

zeg maar
jaaah.
tegen deze
polisvoorwaarden



Inhoudsopgave

De algemene regels van onze verzekeringen	3
Inleiding	5
De verzekeringen van Jaaah	6
Ik word klant van Jaaah	8
Ik ben verzekerd bij Jaaah	10
Neee, je gaat weg! Of jaaah beëindigt de verzekering	16
Vergoedingen	19
Huisarts en gezond blijven	21
Ziekenhuis en medisch specialist	34
Verpleging en verzorging	53
Bewegen en revalideren	60
Zwangerschap en bevalling	69
Medicijnen en dieet	76
Mond en gebit	83
Psychische zorg	95
Anticonceptie	101
Horen, zien en spreken	104
Hulpmiddelen	110
Vervoer	113
Zorg in het buitenland	118
Bijzondere gevallen	122
Basisregels hulpmiddelen	124
Vergoedingen hulpmiddelen	127
Vergoedingen index	191

Jaaah.
Algemene regels 2021

De algemene regels van onze verzekeringen

Inhoud

Inleiding	5
1. De verzekeringen van Jaaah	6
Over onze verzekeringen	6
Wie de verzekering afsluit. Wie verzekerd is. En wie het bewijs van de verzekering krijgt	6
Welke regels de verzekering en de premie bepalen	7
2. Ik word klant van Jaaah	8
Een verzekering afsluiten of aanvragen is zó gebeurd	8
Wanneer je verzekering ingaat	8
Wat verder belangrijk is	9
3. Ik ben verzekerd bij Jaaah	10
Ik heb zorg nodig	10
Ik betaal zelf: eigen bijdragen en eigen risico	11
Soms vergoedt de verzekering minder, of niet	12
Ik wil zorgkosten declareren	13
Ik betaal premie	14
Meewerken en informeren	14
Wij gebruiken je gegevens. Zorgvuldig	15
Wij kunnen de verzekering wijzigen	15
4. Nee, je gaat weg! Of Jaaah beëindigt de verzekering	16
Opzeggen	16
Soms eindigt de Jaaah basis zonder opzegging	16
Soms beëindigen wij de verzekering	16
Als je fraudeert	17
Als je niet tevreden bent of een klacht hebt	17
Recht dat van toepassing is	17

Inleiding

Hier staan de algemene regels van de Jaaah basisverzekering en de aanvullende verzekeringen van Jaaah. De Jaaah basisverzekering noemen we verder de Jaaah basis. Samen met de vergoedingen op jaaah.nl bepalen de algemene regels waarop je recht hebt. En wat je daarvoor moet doen.

In deze algemene regels staan ook regels voor het afsluiten van een verzekering bij Jaaah.

Deze algemene regels zijn verdeeld in 4 onderwerpen.

1. De verzekeringen van Jaaah
2. Ik word klant van Jaaah
3. Ik ben verzekerd bij Jaaah
4. Ik verlaat Jaaah. Of Jaaah beëindigt de verzekering

Het belangrijkste staat in **vette** letters. Zo vind je snel wat je zoekt.

1. De verzekeringen van Jaaah

Bijna iedereen in Nederland moet een basisverzekering hebben. De basisverzekering vergoedt zorg van onder meer je huisarts, het ziekenhuis, de ggz, de ambulance en voor kinderen tot 18 jaar ook de tandarts. De overheid bepaalt wat de basisverzekering vergoedt.

Met de Jaaah basis kun je terecht bij artsen, ziekenhuizen en andere zorgverleners met wie wij een contract hebben. Bijna altijd gewoon bij je eigen huisarts, ziekenhuis en tandarts. **Ga je liever naar een zorgverlener met wie we geen contract hebben? Dat kan ook.** Maar dan moet je soms bijbetalen. Want er gelden dan maximale vergoedingen.

Jaaah heeft ook aanvullende verzekeringen. Deze breiden de vergoedingen van de Jaaah basis uit. Daarover vertellen we je zo meer.

Over onze verzekeringen

1. Jaaah basis is een naturaverzekering. Je hebt recht op zorg en onze diensten zorgadvies en zorgbemiddeling.

Wij maken met zorgverleners afspraken over de prijs, kwaliteit en beschikbaarheid van zorg. Deze afspraken staan in de contracten met de zorgverleners. Als je naar een zorgverlener gaat met wie wij een contract hebben, handelen wij voor jou de rekening af met de zorgverlener. Daar heb je dan geen omkijken naar. Je vindt de zorgverleners met een contract in de Zorgzoeker op onze site.

Ga je naar een zorgverlener met wie wij geen contract hebben? Dan gelden er maximale vergoedingen. Dan moet je misschien zelf bijbetalen. De maximale vergoedingen staan in ons overzicht maximale vergoedingen 2021¹ en op jaaah.nl. Soms moet je zelf de hele rekening betalen en die dan bij ons declareren. Wij betalen je dan snel. Zo hoef je zelf niet alles voor te schieten.

Zorg van huisarts en tandarts is verzekerd op basis van restitutie. Die zorg vergoeden we bij alle huisartsen en tandartsen volledig. Dus ook als de zorgverlener geen contract met ons heeft.

We vergoeden ook altijd volledig (volgens algemene regel 26) bij spoedgevallen in Nederland, bijvoorbeeld als je met spoed naar het ziekenhuis moet.

Als wij hierna van Jaaah spreken, of van 'wij' of 'ons' bedoelen we ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.² als het over de Jaaah basis gaat. En ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.² als het over aanvullende verzekeringen gaat.

Onze verzekeringen zijn:

- a. Jaaah basis
- b. aanvullende verzekeringen:
 - Jaaah fysio
 - Jaaah tand
 - Jaaah tand bij een ongelukje

2. **Op onze site jaaah.nl staat:**

- **welke zorg** en diensten verzekerd zijn
- **wie** die zorg mag geven
- **welke voorwaarden** verder gelden
- in onze Zorgzoeker: **met welke zorgverleners wij een contract hebben**
- wat de vergoeding is bij zorgverleners zonder contract

De verzekeringen vergoeden zorg en diensten die **medisch noodzakelijk** zijn. Wat dat is, staat in algemene regel 24.

Wie de verzekering afsluit. Wie verzekerd is. En wie het bewijs van de verzekering krijgt

3. Iedereen die volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw) een basisverzekering moet hebben, kan een Jaaah basis (laten) afsluiten.

¹ Je vindt dit overzicht op jaaah.nl

² Jaaah is een handelsmerk van ONVZ. ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. (handelsregister: 30135168, AFM nr: 12000633) voert de basisverzekering uit. ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. (handelsregister: 30209308, AFM nr: 120001024) de aanvullende en andere verzekeringen. Beide zijn gevestigd te Houten. Postbus 466, 3990 GG Houten. Telefoon: 030 639 63 90. Fax: 030 635 12 75. Internet: www.jaaah.nl

4. De persoon die een verzekering afsluit, heet officieel **verzekeringnemer**. Die noemen wij **'hoofdverzekerde'**. Een hoofdverzekerde kan een verzekering voor zichzelf afsluiten. En voor zijn minderjarige kinderen. De persoon die verzekerd is, is **de verzekerde**. Als je een verzekering afsluit voor jezelf ben je hoofdverzekerde én verzekerde.
5. **De hoofdverzekerde krijgt van ons de zorgpolis**. Dat is het bewijs van de verzekering. Op de zorgpolis staat wie er verzekerd is. En welke verzekeringen zijn afgesloten.

Welke regels de verzekering en de premie bepalen

6. De algemene regels en de vergoedingen bepalen de Jaaah basis en de aanvullende verzekeringen.
7. Ook de Zorgverzekeringswet en de regelingen die daarbij horen, bepalen de Jaaah basis. Die regelingen zijn onder andere het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Verder zijn ook andere wetten en regelingen van toepassing. Die kunnen we hier niet allemaal noemen.
8. Wijken de algemene regels of vergoedingen van de Jaaah basis af van de Zorgverzekeringswet? Dan geldt die wet.
9. De Jaaah basis en de aanvullende verzekeringen zijn ook gebaseerd op de informatie die je aan ons hebt gegeven, zoals bij de aanvraag.
10. Bij de algemene regels hoort de premietabel¹. Daarin staan de basispremies van de verzekeringen. En kortingen en toeslagen.
11. En bij de vergoedingen hoort het overzicht maximale vergoedingen 2021². Daarin staat hoeveel wij maximaal vergoeden als je naar een zorgverlener gaat met wie wij geen contract hebben.

¹ Je vindt de premietabel op jaaah.nl

² Je vindt dit overzicht op jaaah.nl

2. Ik word klant van Jaaah

Wil je klant worden van Jaaah? Van harte welkom! Wisselen van zorgverzekeraar kan altijd per 1 januari. En gaat gemakkelijk met onze overstapservice.

Een verzekering afsluiten of aanvragen is zó gebeurd

12. Je sluit de Jaaah basis of een aanvullende verzekering van Jaaah zelf af op onze site. Daarna download je de Jaaah app. Daarin vind je veel informatie. En via de app kun je gemakkelijk declareren. Afsluiten kan ook via je verzekeringsadviseur.
13. Een aanvullende verzekering afsluiten kan alleen als je ook de Jaaah basis afsluit, of als je een Jaaah basis hebt.
14. **Een aanvullende verzekering voor je kind? Dat kan.** Maar alleen als jij of je partner die aanvullende verzekering ook heeft. En het kan geen Jaaah tand of Jaaah tand bij een ongelukje zijn, want zorg van de tandarts valt tot 18 jaar onder de Jaaah basis.

Wanneer je verzekering ingaat

15. Op de zorgpolis staat wanneer je verzekering ingaat.

16. Jaaah basis gaat meestal in op 1 januari van het volgende jaar. De volgende regels gelden.

- a. Stap je voor 31 december over naar Jaaah? Dan zorgen wij dat Jaaah basis op 1 januari ingaat. Zijn er geen bijzondere omstandigheden? Dan sluiten de basisverzekering die je nu hebt en je nieuwe Jaaah basis op elkaar aan.

Stap je over naar Jaaah? Onze overstapservice regelt het voor je. Als je bij ons een Jaaah basis aanvraagt, zeggen wij je huidige basisverzekering voor je op. Vraag je ook een aanvullende verzekering bij ons aan? Dan kunnen wij je huidige aanvullende verzekering ook voor je opzeggen.

- b. Sluit je voor 1 februari een Jaaah basis af? En heb je je huidige basisverzekering ergens anders vóór 1 januari opgezegd? Ook dan gaat je Jaaah basis bij ons in op 1 januari.
- c. Word je 18 jaar en sluit je 1 of meer eigen verzekeringen af? Dan gaan deze in op de 1e dag van de maand na de maand dat je 18 jaar wordt.

Behalve de Jaaah tand. Die gaat in op de dag dat je 18 jaar wordt. Want de meeste zorg van de tandarts valt dan niet meer onder de basisverzekering.

Je moet de verzekeringen wel aanvragen voordat je 18 jaar wordt.

- d. Heb je nog geen basisverzekering? En moet je deze (volgens de Zorgverzekeringswet) wel hebben? En sluit je een Jaaah basis af binnen 4 maanden na de datum waarop je een basisverzekering moest hebben? Dan is de ingangsdatum de 1e dag waarop je verzekerd moest zijn.

Sluit je een Jaaah basis af 4 of meer maanden na de datum waarop je een basisverzekering moest hebben? Dan is de ingangsdatum de dag dat wij je volledige aanvraag ontvangen hebben.

Dit is bijvoorbeeld zo als je in het buitenland werkte en in Nederland komt werken.

- e. Zijn de gevallen a tot en met d niet van toepassing? Dan gaat de Jaaah basis in op de dag waarop wij je aanvraag hebben ontvangen. De ingangsdatum kan ook later zijn als iemand nog verzekerd is op een andere basisverzekering.

In alle gevallen geldt: als je aanvraag niet volledig is, gaat de Jaaah basis pas in wanneer wij alle gegevens ontvangen hebben.

17. Vraag je met een Jaaah basis ook een aanvullende verzekering aan? Voor de ingangsdatum van de aanvullende verzekering gelden dezelfde regels als voor de Jaaah basis.

Sluit je niet meteen een Jaaah basis af? Dan gaat je aanvullende verzekering altijd per 1 januari in.

Wat verder belangrijk is

18. Bij een nieuwe verzekering heb je 14 dagen bedenktijd.

De bedenktijd gaat in op de dag dat je de zorgpolis ontvangt. Of dat je bericht hebt ontvangen dat de polis in de Jaaah app staat. Je kan zonder reden opzeggen. Er bestaat dan geen recht op vergoeding van zorg en diensten. Betaalde premies krijg je terug.

19. Lid van Vereniging ONVZ.

Sluit je de Jaaah basis af? Dan kan je lid worden van de Vereniging ONVZ. Deze vereniging heeft een belangrijke stem binnen ONVZ, de verzekeraar achter Jaaah. Iedere hoofdverzekerde kan maar 1 keer lid zijn. Ook al sluit hij/zij voor meer personen de Jaaah basis af. Het lidmaatschap stopt als de Jaaah basis eindigt.

20. Neem je via chat, social media of e-mail contact met ons op? Dan mogen wij ook op die manier reageren. Dat doen wij niet als dat door privacyregels niet kan. Of als je aangeeft dat je op een andere manier reactie wilt ontvangen.

3. Ik ben verzekerd bij Jaaah

Je hebt een verzekering bij Jaaah. Dan heb je recht op vergoeding van zorg volgens de regels van die verzekering. Hier lees je daar meer over.

Stel: je hebt bij ons een verzekering en je hebt fysiotherapie nodig. Wordt dat vergoed? En is het eigen risico van toepassing? Of geldt er een eigen bijdrage?

Ik heb zorg nodig

21. Heb je zorg nodig? De volgende regels en de vergoedingen bepalen of en hoe wij de zorg vergoeden.

Meestal gaat vergoeding vanzelf. De zorgverlener vraagt rechtstreeks vergoeding van ons. En wij betalen rechtstreeks aan de zorgverlener. Ga je naar een zorgverlener met wie wij geen contract hebben? Dan geldt een maximale vergoeding. Die is meestal lager dan de rekening van de zorgverlener. Voor de rest krijg je nog een rekening van de zorgverlener.

Soms stuurt de zorgverlener de rekening naar jou. Dan betaal je de hele rekening aan je zorgverlener en vraagt ons zelf om vergoeding.

Je mag het recht op vergoeding van zorgkosten niet aan iemand anders overdragen zonder onze toestemming (cessie). En niet gebruiken om iemand anders zekerheid te geven dat je een rekening van die ander gaat betalen (pandrecht).

Wij betalen altijd in euro's. Bij rekeningen in een andere muntsoort rekenen wij het bedrag om naar euro's. Met de wisselkoers op de laatste werkdag van de maand vóór de maand waarin je de zorg ontving.

22. **Je verzekering vergoedt de zorg en geeft recht op de diensten die in de vergoedingen staan. Als aan de voorwaarden is voldaan.** Dat zijn de voorwaarden in de algemene regels die je nu leest. En de voorwaarden die bij de vergoedingen op jaaah.nl staan. Of in de Jaaah app.

In deze algemene regels staat bijvoorbeeld dat wij alleen zorg vergoeden die je in redelijkheid nodig hebt. Dit geldt dan altijd. Ook al zeggen we dat niet elke keer.

Bij de vergoeding kan staan dat je van ons vooraf toestemming moet hebben voor je voor behandeling naar de zorgverlener gaat.

