als tijdens de zwangerschap;
2. Cursussen die:
 - u voorbereiden op de bevalling;
 - uw lichamelijke herstel na de bevalling bevorderen (max. 6 maanden na de bevalling).

Vergoeding

Maximaal € 150 per kalenderjaar.

Wie mag de cursussen verzorgen

- een thuis- of kraamzorgorganisatie;
- een verloskundige(-praktijk);
- een yogadocent die is aangesloten bij de Vereniging Yogadocenten Nederland (VYN);
- een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck die is aangesloten bij ZwangerFit@;
- een haptonoom die is aangesloten bij de Vereniging Haptonomische Zwangerschapsbegeleiders (VHZB);
- een cursusleider die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor HypnoBirthing® Cursusleiders (NVHBC);
- een cursusleider die is aangesloten bij de vereniging Samen Bevalen.

DIVERSEN

Artikel 43. Anticonceptiemiddelen vanaf 21 jaar

Omschrijving

Anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder die op grond van de Regeling zorgverzekering verstrekt mogen worden zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium.

Vergoeding

Maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

Wie mag de zorg verlenen

Apotheker of apotheekhoudend huisarts.



Recept (voorschrift)

Huisarts, verloskundige of medisch specialist voor het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel.

Anticonceptie

De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals bijvoorbeeld een spiraaltje worden, ongeacht uw leeftijd, vergoed vanuit de zorgverzekering. Bent u jonger dan 21 jaar? Dan heeft u recht op anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium vanuit de zorgverzekering.

Artikel 44. Zelfzorgmiddelen voor kinderen

Omschrijving

Onder zelfzorgmiddelen vallen onder meer hoestdrank, vitamine D tabletten of crème tegen schimmelinfecties. Uw kind heeft recht op deze vergoeding als het zelfzorgmiddel op de 'zelfzorgmiddelenlijst kinderen' van het VGZ Den Haagpakket staat. Deze lijst kunt u vinden op onze website. De genoemde zelfzorgmiddelen zijn specifiek voor kinderen tot 18 jaar.

Vergoeding

Maximaal € 40 per kalenderjaar per kind voor de omschreven zelfzorgmiddelen.

Wie mag de zorg verlenen

U vindt de gecontracteerde leverancier(s) op www.vgz.nl/denhaag.

Bijzonderheden

Bij de apotheek moet u de zorgpas van uw kind overleggen.

Artikel 45. Dieetkosten

Vergoeding

Volledige vergoeding van de kosten tot maximaal € 850 per kalenderjaar voor professionele begeleiding in geval van een medisch noodzakelijk dieet en voor de extra kosten van het medisch noodzakelijk dieet.

Bijzonderheden

- U heeft een verwijfsbrief nodig van de behandelend medisch specialist naar een diëtist, nadat de behandelend medisch specialist de ziekte/aandoening heeft vastgesteld waarvoor een aangepast dieet aangewezen is.
- De diëtist moet schriftelijk het te gebruiken dieet hebben voorgeschreven.
- De vergoeding wordt gegeven als de betreffende ziekte/aandoening en het te volgen dieet voorkomt op de Dieetlijst 2019 van de belastingdienst.
- De vergoeding bedraagt maximaal het wettelijke vast aftrekbare bedrag behorend bij het voorgeschreven dieet volgens de Dieetlijst 2019 van de belastingdienst.

Artikel 46. Eigen bijdragen

Omschrijving

Budget voor vergoeding van eigen bijdragen.

Voor de vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage moet er aanspraak bestaan uit de VGZ Ruime Keuze voor de betreffende verstrekking. De vergoeding van de eigen bijdrage is alleen van toepassing voor:

- geneesmiddelen boven GVS-limiet;
- hospice voor terminale patiënten;
- kraamzorg;
- meerdaagse bootreis;
- verblijf in een vakantiehuis;
- bevalling zonder medische noodzaak;
- zittend ziekenvervoer per taxi, openbaar vervoer en/of eigen vervoer;
- brillenglazen/contactlenzen;



- gebitsprothesen (uitneembare volledige gebitsprothese en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten);
- hoortoestellen en tinnitusmaskeerders;
- (semi-)orthopedische, verband- en allergeenvrije schoenen.

Vergoeding

Volledige vergoeding tot maximaal € 500 per kalenderjaar.