23. **De verzekering vergoedt de zorg en diensten zolang je bij ons verzekerd bent.**

Op de datum van behandeling of de datum van aflevering (bij bijvoorbeeld een geneesmiddel) moet je dus bij ons verzekerd zijn. Brengt je zorgverlener de hele behandeling met 1 tarief in rekening, zoals bij een dbc? Dan moet je op de datum van het openen van de dbc bij ons verzekerd zijn.

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

a. die naar inhoud en omvang effectief en veilig is

Dit is het geval als de wetenschap heeft aangetoond dat de zorg goed werkt. En dit in de praktijk is gebleken. Is dat niet zo dan geldt wat het betrokken vakgebied goede zorg vindt. Dat is de zorg die de groep van zorgverleners normaal gesproken verleent.

b. en waarop je naar inhoud en omvang in redelijkheid bent aangewezen

Dit is het geval als de zorg doelmatig voor je is. De zorg mag dus niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn. Dit geldt ook voor diensten.

Je hebt recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen redelijke afstand van je woonadres. Wat redelijk is, hangt af van de soort zorg en hoe dringend de zorg nodig is.

25. **Wij vergoeden de zorg van zorgverleners met wie wij een contract hebben volledig. Kijk daarom altijd eerst of de zorgverlener een contract met ons heeft.** Je vindt de gecontracteerde zorgverleners in onze Zorgzoeker op jaaah.nl¹.

¹ Jaaah, wij hebben met alle ziekenhuizen een contract

Kies je voor een zorgverlener die geen contract met ons heeft? En is dat geen huisarts of tandarts? Dan geldt een maximale vergoeding. Als je zorgverlener meer rekent dan die maximale vergoeding, moet je dit deel zelf betalen. Behalve als je acuut zorg nodig hebt in Nederland, zoals in een levensbedreigende situatie. Dan vergoeden wij ook zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener volledig (volgens algemene regel 26). Of als het contract met de zorgverlener stopt terwijl je zorg ontvangt. Dan vergoeden wij de zorg alsof het contract nog doorliep.

Heb je een Zvw-pgb? Dan gelden de maximumbedragen van het reglement Zvw-pgb¹.

26. Voor zorg van huisarts en tandarts en bij acute zorg vergoeden wij maximaal de wettelijke of de marktconforme prijs.

Heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bepaald dat voor zorg een vaste prijs geldt, of een maximumprijs? Dan vergoeden wij die vaste prijs, of niet meer dan de maximumprijs.

Is er geen vaste of maximumprijs van de NZa? Dan vergoeden wij de marktconforme prijs. Marktconform wil zeggen dat de prijs van je zorgverlener niet onredelijk hoog is in vergelijking met wat andere zorgverleners in Nederland voor die zorg rekenen. Dit bekijken wij per zorgsoort. Bij medisch-specialistische zorg bijvoorbeeld vergoeden wij maximaal de prijs waar 95% van de zorgverleners onder blijft. Als er in jouw geval een bijzondere (medische) reden is voor een hogere prijs, kunnen wij een uitzondering maken.

Ik betaal zelf: eigen bijdragen en eigen risico

27. Soms betaal je een wettelijke eigen bijdrage.

Voor sommige zorg van de Jaaah basis (zoals kraamzorg thuis, sommige geneesmiddelen of een kunstgebit) geldt een wettelijke eigen bijdrage². Dat is het bedrag dat je zelf moet betalen voor de zorg. De overheid bepaalt de eigen bijdragen.

Kies je voor een zorgverlener die geen contract met ons heeft? De eigen bijdrage komt bovenop de eventuele bijbetaling.

28. Je betaalt ook het verplichte eigen risico³. De overheid bepaalt elk jaar het bedrag. Voor 2021 is het bedrag € 385. Dit deel van je zorgkosten betaalt je zelf. Het eigen risico geldt alleen voor de Jaaah basis.

Je betaalt alleen eigen risico over het bedrag dat wij vergoeden. Je betaalt dus geen eigen risico over de bijbetaling als je een zorgverlener kiest waarmee we geen contract hebben. En ook niet over de eigen bijdrage van algemene regel 27.

Bij geneesmiddelen werkt dat zo. Als je de maximale eigen bijdrage van € 250 hebt betaald, vergoedt de Jaaah basis de rest. Voor die kosten geldt dan wel het eigen risico.

29. Het eigen risico gaat in op de 1e dag van de maand na die waarin je 18 jaar wordt. Onder de 18 en in de maand van de 18e verjaardag geldt het eigen risico niet.

30. Je kan bovenop het verplichte eigen risico een vrijwillig eigen risico kiezen. Ook dit deel van je zorgkosten krijg je niet vergoed. Je krijgt dan wel korting op de premie. In de premietabel⁴ staat welke bedragen je kan kiezen als vrijwillig eigen risico. Met de korting. Wij verrekenen zorgkosten eerst met het verplichte en dan met het vrijwillig eigen risico.

31. Word je 18 jaar en wil je een vrijwillig eigen risico? Dan moet je dat aan ons doorgeven binnen 30 dagen nadat je 18 jaar bent geworden. Doe je dat niet, dan kan je per 1 januari van het volgende jaar voor een vrijwillig eigen risico kiezen. Tot dan geldt alleen het verplichte eigen risico.

¹ Je vindt dit reglement op jaaah.nl

² Uitleg over eigen bijdrage vind je op jaaah.nl

³ Uitleg over eigen risico vind je op jaaah.nl

⁴ De premietabel vind je op jaaah.nl

32. **Voor sommige zorg geldt geen (verplicht of vrijwillig) eigen risico.** In de tabel hieronder leggen wij dit uit.

Het eigen risico geldt niet voor ...	Maar wel voor ...
huisartsenzorg	onderzoek of behandeling buiten de huisartsenpraktijk, als de huisarts het voorschrijft, en de kosten apart in rekening worden gebracht
multidisciplinaire eerstelijnszorg bij chronische aandoeningen	
verpleging en verzorging in eigen omgeving	eerstelijns verblijf
voetzorg bij diabetes mellitus (suikerziekte)	
programma 's voor stoppen met roken	
gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht	
beoordeling medicatie bij chronisch gebruik van geneesmiddelen op recept door de apotheek	geneesmiddelen zelf
verloskundige zorg en kraamzorg	zorg die daarmee te maken heeft, zoals geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek en ambulancevervoer
hulpmiddelen in bruikleen	verbruiksartikelen voor deze hulpmiddelen en kosten van gebruik
zorg voor jou als orgaan- of weefseldonor, als de zorgperiode van 13 weken (bij levertransplantatie: een half jaar) voorbij is	
vervoerskosten die je als orgaan- of weefseldonor maakt	
zorg die de aanvullende verzekeringen vergoeden	

33. **Declareer jij of je zorgverlener zorg die onder het eigen risico valt? Dan telt die zorg mee voor het eigen risico van het jaar van behandeling.** Soms moet de zorgverlener consulten, onderzoeken en behandelingen in 1 keer declareren. Bijvoorbeeld met een dbc. Dan telt de dbc mee voor het eigen risico in het jaar waarin deze is geopend.

34. **Maak je in 2021 zorgkosten? En stuurt je zorgverlener ons de rekening pas in 2023 of later? Dan brengen we het verplichte eigen risico niet in rekening.** Behalve als het aan jou ligt dat wij de rekeningen niet eerder ontvingen. Dan kunnen wij het eigen risico wel in rekening brengen.

35. **Ben je een deel van het jaar bij ons verzekerd? Dan passen wij het verplichte en vrijwillig eigen risico en de maximale eigen bijdrage voor geneesmiddelen aan.** Wij berekenen dit dan op basis van het aantal dagen dat de verzekering heeft gelopen. Het bedrag ronden wij af op hele euro's.

Word je in de loop van het jaar 18? Ook dan passen wij het eigen risico aan. Maar niet de eigen bijdrage voor geneesmiddelen. Want die geldt ook onder de 18.

Je verzekering gaat in op 3 februari. Er zijn dan 33 dagen van het jaar voorbij en nog 332 te gaan. Je eigen risico is 332/365 van € 385: € 350,19. We ronden dat af op € 350.

Soms vergoedt de verzekering minder, of niet

36. **Soms moet je voor zorg of hulp naar het zorgkantoor of de gemeente. Dan vergoeden de Jaaah basis en aanvullende verzekeringen de zorg of hulp niet.** Ook niet als je de zorg of hulp van zorgkantoor of gemeente niet voldoende vindt.

Het gaat onder meer om:

- intensieve zorg (Wet langdurige zorg, Wlz)
- ondersteuning om zolang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, Wmo)
- zorg en hulp voor jongeren (Jeugdwet).

37. De Jaaah basis vergoedt de volgende zorg en diensten ook niet.

- eigen bijdragen volgens de Wet langdurige zorg, de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en de Jeugdwet
- eigen bijdragen voor bevolkingsonderzoek
- keuringen (bijvoorbeeld aanstellings- en rijbewijskeuringen)
- doktersverklaringen
- grieprik
- geneesmiddelen tegen ziekte op reis
- alternatieve geneeswijzen
- kosten voor niet of te laat betalen van rekeningen
- niet nagekomen afspraken (no-show)
- schade door (burger)oorlog, opstand en andere conflicten die hierop lijken
- activiteiten om een bepaald sportniveau te bereiken. Of sportprestaties te verbeteren

38. Bij zorg door terrorisme¹ krijg je mogelijk een lagere vergoeding. Wij hebben onze verplichting om deze zorg te vergoeden verzekerd bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). Deze verzekering vergoedt maximaal € 1 miljard per kalenderjaar. Zijn er meer kosten? Dan vergoedt de NHT deze voor een deel. Wij vergoeden de zorg dan ook voor dit deel. Het Clausuleblad terrorismedekking² van de NHT regelt de vergoeding. Hebben wij de zorg niet verzekerd bij de NHT? Ook dan vergoeden wij de zorg alsof deze wel verzekerd zou zijn bij de NHT.

Woon je niet in Nederland? Dan wordt zorg die het gevolg is van terrorisme niet vergoed.

39. De overheid kan in bijzondere situaties (bijvoorbeeld bij natuurrampen) een deel van de zorg vergoeden. Dan krijg je een aanvullende vergoeding.

40. Voor de aanvullende verzekeringen gelden de volgende 2 beperkingen. Meestal merk je hier niets van. Verzekeraars lossen dit zoveel mogelijk samen op.

1. De aanvullende verzekering vergoedt niet voor het deel waarvoor een andere regeling geldt.

De aanvullende verzekeringen zijn zogenaamde excedentverzekeringen. Dit betekent dat de vergoedingen niet gelden voor zover een andere regeling vergoedt. Daarboven vergoeden wij wel. Tot de maximale vergoeding. Een regeling is een verzekering, wet of voorziening.

2. De aanvullende verzekering vergoedt niet bij samenloop.

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

41. Tot slot vergoeden wij ook niet in de volgende situaties.

- a. Jaaah basis en aanvullende verzekeringen vergoeden geen zorg die is voorgeschreven of geleverd:
 - door de verzekerde aan zichzelf
 - door een gezinslid of een familielid in de 1e of 2e graad van de verzekerde aan die verzekerdeWij vergoeden de zorg wel als we vooraf toestemming hebben gegeven.
- b. Heb je de Jaaah basis of een natura basisverzekering bij een andere zorgverzekeraar? En ga je naar een zorgverlener zonder contract? Dan moet je bijna altijd een deel van je zorgkosten zelf betalen. Onze aanvullende verzekeringen vergoeden dat deel niet.
- c. Onze aanvullende verzekeringen vergoeden ook geen zorg of diensten die nodig is/zijn als gevolg van je opzet of roekeloosheid.

Ik wil zorgkosten declareren

Je hebt zorg gekregen. Hoe zit het dan met de vergoeding? Vaak heb je hier geen omkijken naar. Als je naar een zorgverlener gaat met wie wij een contract hebben, handelen wij de rekening rechtstreeks met die zorgverlener af.

¹ 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

² Je vindt dit clausuleblad op jaaah.nl

Krijg je zelf de rekening? Dan kan je die op verschillende manieren bij ons indienen. Hieronder lees je meer.

42. **Zorgverleners met wie wij een contract hebben, dienen de rekening altijd rechtstreeks bij ons in. Maar ook zorgverleners zonder contract kunnen dat doen. Wij betalen dan rechtstreeks aan de zorgverlener. Zo voldoen wij aan de verplichting om jouw rekening te vergoeden.** Betalen wij de zorgverlener meer dan waarop je recht hebt? Dan kunnen wij het verschil bij de zorgverlener terugvragen.

Een zorgverlener met wie wij geen contract hebben, stuurt jou nog een rekening van het deel dat wij niet vergoeden. Die moet je zelf aan de zorgverlener betalen. Stuur de zorgverlener de hele rekening naar jou? Dan kun je die rekening bij ons indienen.

43. **Soms moet je ons zorgkosten terugbetalen.** Als wij rechtstreeks met je zorgverlener afrekenen, betalen wij de hele rekening. Dat doen wij ook als je een deel ervan zelf moet betalen. Door eigen risico of eigen bijdrage. Of omdat je verzekering niet alle zorg vergoedt. Voor het bedrag dat je zelf moet betalen, krijg je van ons een rekening. Die moet je binnen 21 dagen betalen.

44. **Dien je zelf een rekening van een zorgverlener bij ons in? Dan moet je je aan de volgende 3 regels houden.** Anders kan het zijn dat wij de kosten niet vergoeden. Of dat je de vergoeding moet terugbetalen.

- Dien de rekening in via de Jaaah app. **Je moet de originele rekening nog 1 jaar bewaren nadat wij deze hebben ontvangen.** Wij kunnen de originele rekening bij je opvragen.
- Dien rekeningen zo snel mogelijk bij ons in. We moeten ze binnen 3 jaar hebben ontvangen.** De 3 jaar gaan in op het moment dat je de zorg gekregen hebt. Dus niet op het moment dat je de rekening van de zorgverlener krijgt.
- Rekeningen die je indient moeten duidelijk zijn.** Er moet bijvoorbeeld op staan welke zorg je hebt gekregen. En wie die heeft verleend. De rekeningen moeten in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans zijn. Anders kunnen wij om een vertaling vragen.

Soms betalen wij een zorgverlener meer dan waarop de verzekering recht geeft. Dan ga je ermee akkoord dat Jaaah het teveel betaalde terugvraagt van de zorgverlener.

45. **Wij kunnen rekeningen controleren.** Wij gaan dan bijvoorbeeld na of je de zorg wel hebt gekregen en nodig had. Is dat niet zo? Dan kan het zijn dat je moet terugbetalen.

Ik betaal premie

46. **De hoofdverzekerde moet de premies voor de verzekeringen steeds vooraf betalen.** Je kan per maand of per jaar betalen.

47. **Voor kinderen tot 18 jaar betaal je geen premie voor de verzekeringen van Jaaah.** Je gaat premie betalen vanaf de 1e maand na de 18e verjaardag.

48. **Je betaalt de basispremie. Daar kunnen nog kortingen vanaf gaan.** De basispremie en de kortingen staan in de premietabel. Korting krijg je:

- als je per jaar betaalt in plaats van per maand
- als je een vrijwillig eigen risico kiest

49. Combineer je onze aanvullende verzekering(en) niet met een Jaaah basis? **Dan betaal je bovenop de premie een toeslag van 50%.** Woon je in het buitenland? Daar geldt soms een heffing of belasting op de premie. Deze berekenen wij aan je door.

50. Berekenen wij premie over een deel van 1 maand? Dan stellen we 1 maand op 30 dagen.

51. Je mag premie die je moet betalen niet verrekenen met vergoedingen die je nog van ons krijgt.

52. Tijdens detentie worden je verzekeringen opgeschort. De overheid regelt dan de zorg. Je kan bij ons dan geen aanspraak maken op vergoeding van zorg. En je hoeft ook geen premie te betalen. Je moet ons laten weten dat je in detentie zit, en voor welke periode. Je moet ons ook melden wanneer je vrij bent gekomen.

Meewerken en informeren

53. **Hebben wij voor controle of onderzoek informatie nodig? Daar moet je aan meewerken.** Je moet zorgen dat onze medisch adviseur of een andere medewerker die informatie krijgt. Bijvoorbeeld van je behandelend arts. Hierbij gelden de privacyregels. Werk je niet mee? Dan kan het zijn dat je zorg of diensten niet vergoed krijgt. Of ons vergoedingen moet terugbetalen.

54. Belangrijke veranderingen in je situatie moet je binnen 1 maand aan ons doorgeven.

Met belangrijk bedoelen we gebeurtenissen die wij moeten weten om je verzekering goed uit te voeren.

Bijvoorbeeld:

- je verhuist naar het buitenland of gaat daar werken
- je krijgt een ander bankrekeningnummer
- je hebt een kind gekregen
- je bent niet langer verplicht om een basisverzekering te hebben

Doe je dit niet, dan kan het zijn dat je rekeningen niet vergoed krijgt.

55. Is iemand anders aansprakelijk voor je zorgkosten. Bijvoorbeeld omdat je bent aangereden? Of heb je een (reis)verzekering met vergoeding voor medische kosten? **Je moet meewerken als wij de zorgkosten bij de aansprakelijke persoon of de (reis)verzekeraar willen terugvragen.** Vraag jezelf ook (andere) kosten terug bij de tegenpartij? Dat mag onze rechten dan niet beperken. Anders kan het zijn dat je zorgkosten aan ons moet terugbetalen.

Wij gebruiken je gegevens. Zorgvuldig

56. Als je bij ons een verzekering hebt of aanvraagt, nemen wij je gegevens op in onze administratie.

Als je ons belt kunnen wij het telefoongesprek opnemen en omzetten in geschreven tekst. Hierbij gelden de privacyregels. Die regels staan in de wet, onze gedragscode en ons privacy statement¹.

Is er een dringende reden om je adres niet uit te wisselen? Dan kan je dat bij ons melden. Wij nemen dan maatregelen.

57. **Wij moeten je burgerservicenummer (BSN) in onze administratie opnemen.** Wij moeten het ook gebruiken bij contacten met zorgverleners.

58. Wij gebruiken je gegevens, opgenomen telefoongesprekken en chatgeschiedenis:

- om je verzekeringen en onze dienstverlening uit te voeren en te verbeteren
- om te voldoen aan wettelijke verplichtingen
- voor controle, analyse en (wetenschappelijk of statistisch) onderzoek
- voor marketing
- voor het voorkomen en bestrijden van fraude en andere criminaliteit

Soms gebruiken wij ook medische gegevens. Dat doen we alleen als dat nodig is voor deze doelen, behalve marketing. Meer informatie hierover staat in ons privacy statement¹. Ook over je rechten.

59. Stichting CIS houdt bij wie heeft gefraudeerd. Wij mogen daar nakijken of je er bekend bent. Ook mogen wij je gegevens via CIS uitwisselen met andere verzekeraars als daar reden voor is. Wij gebruiken deze informatie bij het afsluiten van verzekeringen en het behandelen van declaraties. Het privacyreglement van CIS vind je op www.stichtingcis.nl.

60. Om je verzekeringen uit te voeren vragen en geven wij je adres- en polisgegevens van/aan onder meer zorgverleners en leveranciers van hulpmiddelen. Wij doen dat digitaal via het netwerk voor veilige communicatie in de zorg (Vecozo). Of via een beveiligde e-mailverbinding. Zo kan de zorg die je krijgt makkelijk en veilig bij ons worden gedeclareerd.

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

Wij kunnen de verzekering wijzigen

62. **Wij kunnen de voorwaarden en de premie van de verzekeringen wijzigen.** De hoofdverzekerde krijgt van ons bericht over deze wijzigingen. Daarin staat ook wanneer de wijzigingen ingaan. Meestal is dat op 1 januari. Als wij de basispremie wijzigen, gaat de nieuwe premie na 7 weken in. Later kan ook. Soms kan je dan opzeggen. Dit staat in algemene regel 63.

¹ Je vindt ons privacy statement op jaaah.nl

4. Nee, je gaat weg! Of Jaaah beëindigt de verzekering

We hopen natuurlijk dat je bij ons blijft. Wil je de verzekering toch beëindigen? Hier lees je hoe en wanneer dat kan.

Opzeggen

63. **De hoofdverzekerde kan de verzekering elk jaar opzeggen.** Dit kan via de Jaaah app. Als de opzegging op 31 december bij ons binnen is, eindigt de verzekering op 1 januari van het volgende jaar.

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

- a. Als je nog in de bedenktijd van algemene regel 18 zit.
 - b. Als de hoofdverzekerde iemand anders verzekerd heeft en deze verzekerde een nieuwe verzekering krijgt. De oude verzekering eindigt op het moment dat de nieuwe verzekering ingaat. De opzegging moet wel op dat moment bij ons binnen zijn. Anders loopt de oude verzekering nog door in de maand waarin wij de opzegging ontvangen en de maand daarna.
 - c. Als wij de verzekering of de premie tussentijds wijzigen volgens algemene regel 62. De verzekering eindigt op de datum waarop de wijziging zou ingaan. Je moet dan wel opzeggen voordat de wijziging ingaat. Of binnen 1 maand nadat de hoofdverzekerde bericht over de wijziging heeft gekregen. Opzeggen kan niet als de wijziging het gevolg is van het veranderen van een wettelijke bepaling. Of als de wijziging in je voordeel is.
 - d. Als de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) je laat weten dat wij medische gegevens over je hebben bekeken die niet voor ons bestemd waren. Wij zullen dat nooit doen. De opzegging moet binnen 6 weken na het bericht van de NZa bij ons binnen zijn. Je verzekering eindigt dan op de 1e dag van de 2e maand na je opzegging.
64. **Als het CAK je bij ons heeft verzekerd, kan je de eerste 12 maanden niet opzeggen. Daarna wel, ook tijdens het jaar.** Het CAK is een organisatie van de overheid. Die kijkt wie geen basisverzekering heeft, maar er wel een moet hebben. Als het nodig is, sluit het CAK dan een basisverzekering af. En kiest zelf de verzekeraar.

Je kan die verzekering binnen 14 dagen opzeggen als je laat zien dat je wél een basisverzekering had.

Soms eindigt de Jaaah basis zonder opzegging

65. Blijkt na het afsluiten van de Jaaah basis dat je hier geen recht op hebt? Dan eindigt deze vanaf de ingangsdatum. Of de datum waarop je er geen recht meer op had. Heb je al premie betaald? Dan betalen wij die terug. Zorgkosten die wij hebben vergoed, halen wij hier van af. Zijn de door ons betaalde zorgkosten hoger dan de betaalde premie? Dan moet je ons het verschil terugbetalen.

Je hebt bijvoorbeeld geen recht op een basisverzekering van Jaaah als je werkt in een ander EU-land. Dan moet je in dat land een zorgverzekering afsluiten.

66. De verzekeringen eindigen op de dag nadat verzekerde is overleden. Teveel betaalde premie betalen wij terug of verrekenen wij.
67. De Jaaah basis eindigt ook als onze vergunning als schadeverzekeraar zou worden ingetrokken. Je krijgt daarvan minimaal 2 maanden vooraf bericht.

Soms beëindigen wij de verzekering

68. Beëindig je de aanvullende verzekering? Of doen wij dat? Dan eindigen ook de aanvullende verzekeringen van de kinderen.
69. Wij beëindigen je aanvullende verzekering(en) als je Jaaah basis eindigt omdat je geen recht meer hebt op de (Nederlandse of buitenlandse) basisverzekering.

70. **Wij beëindigen de verzekering(en) als je niet op tijd betaalt.** Voor wij je verzekering(en) beëindigen, doorlopen wij de volgende stappen.
- Als je de premie niet (op tijd) betaalt, sturen wij een aanmaning. Dat doen wij ook als je zorgkosten die wij hebben voorgesloten niet (op tijd) terugbetaalt.
 - Heb je een betalingsachterstand van 2 maanden premie? Dan sturen wij je een voorstel voor een betalingsregeling. Accepteer je dat voorstel niet? En betaal je ook het openstaande bedrag niet? Dan beëindigen wij je verzekering(en).
 - Heb je een betalingsachterstand van zorgkosten, eigen risico of eigen bijdragen die je moet terugbetalen? Dan sturen wij je ook een voorstel voor een betalingsregeling. Accepteer je dat voorstel niet? En betaal je ook het openstaande bedrag niet? Dan kunnen wij je verzekering(en) beëindigen.
71. Betaal je premie per jaar en betaal je niet (op tijd)? Dan kunnen wij bepalen dat je per maand moet betalen. De premiekorting voor betaling per jaar vervalt dan.
72. **Moeten wij kosten maken om te zorgen dat je premie en voorgesloten kosten (terug)betaalt?** Dan komen die voor jouw rekening. Bijvoorbeeld kosten van een incassobureau of van een rechtszaak.
73. Wij kunnen de verzekering(en) ook beëindigen als je onze medewerkers bedreigt of intimideert. Of als je onze eigendommen beschadigt.

Als je fraudeert

74. **Bij fraude nemen wij maatregelen.** Wij spreken van fraude als je bewust een regel overtreedt of dit laat doen om er zelf beter van te worden. Of om er iemand anders beter van te laten worden. Dit is het geval als je met onjuiste of onvolledige informatie bij ons een verzekering afsluit of probeert af te sluiten. Of van ons een vergoeding of dienst krijgt of probeert te krijgen waarop je geen recht hebt.

Voorbeelden van fraude zijn:

- je stuurt ons vervalste stukken
- je geeft ons bewust een onjuist beeld van je situatie
- je vermeldt bij een declaratie iets wat niet waar is
- je houdt informatie achter die voor ons van belang is

75. Bij een vermoeden van fraude doen wij onderzoek. Wij houden ons aan het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit¹. Met afspraken van verzekeraars over het aanpakken van fraude.
76. Is fraude vastgesteld? Dan kunnen dit de gevolgen zijn:
- rekeningen waarmee is gefraudeerd vergoeden wij niet
 - rekeningen die wij onterecht aan jou of je zorgverlener hebben betaald moet je aan ons terugbetalen
 - kosten van het fraudeonderzoek zijn voor jouw rekening
 - wij kunnen aangifte doen bij de politie
 - wij kunnen je gegevens (laten) opnemen in de registers die in algemene regel 59 staan
 - wij kunnen je verzekering(en) met terugwerkende kracht beëindigen tot de datum van de fraude
 - wij kunnen je tot 5 jaar daarna weigeren voor een nieuwe verzekering

Als je niet tevreden bent of een klacht hebt

Wij doen steeds ons best om je zo goed mogelijk van dienst te zijn. Toch kan het gebeuren dat je niet tevreden bent. Wil je een klacht indienen? Hieronder staat hoe dat kan.

77. **Ben je het niet eens met onze beslissing? Of ontevreden over onze dienstverlening? Dan kan je bij onze Klachtenservice een klacht indienen.** Je ontvangt onze reactie binnen 30 dagen.
78. **Ben je niet tevreden met onze reactie. Of reageren wij niet? Dan kan je je klacht voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).** De procedure bij de SKGZ verloopt in 2 stappen.
- Eerst probeert de Ombudsman Zorgverzekeringen je klacht op te lossen door bemiddeling.
 - Lukt dat niet, dan kan je je klacht voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

¹ Je vindt het protocol op jaaah.nl

Meer informatie vind je op de site skgz.nl/procedure.

Je kan je klacht op 2 manieren bij de SKGZ indienen.

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

SKGZ
Antwoordnummer 5518
3700 VB Zeist

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

- a. Heb je een reactie van ons gekregen? Je kan je klacht tot 1 jaar na onze reactie indienen bij de Ombudsman.
- b. Hebben wij niet gereageerd? Je kan je klacht tot 13 maanden na je vraag aan Jaaah indienen bij de Ombudsman.
- c. Je kan de SKGZ vragen of je je klacht direct aan de Geschillencommissie mag voorleggen. Dit kan tot 1 jaar na het (niet) handelen van Jaaah waarover je klacht gaat. Heb je het (niet) handelen niet direct gemerkt? Dan gaat de termijn van 1 jaar in op het moment dat je wel op de hoogte had kunnen zijn.
- d. Heeft de Ombudsman je probleem volgens jou niet opgelost? En wil je je klacht daarom voorleggen aan de Geschillencommissie? Dit kan tot 3 maanden na de reactie van de Ombudsman.

Je kan je klacht ook voorleggen aan de burgerlijke rechter. Dan kan je niet meer naar de SKGZ.

79. Is je klacht dat onze formulieren te ingewikkeld of overbodig zijn? Dan kan je deze ook bij de NZa indienen. Telefonisch of per e-mail.