Bijzonderheden

- Geneesmiddelen boven GVS-limiet: de vergoeding wordt gegeven voor de verschuldigde eigen bijdrage boven de GVS-limiet. Deze vergoeding bedraagt maximaal € 250 per kalenderjaar.
- Kraamzorg: volledige vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg.
- Bevalling zonder medische noodzaak: volledige vergoeding van de kosten die voor uw rekening komen als u zonder medische noodzaak bevalt in een ziekenhuis of een geboortecentrum. De vergoeding betreft het verschil tussen het notabedrag en het bedrag dat u vanuit de VGZ Ruime Keuze vergoed krijgt.
- Hospice: u moet een indicatie voor verblijf hebben, ter beoordeling door het hospice.
- Voor meerdaagse bootreizen: indicatiestelling gebeurt door de Zonnebloem of de Stichting Varende Recreatie.
- Zittend ziekenvervoer: vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage van maximaal € 103 per kalenderjaar.
- Brillenglazen/lenzen op medische indicatie: volledige vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage. U heeft recht op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage als u aanspraak heeft op een vergoeding voor brillenglazen/lenzen uit de VGZ Ruime Keuze.
- Gebitsprothesen (uitneembare volledige gebitsprothese en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten):
 - de wettelijke eigen bijdrage voor een volledige boven- en/óf onderprothese;
 - de wettelijke eigen bijdragen die gelden voor de behandelingen die uw tandarts in rekening mag brengen in combinatie met de plaatsing van een volledige prothese;
 - de wettelijke eigen bijdrage voor de mesostructuur (drukknoppen, steggen), die geldt bij een volledig prothese op implantaten;
 - de wettelijke eigen bijdrage die geldt voor het opvullen (rebasen) en repareren van uw volledige prothese.
- Hoortoestellen: volledige vergoeding van de eigen bijdrage van een compleet hoorzorgpakket tot maximaal € 375. Voorwaarde is dat u gebruikmaakt van het complete gehoorpakket zoals door VGZ met Specsavers is overeengekomen. Voor meer informatie zie onze website www.vgz.nl.
- (Semi-)orthopedische, verband- en allergeenvrije schoenen: volledige vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage.

Budget voor eigen bijdragen

Een budget is een gezamenlijk maximumbedrag voor de in dat budget opgenomen zorg. U heeft binnen het gemaximeerde bedrag vrije keuze van de in het budget genoemde zorg. Dit betekent dat u dit budget kunt gebruiken voor eigen bijdragen, tot het gemaximeerde bedrag per kalenderjaar. Bijvoorbeeld: u krijgt in maart 2019 een volledige gebitsprothese. De totale kosten van de eigen bijdrage bedragen € 200. U heeft dan voor het jaar 2019 nog € 300 budget over dat u kunt besteden aan bijvoorbeeld de eigen bijdragen voor geneesmiddelen boven GVS-limiet.

Artikel 47. Eigen bijdrage Wmo

Omschrijving

Vergoeding van de eigen bijdrage Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning) aan het CAK (Centraal Administratie Kantoor) voor huishoudelijke hulp en/of ondersteuning.

Vergoeding

Volledige vergoeding van de eigen bijdrage Wmo tot maximaal € 400 per kalenderjaar.

Bijzonderheden

- Het betreft de vergoeding van de eigen bijdragen voor ontvangen maatwerkvoorzieningen (op basis van indicatie) voor huishoudelijke hulp en/of ondersteuning, vastgelegd in de Wmo en uitgevoerd door de gemeente waar u woont.
- De vergoeding wordt verleend op basis van de periodieke opgave van de betaalde eigen bijdrage. Deze periodieke opgave wordt verstrekt door of namens de gemeente waar u woont of het CAK.
- De vergoeding wordt per verzekerde verstrekt.



Artikel 48. Herstellingsoord in Nederland

Vergoeding

Maximaal € 75 per dag tot een maximum van € 2.100 per kalenderjaar.