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

Recht dat van toepassing is

80. De verzekeringen vallen onder Nederlands recht.

Vergoedingen 2021

Inhoud

Huisarts en gezond blijven	21
Huisarts (huisartsenzorg)	22
Diagnostiek voor eerstelijns zorg	23
Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp)	24
Voetzorg bij diabetes	27
Psychische zorg bij de huisarts	28
Trombosedienst	29
Gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht (gli)	31
Stoppen met roken	32
Ziekenhuis en medisch specialist	34
Medisch specialist	35
Ziekenhuisopname	37
Plastische chirurgie	39
Vruchtbaarheidsbehandelingen	40
In-vitrofertilisatie (ivf)	42
Erfelijkheidsonderzoek	44
Orgaantransplantatie en -donatie	45
Dialyse	47
Mechanische beademing	49
Voorwaardelijk toegelaten zorg	50
Second opinion	51
Verpleging en verzorging	53
Verpleging en verzorging thuis	54
Persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)	56
Eerstelijns verblijf	57
Bewegen en revalideren	60
Fysiotherapie en oefentherapie tot 18 jaar	61
Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar	62
Medisch-specialistische revalidatie	64
Geriatrische revalidatie	66
Ergotherapie	67
Zwangerschap en bevalling	69
Prenatale screening	70
Zwangerschap en bevalling	71
Kraamzorg	73
Medicijnen en dieet	76
Geneesmiddelen	77
Diëtetiek (dieetadvies)	79
Dieetpreparaten	80
Mond en gebit	83
Tandheelkundige zorg tot 18 jaar	84
Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar (Jaaah tand)	85
Tandheelkundige zorg na een ongeval (Jaaah tand bij een ongelukje)	87
Gebitsprothese (kunstgebit) vanaf 18 jaar	88
Fronttandvervanging	90
Kaakchirurgie vanaf 18 jaar	91
Bijzondere tandheelkunde	92
Psychische zorg	95
Generalistische basis-ggz	96
Gespecialiseerde ggz	98
Anticonceptie	101
Anticonceptie	102
Horen, zien en spreken	104
Audiologische zorg	105
Zintuiglijk gehandicaptenzorg	106
Logopedie	108
Hulpmiddelen	110
Hulpmiddelen	111
Vervoer	113
Ambulancevervoer	114
Zittend ziekenvervoer	115
Zorg in het buitenland	118
Buitenland: spoedeisende zorg	119
Buitenland: niet-spoedeisende (voorzien) zorg	120
Bijzondere gevallen	122
Vergoeding in bijzondere gevallen	123

Huisarts en gezond blijven

Vergoedingen

Huisarts (huisartsenzorg)
Diagnostiek voor eerstelijns zorg
Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp)
Voetzorg bij diabetes
Psychische zorg bij de huisarts
Trombosedienst
Gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht (gli)
Stoppen met roken

Huisarts (huisartsenzorg)

Heb je problemen met je gezondheid? Of er vragen over? Dan is je huisarts meestal je eerste aanspreekpunt.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt de volgende vormen van huisartsenzorg:

- **zorg door de huisarts:** die beantwoordt je vragen, bespreekt je klachten, laat onderzoek doen als dat nodig is en stelt een diagnose. Meestal behandelt de huisarts je zelf. Maar soms verwijst je huisarts je door naar een andere dokter of zorgverlener
- **zorg door andere zorgverleners:** in de praktijk van je huisarts werken vaak ook andere zorgverleners, bijvoorbeeld een longverpleegkundige of een psycholoog. Die praktijkondersteuners behandelen jou zelf, maar je huisarts blijft wel verantwoordelijk
- **zorg door de huisarts met andere zorgverleners:** bij COPD, diabetes type 2 en cardiovasculair risicomangement (hart- en vaatziekten) werkt je huisarts samen met zorgverleners buiten de praktijk. Zo krijg je zorg op maat. Dat noemen we ketenzorg
- **spoedzorg:** bij een levensbedreigende situatie bel je 112, maar voor andere spoedeisende vragen bel je eerst je huisarts. Is de praktijk gesloten? Dan kun je de huisartsenpost bellen. Soms krijg je advies, soms vragen ze je om langs te komen. Als het nodig is, verwijst je huisarts of de huisartsenpost je door naar de spoedeisende hulp. Ga je hier zonder verwijzing naartoe? Dan kun je niet altijd terecht, of moet je langer wachten

Jaaah basis vergoedt ook de volgende vormen van huisartsenzorg. Omdat die extra of andere voorwaarden hebben, staan ze ergens anders:

- voetzorg bij diabetes
- psychische zorg bij de huisarts
- stoppen met roken
- geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen
- eerstelijns verblijf (huisartsenzorg met opname)

Hier kun je terecht

- huisarts of huisartsenpraktijk
- huisartsenpost voor spoedeisende huisartsenzorg in de avond, nacht of het weekend
- GGD of arts infectieziekte- of tuberculosebestrijding voor zorg bij een infectieziekte of tuberculose

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Nee, geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder je eigen risico. Maar let op! Zorg die je huisarts voorschrijft meestal wel, bijvoorbeeld medicijnen en bloedonderzoek. Net als zorg door een arts infectieziekten of tuberculosebestrijding (GGD-arts).

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Nee, geen voorschrift of verwijzing

Je kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Toestemming

Nee, geen toestemming

Je hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafspraak die je niet nakomt (no show).

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: zorg die huisartsen normaal gesproken verlenen omdat je bent ingeschreven bij de praktijk. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Diagnostiek voor eerstelijns zorg

Soms is er meer onderzoek nodig voordat je huisarts een diagnose kan stellen. Vaak kan hij dat zelf doen, maar soms stuurt hij je door. Ook andere zorgverleners in de 'eerste lijn' kunnen dat doen. Het gevraagde onderzoek gebeurt dan buiten de praktijk van je zorgverlener. Dit onderzoek buiten de praktijk is 'diagnostiek voor eerstelijns zorg'.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt de volgende diagnostiek voor eerstelijns zorg:

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

Je huisarts of andere zorgverlener die de diagnostiek aanvraagt, krijgt de uitslag van het onderzoek en kan je dan verder behandelen.

De volgende zorgverleners in de eerste lijn kunnen de diagnostiek aanvragen:

- huisarts
- verloskundige, als dat nodig is voor zorg rondom zwangerschap en bevalling
- jeugdarts, als dat nodig is voor zorg aan kinderen tot 4 jaar
- specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten, als dat nodig is voor huisartsenzorg (ook tijdens eerstelijns verblijf)
- arts infectieziekte- of tuberculosebestrijding, als dat nodig is voor individuele zorg bij (een risico op) deze ziekten

Vindt een andere zorgverlener, zoals de fysiotherapeut of je bedrijfsarts, de diagnostiek nodig? Dan moet je daarvoor eerst langs je huisarts.

Hier kun je terecht

Vaak moet je naar een prikpost, echocentrum of polikliniek voor het onderzoek. De diagnostiek wordt uitgevoerd door een:

- eerstelijns diagnostisch centrum (EDC)
- productiesamenwerkingsverband¹
- ziekenhuis
- jeugdarts, voor diagnostische tests bij een vermoeden van koemelkallergie bij kinderen tot 4 jaar

Andere vergoedingen

Voor diagnostiek bij prenatale screening gelden andere voorwaarden. Daarom staan deze ergens anders.

¹ Een samenwerkingsverband van ziekenhuizen dat laboratoriumonderzoeken en andere diensten levert aan instellingen en eerstelijns zorgverleners

Zorgverlener zonder contract

Misschien kies je liever een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, je eerstelijns zorgverlener moet de zorg aanvragen

Hierboven lees je welke zorgverleners dat kunnen doen.

Toestemming

Nee, geen toestemming

Je hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show).

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: zorg die huisartsen normaal gesproken verlenen omdat je bent ingeschreven bij de praktijk. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp)

De zorg bij sommige patiënten is te ingewikkeld voor de huisarts alleen. Je kunt denken aan iemand die ouder wordt met meerdere aandoeningen tegelijk, of iemand met een verstandelijke beperking die een chronische ziekte krijgt. De huisarts (of kinderarts) kan dan een specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten inschakelen. Dit is geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp).

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt gzsp in 3 vormen:

1. De specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten geeft advies aan je huisarts. Dan zie je die zorgverlener zelf niet.
2. De specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten neemt de zorg helemaal, of voor een deel, over van je huisarts of kinderarts.
Je hebt dan enkele gesprekken met die zorgverlener. Als meer zorg nodig is, stelt de zorgverlener samen met jou een zorgprogramma op. Daarin staat aan welke behandeldoelen jullie gaan werken, en hoe. De artsen kunnen hierbij ook iemand met meer kennis van de ggz inschakelen. Bijvoorbeeld een gz-psycholoog¹ of psychiater.
3. Dagbehandeling in een groep, als dit helpt bij het bereiken van je behandeldoel. De dagbehandeling kan onderdeel zijn van je zorgprogramma (zie 2) als je zelfstandig thuis woont en overdag behoefte hebt aan extra zorg. Die dagbehandeling krijg je in een instelling, bijvoorbeeld een verpleeghuis of een instelling voor verstandelijk gehandicapten. Binnen je zorgprogramma kunnen ook anderen je behandelen. Maar de specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten is je eerste aanspreekpunt. En verantwoordelijk voor je totale behandeling. Bij gedragsproblemen kan je eerste aanspreekpunt ook een andere zorgverlener zijn:
 - a. gz-psycholoog¹
 - b. orthopedagoog-generalist
 - c. klinisch psycholoog
 - d. klinisch neuropsycholoog
 - e. psychiater

Heb je een zorgprogramma zoals onder 2 of 3? En vindt de specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten dat je naar een fysiotherapeut, oefentherapeut, ergotherapeut, logopedist of diëtist moet? Kijk dan bij 'Andere vergoedingen'. Let op dat Jaaah basis de eerste 20 behandelingen fysiotherapie en oefentherapie niet vergoedt. Dat geldt ook als je onder de overgangsregeling hieronder valt.

Overgangsregeling

Jaaah basis vergoedt gzsp vanaf 1 januari 2021. Krijg je in 2021 deze zorg voor het eerst? Dan geldt wat hierboven staat. Kreeg je deze zorg al in 2020 (die heette toen extramurale behandeling), of kreeg je in 2020 al een indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)? Dan val je misschien onder de overgangsregeling:

1. Krijg je op 31 december 2020 al gzsp? En heb je een indicatie van het CIZ voor extramurale behandeling? Dan hoef je niets te doen. Je zorg loopt door zolang je indicatie geldig is. Maar uiterlijk tot en met 31 december 2022. Je gaat vanaf 1 januari 2021 wel eigen risico betalen.
2. Heb je op 31 december 2020 al wel een indicatie van het CIZ voor extramurale behandeling, maar krijg je de zorg nog niet? Dan hoef je niets te doen, als je voor 1 april 2021 start met de zorg. Je zorg loopt door zolang je indicatie geldig is. Maar uiterlijk tot en met 31 december 2022. Start je na 1 april met de zorg, dan moet je eerst naar de huisarts of kinderarts voor een verwijzing.

Hier kun je terecht

- specialist ouderengeneeskunde
- arts voor verstandelijk gehandicapten

Je huisarts werkt vaak al samen met deze zorgverleners. Soms werken zij in de huisartsenpraktijk, of bijvoorbeeld in een verpleeghuis of andere instelling.

Andere vergoedingen

Bij dagbehandeling in een groep vergoedt Jaaah basis soms ook het zittend ziekenvervoer naar de dagbehandeling.

Voor individuele fysiotherapie en oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek gelden die vergoedingen.

¹ Ook: gezondheidszorgpsycholoog

Zorgverlener zonder contract

Misschien kies je liever een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een verwijzing

Voor deze zorg moet je een verwijzing hebben van je huisarts of kinderarts. Een verpleegkundig specialist of physician assistant² die in de huisartsenpraktijk werkt, mag jou ook namens je huisarts verwijzen.

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

Als wij geen afspraken hebben met de specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten. Bijna altijd hebben wij die wel. De arts weet of dat zo is. En zal, als dat nodig is, de toestemming voor je aanvragen.

Help me even: toestemming vragen¹

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show).

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de zorg die specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten normaal gesproken verlenen als specifieke geneeskundige zorg voor deze doelgroep. Bij dagbesteding in een groep is dat ook de zorg die klinisch psychologen normaal gesproken verlenen. In beide gevallen geldt: eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Voor dagbesteding naar de gemeente

Heb je behoefte aan dagbesteding, maar heeft dit geen medisch doel binnen je zorgprogramma? Dan moet je hiervoor naar het zorgloket van de gemeente.

Deze vergoeding geldt niet als je een Wlz-indicatie hebt, of kunt krijgen

Heb je een indicatie van het CIZ voor zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz)? Of kun je die krijgen? Dan vergoedt die wet de specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten. Je basisverzekering vergoedt de zorg dan niet.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

² De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Hij kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

Voetzorg bij diabetes

Bij diabetes (diabetes mellitus, suikerziekte) zijn je voeten kwetsbaar. Goede voetzorg kan problemen voorkomen.

Dit krijg je vergoed

Of Jaaah basis deze voetzorg vergoedt, ligt aan je zorgprofiel. Je huisarts of een podotherapeut bepaalt het zorgprofiel. Er zijn 5 zorgprofielen: 0, 1, 2, 3 en 4. Hoe hoger het zorgprofiel, hoe meer zorg nodig is.

Jaaah basis vergoedt:

1. een jaarlijkse voetcontrole als je diabetes hebt
2. bij zorgprofiel 2 of hoger: ook de volgende voetzorg om wondjes of zweren aan je voeten te voorkomen of te behandelen:
 - uitleg over een gezonde leefstijl die voetproblemen kan voorkomen
 - regelmatig gericht voetonderzoek
 - vaststellen en behandelen van huid- en nagelproblemen, en van afwijkingen van de vorm en stand van je voeten
 - advies over de juiste schoenen

Hier kun je terecht

- huisarts, of verpleegkundige die werkt onder verantwoordelijkheid van je huisarts
 - podotherapeut
- Soms besteedt de podotherapeut een deel van de voetzorg uit, bijvoorbeeld aan een medisch pedicure. Je podotherapeut blijft dan eindverantwoordelijk, en de kosten van de medisch pedicure zitten dan in de rekening van je podotherapeut

Wat niet vergoed wordt

- voetverzorging zoals eelt verwijderen of nagels knippen

Andere vergoedingen

Orthopedische aanpassing van schoenen valt onder de vergoeding Orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Nee, geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Nee, geen voorschrift of verwijzing

Je kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Toestemming

Nee, geen toestemming

Je hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show).

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: zorg die huisartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Psychische zorg bij de huisarts

Ook bij psychische klachten is je huisarts je eerste aanspreekpunt.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt psychische zorg door je huisarts of door de praktijkondersteuner ggz (POH-ggz) voor alle leeftijden. Dit kunnen gesprekken zijn, maar ook een online programma. Jaaah basis vergoedt ook medicijnen die je huisarts of POH-ggz voorschrijft (uit de vergoeding Geneesmiddelen).

Je huisarts of POH-ggz behandelt alleen lichte klachten. Heb je meer of andere zorg nodig, dan kunnen zij je doorverwijzen. Daarover lees je meer onder 'Andere vergoedingen'.

Hier kunt je terecht

- huisarts of POH-ggz die onder verantwoordelijkheid van je huisarts werkt

Wat niet vergoed wordt

- bewegingsgerichte therapie
- anonieme behandeling via internet

Andere vergoedingen

- stoppen-met-roken
- generalistische basis-ggz (vanaf 18 jaar), als je huisarts je doorverwijst
- gespecialiseerde ggz (vanaf 18 jaar), als je huisarts je doorverwijst
- geneesmiddelen, als je huisarts of POH-ggz die voorschrijft

Ben je jonger dan 18 jaar? Dan kan je huisarts bij ernstige klachten doorverwijzen naar de jeugd-ggz. De gemeente regelt deze zorg.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Nee, geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Nee, geen voorschrift of verwijzing

Je kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Toestemming

Nee, geen toestemming

Je hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show).

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: zorg die huisartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Trombosedienst

Als je bloedverdunders gebruikt om trombose tegen te gaan, moet je regelmatig je bloed laten controleren. Je kunt dat soms ook zelf doen.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt:

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

Meet je zelf de stollingswaarden van je bloed? Dan vergoedt Jaaah basis ook:

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

Hier kun je terecht

- trombosedienst (prikpost)
- thuis, als je zelf prikt

Andere vergoedingen

Zelfmeetapparatuur en wat daarbij hoort, valt onder de vergoeding Hulpmiddelen bij trombose.

Zorgverlener zonder contract

Misschien kies je liever een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een verwijzing

Voordat je naar de trombosedienst gaat, moet je een verwijzing hebben van je (huis)arts of medisch specialist.

Toestemming

Nee, geen toestemming

Je hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show).

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: zorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht (gli)

Bij overgewicht loop je een groter risico op ziekte. Een gecombineerde leefstijlinterventie (gli) kan je helpen een gezondere leefstijl te krijgen. Je krijgt dan advies en begeleiding bij gezondere eetgewoontes, meer bewegen en gedragsverandering. Die begeleiding krijg je meestal in groepsverband.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt de gli als je aan 3 voorwaarden voldoet:

- je bent ouder dan 16 jaar
- je bent gemotiveerd om het hele programma te doorlopen (dat duurt zo'n 2 jaar)
- je BMI¹ is 30 kg/m² of hoger, of 25-30 kg/m² met daarbij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, een verhoogd risico op diabetes type II of een aanwezige ziekte die samenhangt met je overgewicht

Let op!

Jaaah basis vergoedt alleen door ons erkende gecombineerde leefstijlinterventies².

Hier kun je terecht

- leefstijlcoach³ met wie je huisarts samenwerkt (in de zorggroep)
- andere gli-begeleider⁴ die bij de erkende gecombineerde leefstijlinterventies² staat

Wat niet vergoed wordt

- activiteiten om meer te bewegen, bijvoorbeeld je fitnessabonnement of lidmaatschap van een sportvereniging

Andere vergoedingen

Krijg je tijdens het programma te maken met andere klachten die (verder) behandeld moeten worden, zoals klachten bij het bewegen of psychische problemen? Dan kan je huisarts je doorverwijzen voor bijvoorbeeld fysiotherapie of oefentherapie, diëtetiek, naar de medisch specialist⁵ of voor psychologische ondersteuning zoals generalistische basis-ggz. Die zorg krijg je dan naast het programma.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Nee, geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder je eigen risico. Verwijst je huisarts je door voor andere klachten, bijvoorbeeld naar de diëtist of psycholoog? Dan valt die zorg wel onder je eigen risico.

¹ Zelf je BMI berekenen? Deel je gewicht (in kilo's) door je lengte (in meters). Deel de uitkomst nog een keer door je lengte (in meters). De uitkomst is je BMI

² Kijk hiervoor op jaaah.nl bij deze vergoeding

³ Deze moet als leefstijlcoach geregistreerd staan in het register van BLCN, CKR, Stichting Keurmerk fysiotherapie of Kwaliteitsregister Paramedici

⁴ Een begeleider met een eigen praktijk, die als leefstijlcoach geregistreerd staat in het register van BLCN, CKR, Stichting Keurmerk fysiotherapie of Kwaliteitsregister Paramedici

⁵ 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

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een verwijzing

Voordat je aan het programma begint, moet je een verwijzing hebben van je huisarts of medisch specialist¹.

Toestemming

Ja, toestemming

Je moet toestemming van ons hebben vóórdat je aan het programma begint.

Help me even: toestemming vragen²

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show).

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Het gli-programma moet effectief zijn. Je behandelaar kan je daar meer over vertellen. Alleen effectieve leefstijlinterventies zijn door ons erkend³.

De ZorgConsulent helpt je bij het vinden van een begeleider

Zoek je een leefstijlcoach of andere gli-begeleider? Check dat dan even bij onze ZorgConsulent² of je huisarts of medisch specialist.

Je gli-begeleider houdt je huisarts of medisch specialist op de hoogte

Je verwijzer blijft zo betrokken bij je voortgang.

Stoppen met roken

Wil je graag stoppen met roken en heb je daar hulp bij nodig? Dan kun je meedoen met een stoppen-met-rokenprogramma.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt:

- korte ondersteunende adviezen, en
- 1 keer per kalenderjaar een stoppen-met-rokenprogramma, en nicotinevervangers en geneesmiddelen die daarbij horen

Het stoppen-met-rokenprogramma is bedoeld om te stoppen met roken door je gedrag te veranderen. Je krijgt advies, persoonlijke en telefonische coaching, of een groepstraining, en nicotinevervangers of geneesmiddelen als dat nodig is.

Heb je een heel programma niet nodig, maar wil je wel graag kort advies? Dan kun je dat altijd aan je huisarts vragen. Of aan je verloskundige of medisch specialist¹, als je daar toch al onder behandeling bent. Kijk daarvoor bij 'Andere vergoedingen'.

Hier kun je terecht

- huisarts
- verpleegkundige
- zorgverlener die geregistreerd staat in het kwaliteitsregister Stoppen met Roken⁴ van het Partnership Stoppen met Roken

¹ 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

² Kijk hiervoor op jaaah.nl

³ Kijk hiervoor op jaaah.nl bij deze vergoeding

⁴ Meer informatie lees je op www.kabiz.nl/beroepen/beroep.aspx?onderwerp=stoppen-met-roken-coach

Andere vergoedingen

- huisarts
- medisch specialist
- zwangerschap en bevalling

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Nee, geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder je eigen risico. Niet voor het programma, en ook niet voor de voorgeschreven nicotinevervangers en geneesmiddelen.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, in sommige gevallen

Voor het programma zelf heb je geen verwijzing nodig. Maar voor nicotinevervangers en geneesmiddelen die bij het programma horen heb je een voorschrift nodig. Je huisarts, medisch specialist, verloskundige of verpleegkundig specialist kunnen dat voorschrift geven.

Die laatste 3 moeten wel een aanvraagformulier¹ invullen. Je moet dit meesturen met je declaratie.

Toestemming

Nee, geen toestemming

Je hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show).

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de zorg die verpleegkundigen, verloskundigen, huisartsen en medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

¹ Dit formulier vind je op www.znformulieren.nl

Ziekenhuis en medisch specialist

Vergoedingen

Medisch specialist
Ziekenhuisopname
Plastische chirurgie
Vruchtbaarheidsbehandelingen
In-vitrofertilisatie (ivf)
Erfelijkheidsonderzoek
Organtransplantatie en -donatie
Dialyse
Mechanische beademing
Voorwaardelijk toegelaten zorg
Second opinion

Medisch specialist

Heb je specialistische zorg nodig? Dan verwijst je huisarts of andere zorgverlener je naar de medisch specialist.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt:

- medisch-specialistische zorg
- verpleging, paramedische zorg¹, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen als die bij je behandeling horen

De medisch specialist² doet het eerste consult meestal zelf. Die stelt de diagnose en bespreekt met je hoe het traject verder gaat. En is je hoofdbehandelaar. Je medisch specialist kan delen van de zorg door anderen laten doen. Bijvoorbeeld een scan of onderzoek. Dit valt allemaal onder medisch-specialistische zorg.

In het ziekenhuis kan je hoofdbehandelaar ook een SEH-arts³, verpleegkundig specialist of physician assistant⁴ zijn.

Jaaah basis vergoedt ook je opname in het ziekenhuis als dat nodig is.

Hier kun je terecht

Bij een medisch specialist in:

- het ziekenhuis
- een zelfstandig behandelcentrum (ZBC⁵)
- een eigen praktijk

Wat niet vergoed wordt

- besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak
- sterilisatie en het ongedaan maken daarvan

Andere vergoedingen

Sommige behandelingen krijg je soms wel in het ziekenhuis, maar zijn geen medisch-specialistische zorg. Ze vallen onder een andere vergoeding:

- kaakchirurgie
- gespecialiseerde ggz

Sommige behandelingen zijn wel medisch-specialistische zorg, maar er gelden andere voorwaarden. Daarom staan ze in aparte vergoedingen. Bijvoorbeeld plastische chirurgie, vruchtbaarheidsbehandelingen en medisch-specialistische revalidatie. Medisch-specialistische zorg in het buitenland valt onder spoedeisende of niet-spoedeisende (voorziene) zorg in het buitenland.

Zorgverlener zonder contract

Misschien kies je liever een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen⁶ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker⁶ check je snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

¹ Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek

² 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

³ Spoedeisende hulp arts

⁴ De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Hij kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

⁵ Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor je niet wordt opgenomen

⁶ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een verwijzing

Voordat je naar de medisch specialist gaat, heb je een verwijzing nodig van je huisarts, een andere medisch specialist, jeugdarts, bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde.

Als je naar de oogarts moet, kan óók een orthoptist of optometrist¹ je verwijzen.

Als je vanwege je zwangerschap of voor je bevalling naar de medisch specialist moet, kan óók je verloskundige je verwijzen.

Voor acute zorg² heb je geen verwijzing nodig.

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

Voor behandelingen die op de 'limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg'³ staan, moet je vooraf toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen⁴

Neem ook even contact met ons op als je in het buitenland naar de medisch specialist gaat.

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show).

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: zorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Een second opinion kan ook

Twijfel je over de gestelde diagnose of voorgestelde behandeling? Dan kun je een second opinion vragen. Jaaah basis vergoedt die.

Wachttijst? Neem contact op met de ZorgConsulent

Je wilt natuurlijk zo snel mogelijk terecht kunnen. Als er een wachtlijst is, kun je onze ZorgConsulent⁴ vragen je naar een ander ziekenhuis te bemiddelen. Ook in andere situaties kun je de ZorgConsulent vragen om te bemiddelen.

Let op bij zorg in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. Dat staat in de vergoedingen voor spoedeisende en niet-spoedeisende (voorzien) zorg in het buitenland. Neem even contact met ons op voor je naar de medisch specialist in het buitenland gaat. Zo voorkom je vervelende (financiële) verrassingen achteraf. Voor spoedeisende zorg bel je met onze alarmcentrale Zorgassistance⁵.

¹ Deze moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici met een aanvullende aantekening voor oogheelkundig onderzoek binnen de anderhalvelijns zorg

² Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

³ Een lijst met behandelingen die je alleen vergoed krijgt na toestemming. Die is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

⁴ Kijk hiervoor op jaaah.nl

⁵ +31 (0)88 668 97 77

Ziekenhuisopname

Moet je voor onderzoek of behandeling 's nachts in het ziekenhuis blijven? Dat is ziekenhuisopname.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt je opname als je voor uitgebreid onderzoek of behandeling door de medisch specialist¹ of kaakchirurg² in het ziekenhuis moet overnachten.

Jaaah basis vergoedt ook de zorg die bij je opname hoort:

- verpleging en verzorging
- paramedische zorg³
- geneesmiddelen
- hulpmiddelen en verbandmiddelen

Hier kun je terecht

- ziekenhuis
- zelfstandig behandelcentrum (ZBC⁴)
- instelling die gespecialiseerd is in een bepaalde behandeling, zoals een longkliniek of een epilepsiecentrum

Andere vergoedingen

Er is ook nog andere zorg waarbij je kunt worden opgenomen. Dat staat ergens anders:

- gespecialiseerde ggz
- eerstelijns verblijf
- medisch-specialistische revalidatie
- geriatrische revalidatie
- zintuiglijk gehandicaptenzorg

Moet je in het buitenland worden opgenomen? Dan gelden de vergoedingen voor spoedeisende en niet-spoedeisende (voorziene) zorg in het buitenland.

Zorgverlener zonder contract

Misschien kies je liever een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen⁵ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker⁵ check je snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

¹ 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

² De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg

³ Fysiotherapie, oefen therapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek

⁴ Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor je niet wordt opgenomen

⁵ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een verwijzing

Voordat je naar de medisch specialist gaat, heb je een verwijzing nodig van je huisarts, andere medisch specialist, jeugdarts, bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde.

Als je naar de oogarts moet, kan óók een orthoptist of optometrist¹ je verwijzen.

Als je vanwege je zwangerschap of voor je bevalling naar de medisch specialist moet, kan óók je verloskundige je verwijzen.

Voor acute zorg² heb je geen verwijzing nodig.

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

Als je wordt opgenomen voor behandelingen die op de 'limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg'³ staan, moet je vooraf toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen⁴

Neem ook even contact met ons op als je in het buitenland wordt opgenomen.

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt.

Wij vergoeden opname alleen bij verzekerde zorg

Jaaah basis vergoedt de opname alleen als Jaaah basis de zorg van de medisch specialist of kaakchirurg ook vergoedt.

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

Bij een onderbreking van maximaal 30 dagen zien wij de opname ook als doorlopend. Dagen dat je buiten het ziekenhuis bent voor vakantie- of weekendverlof tellen wel mee voor het volmaken van de 3 jaar.

Let op bij zorg in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. Dat staat in de vergoedingen voor spoedeisende en niet-spoedeisende (voorzien) zorg in het buitenland.

Neem even contact met ons op voor je naar het buitenland gaat voor ziekenhuisopname. Zo voorkom je vervelende (financiële) verrassingen achteraf. Voor spoedeisende opname bel je met onze alarmcentrale Zorgassistance⁵.

¹ Deze moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici met een aanvullende aantekening voor oogheelkundig onderzoek binnen de anderhalvelijns zorg

² Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

³ Een lijst met behandelingen die je alleen vergoed krijgt na toestemming. Die is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

⁴ Kijk hiervoor op jaaah.nl

⁵ +31 (0)88 668 97 77

Plastische chirurgie

Heb je brandwonden of littekens na een ongeluk? Of een aangeboren afwijking aan je uiterlijk? Dan, en in andere gevallen, kan plastische chirurgie een oplossing zijn.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt plastische chirurgie bij:

1. afwijkingen van het uiterlijk als je daardoor een aantoonbare lichamelijke functiestoornis¹ hebt
2. verminkingen² door een ziekte, ongeluk of medische behandeling
3. verlamde of verslaptte bovenoogleden, als dat je gezichtsveld ernstig beperkt of als dat komt door een aangeboren afwijking of chronische aandoening die je bij de geboorte al had
4. het verwijderen van borstprothesen als dat medisch noodzakelijk is
5. het plaatsen of vervangen van borstprothesen als je borst (geheel of gedeeltelijk) geamputeerd is
6. het plaatsen of vervangen van borstprothesen als bij jou als (trans)vrouw het borstweefsel niet ontwikkeld is (agenesie) of ontbreekt (aplasie)
7. deze aangeboren afwijkingen: lip-, kaak- en gehemeltepleet, misvorming van botten in het gezicht, goedaardige woekering van bloedvaten of lymfevaten of bindweefsel, een geboortevlek of misvorming van urinewegen of geslachtsorganen
8. behandeling van primaire geslachtskenmerken als transseksualiteit bij je is vastgesteld

Jaaah basis vergoedt dan ook verpleging en verzorging, paramedische zorg³, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die je door de ingreep nodig hebt.

Lees voor meer informatie ook het document 'plastische chirurgie'⁴.

Is het nodig dat je voor de zorg wordt opgenomen? Dan vergoedt Jaaah basis de ziekenhuisopname.

Hier kun je terecht

Bij de plastisch chirurg, of andere medisch specialist⁵ die plastische chirurgie doet. Die moet werken in het ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC⁶).

Wat niet vergoed wordt

- wegzuigen van onderhuids vet (liposuctie) van de buik
- borstvergroting, in andere gevallen dan hierboven
- behandeling tegen snurken door operatie van de huid (uvuloplastiek)
- sterilisatie of het ongedaan maken daarvan
- operatie van flaporen
- besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak

Zorgverlener zonder contract

Misschien kies je liever een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen⁷ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker⁷ check je snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

¹ Voorbeeld: je kunt je hand niet goed dichtdoen, en daardoor moeilijk dingen vastpakken

² Een niet-aangeboren ernstige misvorming van een lichaamsdeel, die in het dagelijks leven meteen opvalt. Camoufleren met kleding of make-up is niet mogelijk. Bijvoorbeeld: brandwonden, amputatie

³ Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetik

⁴ Je vindt dit document op jaaah.nl bij deze vergoeding

⁵ Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, KNO-arts, 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

⁶ Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor je niet wordt opgenomen

⁷ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een verwijzing

Voordat je naar de plastisch chirurg gaat, moet je een verwijzing hebben van je huisarts, een andere medisch specialist, jeugdarts, bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde.

Voor acute zorg¹ heb je geen verwijzing nodig.

Toestemming

Ja, meestal

Voor behandelingen die op de 'limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg'² staan, moet je vooraf toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen³

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show).

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de zorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

WachtlIJst? Neem contact op met de ZorgConsulent

Je wilt natuurlijk zo snel mogelijk terecht kunnen. Als er een wachtlIJst is, kun je onze ZorgConsulent³ vragen je naar een ander ziekenhuis te bemiddelen. Ook in andere situaties kun je de ZorgConsulent vragen om te bemiddelen.