Bijzonderheden

De vergoeding wordt gegeven bij verblijf in een door ons gecontracteerd herstellingsoord of zorghotel. Voor het aanvragen van een verblijf in een herstellingsoord of zorghotel kunt u contact opnemen met de VGZ Zorgadviseur. Het telefoonnummer vindt u op onze website. De VGZ Zorgadviseur bespreekt met u of u aanspraak kunt maken op eerstelijnsverblijf vanuit de Zorgverzekeringswet, de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) of Wet Langdurige Zorg (Wlz). Een overzicht van de door ons gecontracteerde herstellingsoorden en zorghotels vindt u op onze website. Gaat u naar een herstellingsoord of zorghotel waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Er moet een schriftelijke aanvraag van de behandelend arts zijn waaruit duidelijk blijkt dat het verblijf in het herstellingsoord noodzakelijk is voor de behandeling.

Artikel 49. Personenalarmering

Omschrijving

Vergoeding van de abonnementskosten voor de meldkamer bij aansluiting van personenalarmeringsapparatuur.

Vergoeding

Volledige vergoeding van de abonnementskosten van personenalarmering voor de aansluiting bij een instelling die met ons daarvoor een overeenkomst heeft afgesloten.

Bijzonderheden

U moet aanspraak hebben op verstrekking van de apparatuur uit de VGZ Ruime Keuze. Wij betalen de abonnementskosten rechtstreeks aan de instelling waarmee een overeenkomst is afgesloten.

Artikel 50. Reiskosten bezoek ernstig zieke kinderen

Omschrijving

Vergoeding van de reiskosten bij een bezoek aan het ziekenhuis bij ernstig zieke kinderen.

Vergoeding

€ 0,30 per kilometer voor maximaal 7 bezoeken per week.

Bijzonderheden

- De vergoeding wordt gegeven aan één van de ouders/verzorgers van het kind.
- Per periode van 12 maanden worden de kosten van de eerste 21 dagen niet vergoed (wordt vergoed door de gemeente).
- Het kind dat bezocht wordt mag niet ouder zijn dan 17 jaar, moet de VGZ Ruime Keuze hebben afgesloten en in een instelling voor gezondheidszorg in Nederland verblijven. De verpleging in deze instelling moet ten laste komen van de VGZ Ruime Keuze.
- U heeft een bewijs nodig van de gemaakte reiskosten.



Artikel 51. Verblijf in een logeerhuis of familiehuis bij ziekenhuisopname

Omschrijving

1. Vergoeding voor de kosten van het verblijf in een familie- of logeerhuis verbonden aan een ziekenhuis in Nederland, als uw kind of uw partner wordt opgenomen in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres is gevestigd. Voorbeelden van familiehuizen speciaal voor kinderen zijn de Ronald McDonaldhuizen en de Kiwanishuizen verbonden aan verschillende ziekenhuizen in Nederland. Als uw kind of partner wordt opgenomen in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen, dan is daar de mogelijkheid te verblijven in het Onthaal-
tehuis Ter Weijde.
2. Vergoeding voor de kosten van verblijf in een logeerhuis als u twee dagbehandelingen moet ondergaan in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt. De dagbehandeling moet op aaneengesloten dagen plaatsvinden.

Het ziekenhuis bepaalt of u in aanmerking komt voor verblijf in een familiehuis of logeerhuis.

Vergoeding

Volledige vergoeding van de bijdrage in de verblijfskosten tot maximaal € 180 per kalenderjaar.

Artikel 52. Sterilisatie

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van sterilisatie.

Vergoeding

Volledige vergoeding tot maximaal € 1.200 van een sterilisatie voor zowel vrouwelijke als mannelijke verzekerden.

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist of – als het om een sterilisatie van de man (vasectomie) gaat – een huisarts.

Bijzonderheden

Hersteloperaties komen niet voor een vergoeding in aanmerking.

MONDZORG

Artikel 53. Algemene tandheelkundige zorg

Omschrijving

Bijvoorbeeld een (half)-jaarlijkse controle, gebitsreiniging, het vullen van een gaatje of het trekken van een kies.

Onder de vergoeding voor tandheelkundige zorg vallen de volgende (be)handelingen:

- consulten en diagnostiek (C-codes, behalve C84 (voorbereiding narcose));
- preventieve mondzorg (M-codes), de kosten van gebitsreiniging (M03) vergoeden wij tot maximaal 60 minuten per kalenderjaar;
- verdoving (A- en B-codes, behalve A20 (algehele narcose of sedatie));
- maken en beoordelen van foto's (X-codes);
- vullingen (V-codes);
- wortelkanaalbehandelingen (E-codes, behalve E97 en E98 (uitwendig bleken));
- kaakgewrichtsbehandelingen (G-codes);
- chirurgische ingrepen (H-codes);
- tandvleesbehandelingen (T-codes);
- kronen, bruggen en opbouw (R-codes);
- implantaten in de niet-tandeloze kaak (J-codes);

De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.