Vruchtbaarheidsbehandelingen

Lukt het niet om zwanger te worden? Een gynaecoloog kan onderzoeken waar dat aan ligt en kan je misschien behandelen om de kans op een zwangerschap te vergroten.

Dit krijg je vergoed

Voldoe je aan de volgende 2 voorwaarden?

- je bent als vrouw jonger dan 43 jaar
- je hebt een kinderwens, maar zwanger worden lukt al langere tijd niet door een medische oorzaak

¹ Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

² Een lijst met behandelingen die je alleen vergoed krijgt na toestemming. Die is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

³ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Dan vergoedt Jaaah basis:

- medisch-specialistisch(e) onderzoek en behandeling
- kunstmatige inseminatie (ki) of intra-uteriene inseminatie (iui)
- in-vitrofertilisatie (ivf) en intracytoplasmatische sperma-injectie (icsi), inclusief het invriezen (cryopreserveren) van embryo's
- geneesmiddelen die daarbij nodig zijn

Voor ivf en icsi gelden ook nog andere voorwaarden. Daarom staan deze ergens anders.

Hier kun je terecht

Je kunt naar een medisch specialist in:

- het ziekenhuis
- een zelfstandig behandelcentrum¹ (vruchtbaarheidskliniek)
- een eigen praktijk

Wat niet vergoed wordt

- vruchtbaarheidsbehandelingen bij jou als vrouw vanaf je 43e verjaardag
- kosten van sperma- of eiceldonatie. Dit geldt voor de kosten van de spermacellen of eicellen. En voor de kosten van medische behandeling van de donor om de spermacellen of eicellen te verkrijgen

Andere vergoedingen

- ivf voor de behandelingen ivf en icsi

Zorgverlener zonder contract

Misschien kies je liever een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen² staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker² check je snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

¹ Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor je niet wordt opgenomen

² Kijk hiervoor op jaaah.nl

Voorschrift/verwijzing

Ja, een verwijzing

Voordat je naar de medisch specialist gaat, moet je een verwijzing hebben van je huisarts of een andere medisch specialist¹.

Toestemming

Nee, geen toestemming

Je hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen. Ga je naar het buitenland? Dan is het wel verstandig ons vooraf te vragen of je behandeling daar vergoed wordt.

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show).

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de vruchtbaarheidsbehandelingen die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

We kijken naar de kans op zwangerschap

De leeftijd van de vrouw en de kwaliteit van het sperma zijn belangrijk voor de kans op zwangerschap. Je huisarts schat die kans in. Is er een goede kans om via natuurlijke weg zwanger te worden? Dan vergoedt Jaaah basis vruchtbaarheidsbehandelingen alleen als zwanger worden lange tijd niet lukt.

Geneesmiddelen zitten in de kosten van het ziekenhuis

Je haalt ze dus niet zelf bij je eigen apotheek en betaalt ze niet apart.

Donorsperma betaal je zelf

Is donorsperma nodig voor ki of iui? Dat betaal je zelf. De kosten verschillen per ziekenhuis. Het reserveren van sperma van een bepaalde donor moet je ook zelf betalen.

In-vitrofertilisatie (ivf)

Lukt het lange tijd niet om zwanger te worden? Dan kan je huisarts je doorverwijzen naar de medisch specialist voor een vruchtbaarheidsbehandeling. Bijvoorbeeld voor ivf.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt de eerste 3 pogingen ivf of icsi², elke keer dat je zwanger wilt worden. Je moet dan wel aan 3 voorwaarden voldoen:

- je bent als vrouw jonger dan 43 jaar
- je hebt een kinderwens, maar zwanger worden lukt al langere tijd niet door een medische oorzaak
- je medisch specialist vindt dat je ivf of icsi nodig hebt

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

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

Als fase 2 succesvol is, telt de behandeling mee als poging. Die poging loopt door tot alle ingevroren embryo's zijn teruggeplaatst, of totdat er een doorgaande zwangerschap tot stand komt.

- Volgt een doorgaande zwangerschap? Als er ingevroren embryo's over zijn, dan valt het later terugplaatsen daarvan onder de vergoeding Vruchtbaarheidsbehandelingen.
- Volgt geen doorgaande zwangerschap? Dan is de poging geëindigd.

Start je opnieuw met fase 1 of 2? Dan telt dat als een nieuwe poging. Let op: Jaaah basis vergoedt een nieuwe poging niet als er nog ingevroren embryo's over zijn. En het bewaren van de embryo's uit de nieuwe poging ook niet.

¹ 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

² Bij ivf vindt bevruchting buiten je lichaam plaats. Bij icsi wordt ook nog de zaadcel in de eicel geïnjecteerd

Als er wél een doorgaande zwangerschap tot stand komt, dan begint het tellen van de pogingen opnieuw. Dan geldt een volgende behandeling als een nieuwe 1e poging.

We spreken van een doorgaande zwangerschap als het embryo leeft:

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

Voor de vrouw gelden leeftijdsgrenzen voor deze vergoeding. Je moet bij de start van een poging jonger zijn dan 43 jaar. En als je bij de start van de 1e of 2e poging jonger bent dan 38 jaar, dan vergoedt Jaaah basis ivf of icsi alleen als er niet meer dan 1 embryo per keer wordt teruggeplaatst.

Hier kun je terecht

- ziekenhuis
- zelfstandig behandelcentrum¹ (vruchtbaarheidskliniek)

Wil je voor de behandeling naar het buitenland? Dan vergoedt Jaaah basis niet altijd alle zorg. Om zeker te zijn over wat je vergoed krijgt, kun je ons het beste vooraf toestemming² vragen.

Wat niet vergoed wordt

- testen die de succeskans van ivf voorspellen, zoals de ReceptIVFity test of ERA-test (Endometrial Receptivity Analysis)
- technieken waarvan de effectiviteit niet wetenschappelijk is bewezen, zoals assisted hatching of in vitro maturatie
- kosten van sperma- of eiceldonatie. Dit geldt voor de kosten van de spermacellen of eicellen. En voor de kosten van eventuele medische behandeling van de donor om de spermacellen of eicellen te verkrijgen

Andere vergoedingen

- vruchtbaarheidsbehandelingen

Zorgverlener zonder contract

Misschien kies je liever een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen² staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker² check je snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

¹ Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor je niet wordt opgenomen

² Kijk hiervoor op jaaah.nl

Voorschrift/verwijzing

Ja, een verwijzing

Voordat je naar de medisch specialist gaat, moet je een verwijzing hebben van je huisarts of een andere medisch specialist¹.

Toestemming

Nee, geen toestemming

Voor deze zorg hoef je geen toestemming te vragen.

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show).

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de vruchtbaarheidsbehandelingen die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

We kijken naar de kans op zwangerschap

Je huisarts schat de kans in om via natuurlijke weg zwanger te worden. Ben je doorverwezen naar de gynaecoloog? Dan maakt die een inschatting van de slagingskans voor een vruchtbaarheidsbehandeling, zoals ivf. Jaaah basis vergoedt ivf alleen als dit volgens de medische richtlijnen in jouw geval nog doelmatig is.

Geneesmiddelen zitten in de kosten van het ziekenhuis

Je haalt ze dus niet zelf bij je eigen apotheek en betaalt ze niet apart.

Erfelijkheidsonderzoek

Wil je weten of je een erfelijke ziekte of aandoening hebt, en of je die kunt doorgeven? Dan kun je erfelijkheidsonderzoek laten doen.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt erfelijkheidsonderzoek. Dat kan bestaan uit medisch onderzoek, laboratoriumonderzoek of stamboomonderzoek. Advies over erfelijke ziekte en psychosociale begeleiding rond erfelijkheid horen er ook bij.

Als het nodig is voor het advies aan jou, vergoedt Jaaah basis ook de kosten van onderzoeken bij andere personen dan jijzelf. Advisering kan dan ook aan hen plaatsvinden.

Hier kun je terecht

- klinisch-genetisch centrum (centrum voor erfelijkheidsonderzoek)

Wat niet vergoed wordt

- onderzoek om ouderschap vast te stellen

Zorgverlener zonder contract

Misschien kies je liever een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen² staat wat we vergoeden.

¹ 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

² Kijk hiervoor op jaaah.nl

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een verwijzing

Voordat je naar het klinisch-genetisch centrum gaat, moet je een verwijzing hebben van je huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist².

Toestemming

Nee, geen toestemming

Je hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show).

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de zorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Orgaantransplantatie en -donatie

Heb je een nieuw orgaan of weefsel nodig? Dan kom je soms in aanmerking voor een transplantatie. Ook kun je zelf donor zijn om iemand anders te helpen. Bijvoorbeeld door een nier af te staan.

Dit krijg je vergoed

Als jij zelf een orgaan of weefsel ontvangt, vergoedt Jaaah basis:

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

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

² 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

Heeft je donor zelf geen basisverzekering (bij ons of een andere zorgverzekeraar)? Dan vergoedt Jaaah basis ook:

- openbaar vervoer (2e klas) binnen Nederland van en naar alle hierboven genoemde zorg voor je donor. Als dat medisch noodzakelijk is, kan dit ook per auto
- vervoer van je donor naar Nederland en terug, als je donor in het buitenland woont, maar de transplantatie van nier, beenmerg of lever gebeurt in Nederland
- overige kosten die verband houden met de transplantatie en die je donor maakt doordat die in het buitenland woont

Als je zelf donor bent, vergoedt Jaaah basis:

- je kosten van openbaar vervoer (2e klas) van en naar alle hierboven genoemde zorg. Als dat medisch noodzakelijk is, kan dit ook per auto
- je vervoer naar Nederland en terug, als je in het buitenland woont, maar de transplantatie van je nier, beenmerg of lever gebeurt in Nederland
- je overige kosten die verband houden met de transplantatie, die je maakt doordat je in het buitenland woont
- zorg die je nodig hebt na de 13 weken na ontslag uit het ziekenhuis (of een half jaar als het gaat om een levertransplantatie) volgens de geldende vergoedingen

Weefsels en organen worden getransplanteerd in een ziekenhuis in:

- Nederland
- ander EU- of EER-land¹
- ander land, als de donor daar woont en de donor en ontvanger echtgenoten zijn, geregistreerd partners of bloedverwanten in de 1e, 2e of 3e graad

Hier kun je terecht

- ziekenhuis in 1 van de hierboven genoemde landen

Wat niet vergoed wordt

- als je zelf donor bent en in het buitenland woont: je verblijfskosten in Nederland en inkomsten die je misloopt
- als je donor in het buitenland woont en jij bent ontvanger: de verblijfskosten in Nederland van je donor en inkomsten die je donor misloopt

Zorgverlener zonder contract

Misschien kies je liever een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen² staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker² check je snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, in sommige gevallen

Ontvang je zelf een orgaan of weefsel? Dan geldt het eigen risico (ook voor de zorg aan de donor die Jaaah basis vergoedt).

¹ 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 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

² Kijk hiervoor op jaaah.nl

Ben je zelf donor?

Dan geldt het eigen risico niet voor:

- zorg ná de periode van 13 weken of (bij levertransplantatie) een half jaar, als die zorg verband houdt met je ziekenhuisopname voor selectie en verwijdering van het orgaan of weefsel
- vervoer van en naar de zorg die in de eerste 13 weken of (bij levertransplantatie) het eerste half jaar voor jou als donor wordt vergoed

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Nee, geen voorschrift of verwijzing

Als je een orgaan ontvangt, ben je al in behandeling. Als je zelf donor wordt, dan is een voorschrift of verwijzing ook niet nodig.

Toestemming

Nee, geen toestemming. Maar let op! Soms wel een verklaring van je arts

Voor donorzorg na de 13e week (of bij levertransplantatie het half jaar) moet je een verklaring van je arts hebben. Daaruit moet blijken dat de zorg verband houdt met je ziekenhuisopname voor selectie en voor verwijdering van het orgaan of weefsel. Waarom is dat? Alleen zo kunnen we ervoor zorgen dat we geen eigen risico inhouden.

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt.

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de transplantatiezorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Als donor kun je sommige onkosten vergoed krijgen

Er is een subsidieregeling als je zelf donor bent. De Nederlandse Transplantatiestichting¹ kan je er alles over vertellen.

Dialyse

Je nieren halen afvalstoffen uit je bloed en regelen het vocht in je lichaam. Als je nieren niet meer goed werken, is soms een behandeling nodig om die functie over te nemen. Die behandeling heet dialyse.

Dit krijg je vergoed

Jaaaah basis vergoedt 2 vormen van dialyse en de zorg die erbij hoort:

- onderzoek, behandeling en verpleging rond de dialyse
- medicijnen
- psychosociale begeleiding

De 2 vormen van dialyse zijn:

- Hemodialyse (HD). Hierbij wordt een machine (kunstnier) aangesloten op een bloedvat. Je bloed stroomt door de kunstnier, die het bloed filtert op afvalstoffen en overtollig vocht. Daarna stroomt het bloed weer terug in je lichaam.
- Peritoneaaldialyse (PD). Hierbij filtert je eigen buikvlies de afvalstoffen en overtollig vocht uit je bloed. Via een katheter komt een speciale vloeistof in je buikholte om de afvalstoffen en het vocht op te nemen. De vloeistof loopt daarna weer uit je buikholte.

Je krijgt die zorg in een ziekenhuis of dialysecentrum. Maar vaak kan het ook thuis.

¹ Kijk hiervoor op www.transplantatiestichting.nl

Als je de dialyse thuis doet, krijg je meestal ondersteuning van het ziekenhuis of het dialysecentrum waar je behandeld wordt. Jaaah basis vergoedt deze ondersteuning. Je kunt denken aan:

- opleiding en psychosociale begeleiding van jou, en je familie of mantelzorgers die je helpen bij de dialyse
- het beschikbaar stellen van dialyse-apparatuur en wat daarbij hoort, regelmatige controle en onderhoud daarvan en vervanging van onderdelen als dat nodig is
- chemicaliën, vloeistoffen en andere gebruiksartikelen (bijvoorbeeld een dialysetoel)
- deskundige hulp van bijvoorbeeld een verpleegkundige

Hier kun je terecht

- ziekenhuis
- dialysecentrum
- bij jou thuis

Andere vergoedingen

Bij thuisdialyse kun je ook andere kosten vergoed krijgen. Daarvoor geldt de vergoeding Woningaanpassing en overige kosten bij thuisdialyse.

Zorgverlener zonder contract

Misschien kies je liever een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Nee, geen voorschrift of verwijzing

Je bent al onder behandeling bij een medisch specialist. Voor de dialyse zelf is geen voorschrift of verwijzing nodig.

Toestemming

Nee, geen toestemming

Je hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show).

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de zorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Dialyse tijdens vakantie in het buitenland

Wil je op vakantie naar het buitenland? Bel onze ZorgConsulent¹ voor de (vergoedings)mogelijkheden. Ook Nierpatiënten Vereniging Nederland² kan je adviseren.

Mechanische beademing

Soms kun je niet meer zelfstandig (voldoende) ademen. Een beademingsapparaat kan dan je ademhaling van je overnemen. Dit heet mechanische beademing.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt mechanische beademing.

Je krijgt die eigenlijk altijd in het ziekenhuis, meestal tijdelijk. Heb je langere tijd, of zelfs voor altijd beademing nodig? Dan ga je na je opname in het ziekenhuis naar bijvoorbeeld een beademingscentrum. En als je medische situatie dat toelaat, kun je ook thuis beademing krijgen.

Een centrum voor thuisbeademing begeleidt je daarbij. Jaaah basis vergoedt:

- beschikbaar stellen van de beademingsapparatuur en het instellen ervan
- begeleiding van jou, en je familie of mantelzorgers bij het leren om met de mechanische beademing om te gaan
- medisch-specialistische en verpleegkundige zorg die je nodig hebt
- medicijnen die je bij de beademing nodig hebt

Dit krijg je allemaal van het centrum voor thuisbeademing.

Daarnaast krijg je een vergoeding voor je extra stroomkosten³.

Hier kun je terecht

- ziekenhuis
- beademingscentrum
- thuis, onder begeleiding van het centrum voor thuisbeademing

Zorgverlener zonder contract

Misschien kies je liever een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

² Meer informatie lees je op www.nvn.nl

³ Kijk hiervoor op jaaah.nl bij deze vergoeding

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Nee, geen voorschrift of verwijzing

Je bent al onder behandeling bij een medisch specialist. Voor de mechanische beademing zelf is geen voorschrift of verwijzing nodig.

Toestemming

Nee, geen toestemming

Je hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show).

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de zorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Voorwaardelijk toegelaten zorg

Soms lijkt een behandeling of medicijn veelbelovend voor een bepaalde groep patiënten. Maar is nog niet genoeg onderzoek gedaan om dit met zekerheid te kunnen zeggen. Dan vergoedt de basisverzekering de zorg (nog) niet. Om het onderzoek mogelijk te maken, kan de overheid die, voor een bepaalde periode, toch toevoegen aan het basispakket. We noemen dat 'voorwaardelijk toegelaten zorg'.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt de voorwaardelijk toegelaten behandelingen als je één van de patiënten bent voor wie de behandeling, het geneesmiddel of hulpmiddel zou kunnen werken. Je moet wel meedoen met het onderzoek.

Welke zorg, en hoe, waar en in welke periode je de zorg kunt krijgen, staat uitgelegd in het document voorwaardelijk toegelaten zorg¹.

Hier kun je terecht

Dat lees je in het document voorwaardelijk toegelaten zorg¹.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl bij deze vergoeding

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een verwijzing

Voor deze zorg moet je een verwijzing hebben van je huisarts, medisch specialist¹, jeugdarts, bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde.

Toestemming

Nee, geen toestemming

Je hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show).

Je kunt niet naar alle ziekenhuizen of zorgverleners toe

Het ziekenhuis of de andere zorgverlener moet meedoen aan het onderzoek. Anders vergoeden wij de zorg niet.

Second opinion

Twijfel je of een ingrijpende behandeling wel nodig is? Of over de diagnose van je arts? Dan kun je een second opinion laten doen.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt een second opinion onder de volgende 5 voorwaarden:

- het gaat om zorg die onder Jaaah basis valt, zoals zorg van de medisch specialist. Of dat zo is, staat in de vergoedingen
- de diagnostiek of voorgestelde behandeling waar de second opinion over gaat, valt ook onder Jaaah basis
- de arts die de second opinion doet, werkt in hetzelfde vakgebied als je eigen zorgverlener
- je hebt een verwijzing van een arts. Dit kan je eigen zorgverlener zijn, of je huisarts
- je gaat met de second opinion terug naar je eigen zorgverlener

De arts² die de second opinion doet, geeft alleen de eigen mening en neemt de behandeling dus niet over. Het is daarom belangrijk om je wens voor een second opinion eerst te bespreken met je eigen zorgverlener.

Hier kun je terecht

- arts die werkt in hetzelfde vakgebied als je eigen zorgverlener

¹ 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

² Met arts bedoelen wij in deze vergoeding ook: een tandarts

Wat niet vergoed wordt

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

Andere vergoedingen

Voor een 'second opinion' over verpleging en verzorging thuis geldt die vergoeding.

Zorgverlener zonder contract

Misschien kies je liever een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. De maximale bedragen staan in onze vergoedingen. Ga je bijvoorbeeld voor een second opinion naar de medisch specialist? Kijk dan in de vergoeding Medisch specialist, onder 'Zorgverlener zonder contract'.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, in de meeste gevallen

Voor een second opinion over zorg door een huisarts of over verloskundige zorg geldt geen eigen risico. Voor een second opinion over andere zorg geldt het eigen risico wel.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een verwijzing

Voordat je de second opinion krijgt, moet je een verwijzing hebben van een arts. Dit kan je eigen zorgverlener zijn als dat een arts is. Anders moet je langs je huisarts voor een verwijzing.

Toestemming

Nee, geen toestemming

Je hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show).

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die je nodig hebt

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die je eigen zorgverlener normaal gesproken verleent.

De ZorgConsulent helpt je

Informatie en advies over een second opinion kun je ook altijd vragen aan onze ZorgConsulent¹.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Verpleging en verzorging

Vergoedingen

Verpleging en verzorging thuis
Persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)
Eerstelijns verblijf

Verpleging en verzorging thuis

Heb je thuis hulp nodig, bijvoorbeeld om een wond te verzorgen of je te helpen opstaan, wassen en aankleden? Dan kan verpleging en verzorging (wijkverpleging) een oplossing zijn.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt verpleging en verzorging thuis als je geneeskundige zorg nodig hebt of daar een grote kans op is. Thuis kan ook tijdelijk ergens anders zijn, bijvoorbeeld bij familie waar je logeert of op vakantie.

Verpleging heeft vaak te maken met medische handelingen. Zoals een wond verzorgen of een injectie geven. Maar er valt meer onder. Bijvoorbeeld het in de gaten houden van je gezondheid. Of overleg met andere zorgverleners, zodat je op het juiste moment de juiste zorg krijgt. Verzorging is de hulp bij dagelijkse handelingen. Zoals douchen en aankleden, en het aantrekken van steunkousen.

Zorg voor kinderen valt ook onder deze vergoeding. Net als zorg bij dementie, en zorg in de laatste levensfase.

Een hbo-verpleegkundige moet een indicatie stellen: een beoordeling welke zorg je nodig hebt, hoe vaak en hoe lang. Die doet dat bij je thuis of op de plek waar je verblijft. Je bent daar zelf bij. Daarbij beoordeelt de verpleegkundige:

- wat je zelf kunt doen of leren of waar je partner of mantelzorgers je mee kan helpen
- welke hulp je nodig hebt van de gemeente
- welke andere zorg nog nodig is, zoals een hulpmiddel of bijvoorbeeld fysiotherapie

De verpleegkundige zet samen met jou de belangrijkste afspraken in een zorgplan.

Jaaah basis vergoedt de indicatiestelling en de geïndiceerde verpleging en verzorging op basis van het zorgplan.

Bij zorg voor kinderen, bij dementie en in de laatste levensfase gelden ook de volgende voorwaarden.

Verpleging en verzorging voor kinderen jonger dan 18 jaar

- een hbo-kinderverpleegkundige stelt de indicatie
- als je kind naar een verpleegkundig kinderdagopvang of verpleegkundig kinderzorghuis gaat, vergoedt Jaaah basis het verblijf en de zorg daar. Maar alleen als je kind continu toezicht nodig heeft, of als er dag en nacht verpleegkundige zorg in de buurt beschikbaar moet zijn

Casemanagement bij dementie

- als iemand met dementie verschillende soorten zorg en ondersteuning nodig heeft, dan is er soms ook iemand nodig die dat coördineert: een casemanager. De verpleegkundige die de indicatiestelling doet, bepaalt of casemanagement nodig is

Verpleging en verzorging in de laatste levensfase (palliatieve terminale zorg)

- een arts heeft vooraf vastgesteld dat sprake is van de laatste levensfase (je huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten)
- een verpleegkundige stelt de indicatie, dat aangepaste zorg nodig is. Bijvoorbeeld voor het wegnemen van pijn. De zorg is bedoeld om de kwaliteit van je leven in deze periode zo goed mogelijk te houden en om je naasten te ondersteunen
- je krijgt de zorg thuis, in een hospice of bijna-thuishuis
- Jaaah basis vergoedt waken alleen als het nodig is dat een verpleegkundige dat doet

Hier kun je terecht

- voor de indicatiestelling: een hbo-verpleegkundige of hbo-kinderverpleegkundige die is aangesloten bij een netwerk¹ dat in je omgeving zorg en ondersteuning organiseert
- voor de zorg: een verpleegkundige of verzorgende individuele gezondheidszorg
- voor zorg aan een kind jonger dan 18 jaar: ook een kinderverpleegkundige

¹ Bijvoorbeeld een sociaal wijkteam, verpleegkundig platform of samenwerking van thuiszorgorganisaties

Wat niet vergoed wordt

- zorg door een helpende (opleidingsniveau 2)
- zorg die de gemeente regelt, zoals huishoudelijke hulp (let op, want die zorg staat vaak wél in je zorgplan)
- verpleging en verzorging als je een indicatie onder de Wet langdurige zorg (WLz) hebt, of kunt krijgen

Andere vergoedingen

- persoonsgebonden budget (Zvw-pgb), als je verpleging en verzorging zelf wilt regelen
- eerstelijns verblijf, als je tijdelijk opgenomen moet worden, maar niet in een ziekenhuis
- zwangerschap en bevalling, voor (verpleegkundige) zorg rond je bevalling
- voor verpleegkundige zorg bij medisch-specialistische zorg thuis, zoals dialyse of mechanische beademing: die vergoedingen
- zittend ziekenvervoer, bijvoorbeeld voor kinderen met een lichamelijke handicap

Zorgverlener zonder contract

Misschien kies je liever een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Nee, geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, altijd

- indicatiestelling van een hbo-verpleegkundige
- bij zorg in de laatste levensfase: verklaring van je arts dat die zorg nodig is

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

Je moet voor deze zorg vooraf toestemming van ons hebben:

- als je zorgverlener geen contract met ons heeft
- als je je zorgbehoefte opnieuw wilt laten beoordelen

Help me even: toestemming vragen¹

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals zorg die je gemeente regelt.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de verpleging en verzorging die verpleegkundigen en verzorgenden normaal gesproken verlenen in verband met de geneeskundige zorg die je nodig hebt. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Je zorgbehoefte kan opnieuw beoordeeld worden

Je kunt je zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen, door een andere verpleegkundige. Jaaah basis vergoedt dat, maar alleen als wij vooraf toestemming¹ hebben gegeven. Wij kunnen ook iemand aanwijzen die de herbeoordeling doet. Twijfelen wij zelf aan de zorgbehoefte die de eerste verpleegkundige heeft vastgesteld? Ook wij kunnen dan je zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen.

Wachttijd? Neem contact op met de ZorgConsulent

Je wilt natuurlijk zo snel mogelijk zorg krijgen. Als er een wachtlijst is, kun je onze ZorgConsulent¹ vragen je naar een andere thuiszorgorganisatie te bemiddelen. Ook in andere situaties kun je de ZorgConsulent vragen om te bemiddelen.

Persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)

Wil je verpleging en verzorging thuis liever zelf regelen? Dat kan met een persoonsgebonden budget.

Dit krijg je vergoed

Als je recht hebt op verpleging en verzorging thuis en je wilt zelf meer regie over je zorg, dan kun je een persoonsgebonden budget ('Zvw-pgb') aanvragen.

Met een Zvw-pgb ben je verantwoordelijk voor het inhuren, inroosteren en betalen van je zorgverleners. Je moet er ook voor zorgen dat de zorg van goede kwaliteit is en dat de zorgverleners hun zorg op elkaar afstemmen. En je moet aan ons uitleggen hoe je je Zvw-pgb gebruikt hebt.

Een Zvw-pgb vraagt dus het nodige van je. Kun je zelf niet aan alle regels voldoen? Iemand anders mag dat ook voor je doen. Maar je mag geen gebruik maken van een pgb-bureau of andere organisatie of persoon die tegen betaling je Zvw-pgb beheert.

De precieze voorwaarden staan in het reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging 2021².

Je vraagt een Zvw-pgb aan met het aanvraagformulier³. Als wij het formulier hebben ontvangen, bellen wij je op voor een 'bewuste keuze gesprek'. Daarin bespreken we je aanvraag, en gaan wij na of alles voor jou en voor ons duidelijk is.

Wij beslissen meestal binnen 6 weken. Als je aanvraag akkoord is, krijg je van ons een toestemmingsbrief. Daarin staat hoeveel uren zorg je maximaal vergoed krijgt. Met de brief kun je contracten gaan sluiten met zorgverleners.

Hier kun je terecht

Dat lees je in het reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging 2021².

Wat niet vergoed wordt

- zorg die de gemeente regelt, zoals huishoudelijke hulp (let op, want die zorg staat vaak wél in je zorgplan)
- verpleging en verzorging als je een indicatie onder de Wet langdurige zorg hebt, of kunt krijgen

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

² Je vindt het reglement op jaaah.nl bij deze vergoeding

³ Je vindt het formulier op jaaah.nl bij deze vergoeding

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Nee, geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, altijd

- indicatiestelling van een hbo-verpleegkundige
- bij zorg in de laatste levensfase: verklaring van je arts dat die zorg nodig is

Toestemming

Ja, toestemming

Je vraagt ons vooraf toestemming met het aanvraagformulier. Als we die goedkeuren, krijg je een toestemmingsbrief.

Help me even: toestemming vragen¹

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals zorg die je gemeente regelt.

Je bent er zelf verantwoordelijk voor dat je goede zorg krijgt

Lees daarom vooraf goed het reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging 2021². Daarin staat waar je allemaal aan moet denken.

Soms moet je het declaratieformulier Zvw-pgb gebruiken

Je gebruikt dit formulier¹ om rekeningen van informele zorgverleners te declareren, of rekeningen van formele zorgverleners met een AGB-code die begint met 91. Rekeningen van andere formele zorgverleners kun je zonder dat formulier declareren. Meer daarover lees je in het reglement Zvw-pgb.

Eerstelijns verblijf

Heb je tijdelijk meer zorg nodig dan thuis mogelijk is, maar hoeft je daarvoor niet naar het ziekenhuis? Dan kan je huisarts je tijdelijk laten opnemen voor eerstelijns verblijf.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt eerstelijns verblijf als:

- je door de zorg die je nodig hebt tijdelijk niet thuis kunt wonen, of zorg in de laatste levensfase nodig hebt, of je medische situatie extra in de gaten gehouden moet worden
- opname in het ziekenhuis niet (meer) nodig is, en
- de verwachting is dat je wel weer naar huis kunt (niet bij zorg in de laatste levensfase)

Je krijgt altijd een hoofdbehandelaar. Dat is een huisarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of (als je een complexe zorgvraag hebt) specialist ouderengeneeskunde. Die stelt met jou een zorgplan op en is het aanspreekpunt voor jou en je naasten.

Tijdens je opname krijg je huisartsenzorg. Als dat volgens je zorgplan nodig is, krijg je ook:

- verpleging en verzorging
- paramedische zorg³
- geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen als die standaard aanwezig zijn in de instelling waar je verblijft

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

² Je vindt het reglement op jaaah.nl bij deze vergoeding

³ Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetik

Hier kun je terecht

- instelling voor eerstelijns verblijf
- speciale afdeling voor eerstelijns verblijf in een verpleeghuis
- 'huisartsenbedden' in een ziekenhuis

Er is in ieder geval 24 uur per dag een verpleegkundige¹ dichtbij beschikbaar.