Wie mag de zorg verlenen

Tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied.

Voor eenvoudige extracties (het trekken van tanden en kiezen) en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg.

Vergoeding

Volledige vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg tot maximaal € 400 per kalenderjaar, met uitzondering van orthodontische hulp.

Artikel 54. Gebitsprothese (kunstgebit)

Omschrijving

Onder deze vergoeding vallen de volgende (be)handelingen (P-codes):

- gedeeltelijke prothese;
- gedeeltelijke frameprothese;
- reparatie en uitbreiden van een gedeeltelijke prothese;
- rebasen van een gedeeltelijke frameprothese.

De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts of tandprotheticus. De tandprotheticus mag de zorg verlenen als die behoort tot zijn deskundigheidsgebied.

Vergoeding

Volledige vergoeding van de kosten van prothetische voorzieningen tot maximaal € 400 per kalenderjaar.

Artikel 55. Tandheelkundige orthodontische hulp (beugels) voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Omschrijving

Orthodontische zorg door tandartsen en orthodontisten.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts of orthodontist.

Vergoeding

Volledige vergoeding tot maximaal € 1.600 voor de hele looptijd van de verzekering.

Bijzonderheden

Er wordt geen vergoeding verleend als de apparatuur gerepareerd moet worden na onzorgvuldig gebruik of in geval van verlies.



Begripsomschrijvingen

Aanvullende verzekering(en): de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekering(en).

Collectieve overeenkomst: een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering (collectief contract) gesloten tussen VGZ en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een zorgverzekering van VGZ en eventuele aanvullende verzekeringen te sluiten.

Diagnose-behandelcombinatie (dbc): een dbc beschrijft door middel van een dbc-code die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en gespecialiseerde GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt, tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het dbc-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen voor medisch specialistische zorg en na 365 dagen voor gespecialiseerde GGZ.

Fraude: 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 een overeenkomst van (zorg) verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.

Instelling:

1. een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
2. een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

Mantelzorger: een mantelzorger zorgt langdurig en onbetaald meer dan 8 uur per week of langer dan 3 maanden voor iemand die chronisch ziek, gehandicapt of hulpbehoevend is en met wie hij of zij een persoonlijke band heeft. Dat kan een familielid zijn, maar ook een vriend of kennis. Een mantelzorger is geen beroepskracht.

Schriftelijk: waar in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk' wordt ook verstaan 'per e-mail'.

Toestemming (machtiging): een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens VGZ voor u wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

Verblijf: verblijf met een duur van 24 uur of langer.

Verzekerde: degene ten behoeve van wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die als zodanig op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door VGZ, is vermeld.

Verzekeringnemer: degene die met VGZ de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten. In deze verzekeringsvoorwaarden worden de verzekeringnemer en verzekerde aangeduid met 'u'. Als alleen de verzekeringnemer wordt bedoeld, wordt dit in het betreffende artikel specifiek aangegeven.

Wlz: Wet langdurige zorg.

Wmg-tarieven: tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Ziekenhuis: een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZI). Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

Zorghotel: een door VGZ gecontracteerde instelling, waarin in een hotelachtige setting een 24-uurs zorg- en dienstverlening, in ieder geval bestaande uit verpleging en verzorging, gegarandeerd zijn.

Zorgverzekeraar, de/VGZ: VGZ Zorgverzekeraar N.V., statutair gevestigd in Arnhem, KvK-nummer: 09156723. De zorgverzekeraar is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12000666. De zorgverzekeraar is onderdeel van de Coöperatie VGZ U.A. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt de zorgverzekeraar aangeduid met 'wij' en 'ons'.

Zorgverzekering: een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten (zorg) schadeverzekeringsovereenkomst zoals bedoeld in artikel 1 sub d van de Zorgverzekeringswet.







www.vgz.nl/denhaag

voor meer informatie
en contactgegevens



Met hart voor zinnige zorg