Wat niet vergoed wordt

- opname om je mantelzorger te ontlasten (respijtzorg). Hiervoor ga je naar het zorgloket van je gemeente
- verblijf voor geriatrische revalidatie of voor zorg rond de bevalling
- opname en zorg als je een indicatie hebt of kunt krijgen voor zorg uit de Wet langdurige zorg: het zorgkantoor is dan je aanspreekpunt

Andere vergoedingen

Geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen als je tijdens je verblijf andere geneesmiddelen, hulp- of verbandmiddelen nodig hebt dan die standaard in de instelling aanwezig zijn.

Zorgverlener zonder contract

Misschien kies je liever een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen² staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker² check je snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, voor een deel

Zorg door de huisarts valt niet onder je eigen risico. Voor het verblijf zelf, en andere zorg die onder Jaaah basis valt, geldt het eigen risico wel.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een indicatie

Die indicatie krijg je van je huisarts of medisch specialist.

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

Als je langer dan 3 maanden eerstelijns verblijf nodig hebt, moet je ons vooraf toestemming vragen. Maar niet als het om zorg in de laatste levensfase gaat.

Help me even: toestemming vragen²

¹ Deze moet minimaal hbo-gediplomeerd zijn

² Kijk hiervoor op jaaah.nl

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt.

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

Bij een onderbreking van maximaal 30 dagen zien wij de opname ook als doorlopend. Dagen dat je buiten het ziekenhuis bent voor vakantie- of weekendverlof tellen wel mee voor het volmaken van de 3 jaar.

Bewegen en revalideren

Vergoedingen

Fysiotherapie en oefentherapie tot 18 jaar
Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar
Medisch-specialistische revalidatie
Geriatrische revalidatie
Ergotherapie

Fysiotherapie en oefentherapie tot 18 jaar

Heb je lichamelijke klachten bij het bewegen of door je houding? Een fysio- of oefentherapeut kan vaststellen wat er aan de hand is en je behandelen of begeleiden bij je herstel.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt fysio- en oefentherapie als je jonger dan 18 jaar bent:

- als je een aandoening hebt die op de lijst chronische fysiotherapie¹ staat (soms is er wel een maximale termijn)
- 9 behandelingen per kalenderjaar bij een andere aandoening. En nog eens 9 als je wel verbetering merkt maar nog niet van je klachten af bent

Heb je Jaaah fysio?

Dan krijg je hier bovenop nog 6 behandelingen vergoed. Je moet de zorg wel nodig hebben om medische redenen, en dus niet om beter te kunnen sporten.

Hier kun je terecht

- fysiotherapeut
- kinderfysiotherapeut²
- manueel therapeut²
- oefentherapeut Mensendieck of Cesar
- bekkenfysiotherapeut²
- oedeemfysiotherapeut²
- huidtherapeut³: alleen voor oedeem- en littekentherapie

Andere vergoedingen

- voorwaardelijk toegelaten zorg, voor fysio- en oefentherapie na ernstige COVID-19
- fysiotherapie vanaf 18 jaar, behandelingen die je voor je 18e verjaardag hebt gehad tellen wel mee voor het in die vergoeding genoemde maximum aantal behandelingen

Zorgverlener zonder contract

Misschien kies je liever een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen⁴ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker⁴ check je snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Nee, geen eigen risico

Vanaf je 18e verjaardag betaal je wel eigen risico.

¹ Je vindt deze lijst op jaaah.nl bij deze vergoeding

² Deze moet geregistreerd staan als kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut of oedeemfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie

³ Een huidtherapeut die volwaardig lid is van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten. Kijk hiervoor op huidtherapie.nl

⁴ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, in sommige gevallen

Voor de 2e serie van 9 behandelingen, bij een aandoening die niet op de lijst chronische fysiotherapie staat, moet je een verwijzing hebben van je huisarts of medisch specialist¹.

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

Als je fysio- of oefentherapie krijgt op een andere locatie dan de praktijk van je therapeut of bij je thuis, bijvoorbeeld op school, moet je vooraf toestemming van ons hebben. Wij geven alleen toestemming als daar een medische reden voor is.

Help me even: toestemming vragen²

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show).

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de fysiotherapie en oefentherapie die fysio- en oefentherapeuten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar

Heb je lichamelijke klachten bij het bewegen of door je houding? Een fysio- of oefentherapeut kan vaststellen wat er aan de hand is en je behandelen of begeleiden bij je herstel.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt fysio- en oefentherapie als je 18 jaar of ouder bent bij:

1. aandoeningen op de lijst chronische fysiotherapie³
2. etalagebenen
3. artrose in heup of knie
4. COPD
5. urine-incontinentie
6. reumatoïde artritis, axiale spondyloartritis en COVID-19

We leggen het uit.

1. aandoeningen op de lijst chronische fysiotherapie

Heb je behandeling nodig voor een aandoening op de lijst chronische fysiotherapie³? Jaaah basis vergoedt fysio- en oefentherapie vanaf de 21e behandeling. De eerste 20 behandelingen betaalt je dus zelf. Als in de lijst een maximale behandelperiode staat, stopt de vergoeding uit Jaaah basis als die periode om is.

2. etalagebenen

Bij etalagebenen (vernauwde slagaderen in de benen) vergoedt Jaaah basis oefentherapie onder begeleiding (looptraining), vanaf de 1e behandeling. Maar alleen als een arts heeft vastgesteld dat je 'perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine⁴' hebt. Je krijgt maximaal 37 behandelingen vergoed, over een periode van maximaal 12 maanden.

¹ 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

² Kijk hiervoor op jaaah.nl

³ Je vindt deze lijst op jaaah.nl bij deze vergoeding

⁴ Een indeling voor de ernst van vaatlijden (zoals etalagebenen). Deze gaat van stadium I (geen klachten) tot stadium IV (weefselafsterving)

3. artrose in heup of knie

Bij artrose in heup of knie vergoedt Jaaah basis oefentherapie onder begeleiding vanaf de 1e behandeling. Jaaah basis vergoedt maximaal 12 behandelingen, over een periode van 12 maanden.

4. COPD

Bij COPD vergoedt Jaaah basis oefentherapie onder begeleiding, vanaf de 1e behandeling. Maar alleen als een arts heeft vastgesteld dat je COPD in GOLD¹-stadium II of hoger hebt. Jaaah basis vergoedt een aantal behandelingen, afhankelijk van de klasse waarin je valt (de arts moet die dus ook vaststellen):

- klasse A: 1 keer maximaal 5 behandelingen, over een periode van maximaal 12 maanden
- klasse B1: maximaal 27 behandelingen in de 1e periode van maximaal 12 maanden, daarna steeds maximaal 3 behandelingen per 12 maanden
- klasse B2, C en D: maximaal 70 behandelingen in de 1e periode van maximaal 12 maanden, daarna steeds maximaal 52 behandelingen per 12 maanden

5. urine-incontinentie

Bij urine-incontinentie vergoedt Jaaah basis 1 keer maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie, vanaf de 1e behandeling.

6. reumatoïde artritis, axiale spondyloartritis en COVID-19

Bij reumatoïde artritis en axiale spondyloartritis, en na ernstige COVID-19, vergoedt Jaaah basis soms fysiotherapie. De voorwaarden staan in voorwaardelijk toegelaten zorg. Je moet bijvoorbeeld meedoen aan onderzoek.

Heb je Jaaah fysio?

Dan krijg je 6 behandelingen als Jaaah basis (nog) niet vergoedt. Je moet de zorg wel nodig hebben om medische redenen, en dus niet om beter te kunnen sporten.

Hier kun je terecht

Voor zorg uit Jaaah basis:

- fysiotherapeut
- manueel therapeut²
- oefentherapeut Mensendieck of Cesar
- bekkenfysiotherapeut²
- geriatriefysiotherapeut²
- oedeemfysiotherapeut²
- huidtherapeut³: alleen voor oedeem- en littekentherapie

Voor zorg uit Jaaah fysio kun je ook terecht bij een psychosomatisch fysiotherapeut².

Andere vergoedingen

Als je nog geen 18 jaar bent, geldt de vergoeding Fysiotherapie tot 18 jaar. Behandelingen die je voor je 18e verjaardag hebt gehad, tellen wel mee voor het hierboven genoemde maximum aantal behandelingen.

Zorgverlener zonder contract

Misschien kies je liever een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen⁴ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker⁴ check je snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

¹ Een wereldwijd gebruikte indeling voor de ernst van COPD. Deze gaat van stadium I (licht) tot stadium IV (zeer ernstig)

² Deze moet geregistreerd staan als kindfysiotherapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut, oedeemfysiotherapeut of psychosomatisch fysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie

³ Een huidtherapeut die volwaardig lid is van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten. Kijk hiervoor op huidtherapie.nl

⁴ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, in de meeste gevallen

Behandelingen die Jaaah basis vergoedt, vallen onder je eigen risico. Behandelingen die Jaaah fysio vergoedt, vallen niet onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of wat hieronder staat voor jou geldt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Nee, geen voorschrift of verwijzing

Je kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

Als je fysio- of oefentherapie krijgt op een andere locatie dan de praktijk van je therapeut of bij je thuis, bijvoorbeeld op je werk, moet je vooraf toestemming van ons hebben. Wij geven alleen toestemming als daar een medische reden voor is.

Help me even: toestemming vragen¹

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show).

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de fysiotherapie en oefentherapie die fysio- en oefentherapeuten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Medisch-specialistische revalidatie

Heb je door ziekte of een ongeval (tijdelijk) problemen met bijvoorbeeld bewegen? Dan kan revalidatie helpen om zo goed mogelijk verder te gaan met je leven.

Dit krijg je vergoed

Revalideren kan vaak in de 'eerstelijns'. Daarmee bedoelen we dat je fysio-, oefen- of ergotherapie krijgt. Maar soms is je situatie te complex. Dan krijg je medisch-specialistische revalidatie.

Jaaah basis vergoedt medisch-specialistische revalidatie door een revalidatiearts. Die stelt een indicatie en bepaalt wat voor jou de beste behandeling is.

Stelt de revalidatiearts vast dat je intensieve behandeling nodig hebt door een team van verschillende zorgverleners? Dan is dat interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. Dat vergoedt Jaaah basis als je aan alle 6 voorwaarden hieronder voldoet:

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

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

Krijg je interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie en verwacht je revalidatiearts betere of snellere resultaten als je wordt opgenomen? Dan vergoedt Jaaah basis ook de opname in een ziekenhuis of revalidatiecentrum¹.

Hier kun je terecht

- ziekenhuis
- revalidatiecentrum

Andere vergoedingen

- fysio- en oefentherapie of ergotherapie voor revalidatie in de eerstelijns
- geriatrische revalidatie voor revalidatie voor ouderen die uit het ziekenhuis komen

Zorgverlener zonder contract

Misschien kies je liever een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen² staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker² check je snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een verwijzing

Voordat je naar de revalidatiearts gaat, moet je een verwijzing hebben van je huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts of medisch specialist³.

¹ Een instelling voor medisch-specialistische zorg die gespecialiseerd is in medisch-specialistische revalidatie

² Kijk hiervoor op jaaah.nl

³ 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

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

Ga je naar een zorgverlener met wie wij geen contract hebben? Dan moet je voor interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie zonder opname vooraf toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen¹

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show).

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de revalidatiezorg die revalidatieartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Geriatrische revalidatie

Moet je revalideren? Dan krijg je fysiotherapie, oefentherapie of ergotherapie. Of, bij complexere problemen, medisch-specialistische revalidatie. Ben je al op leeftijd? Dan moet de revalidatie wat rustiger en anders opgebouwd worden. Daarvoor is geriatrische revalidatie.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt geriatrische revalidatie voor maximaal 6 maanden als normale of medisch-specialistische revalidatie te zwaar voor je is, en 1 van de volgende situaties voor jou geldt:

- je bent opgenomen in het ziekenhuis voor behandeling door de medisch specialist² en de geriatrische revalidatie start binnen een week na je ontslag uit het ziekenhuis
- je hebt plotselinge gezondheidsklachten gekregen waardoor je niet meer mobiel bent, of jezelf niet meer kunt redden. Een medisch specialist heeft je voor de klachten behandeld maar je klachten zijn daarmee nog niet verholpen. Die stelt dan vast of je geriatrische revalidatie nodig hebt. Of een specialist ouderengeneeskunde kan dit doen als je thuis bent, of opgenomen in een instelling voor eerstelijns verblijf

Het doel van de revalidatie is dat je zo herstelt, dat je weer terug naar huis kunt. Soms gaat dat in stapjes. Je slaapt dan bijvoorbeeld thuis, maar gaat overdag nog naar de instelling voor behandeling.

De zorg krijg je van een team specialisten, bijvoorbeeld een fysio- en ergotherapeut, samen met een verpleegkundige. Een specialist ouderengeneeskunde is verantwoordelijk voor je behandeling.

Bijna altijd zal je arts of de transferverpleegkundige de mogelijkheid van geriatrische revalidatie met je bespreken terwijl je nog in het ziekenhuis ligt.

Hier kun je terecht

- verpleeghuis, revalidatiecentrum of vergelijkbare instelling

Wat niet vergoed wordt

- revalidatiezorg die je nodig hebt, als je voor opname in het ziekenhuis in een Wlz instelling woonde en daar ook behandeling kreeg

Andere vergoedingen

- medisch-specialistische revalidatie

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

² 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

Zorgverlener zonder contract

Misschien kies je liever een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een indicatie

Voordat je gaat revalideren, heb je een indicatie nodig:

- bij opname in ziekenhuis: van de medisch specialist in overleg met een specialist ouderengeneeskunde
- zonder opname in ziekenhuis: van de klinisch geriater, internist-ouderengeneeskunde of specialist ouderengeneeskunde. Er moet dan een geriatrisch onderzoek gedaan zijn

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

Als je langer dan 6 maanden geriatrische revalidatie nodig hebt. Wij moeten de aanvraag ontvangen voordat de 6e maand van je revalidatie voorbij is. Meestal regelt de arts dit voor je.

Help me even: toestemming vragen¹

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show).

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de revalidatiezorg die specialisten ouderengeneeskunde normaal gesproken verlenen aan kwetsbare patiënten, met meerdere gezondheidsproblemen, die alleen een lager trainingstempo aankunnen. Het doel is terugkeer naar de thuissituatie. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Ergotherapie

Kun je dagelijkse handelingen niet meer goed doen door lichamelijke of psychische problemen? Een ergotherapeut kan je helpen weer zo zelfstandig mogelijk te functioneren.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt maximaal 10 uur ergotherapie per kalenderjaar.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Samen met de ergotherapeut werk je eraan om dat wat niet meer goed gaat, toch weer mogelijk te maken. Je krijgt advies, instructie, training of behandeling om je doelen te bereiken.

Hier kun je terecht

- ergotherapeut

Andere vergoedingen

Voor ergotherapie na ernstige COVID-19 geldt de vergoeding Voorwaardelijk toegelaten zorg.

Zorgverlener zonder contract

Misschien kies je liever een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Nee, geen voorschrift of verwijzing

Je kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

Als je ergotherapie krijgt op een andere locatie dan de praktijk van je therapeut of bij je thuis, bijvoorbeeld op school of op je werk, moet je vooraf toestemming van ons hebben. Wij geven alleen toestemming als daar een medische reden voor is.

Help me even: toestemming vragen¹

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show).

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de zorg die ergotherapeuten normaal gesproken verlenen en die als doel heeft om je zelfredzaamheid en zelfzorg te verbeteren. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Zwangerschap en bevalling

Vergoedingen

Prenatale screening
Zwangerschap en bevalling
Kraamzorg

Prenatale screening

Wil je tijdens je zwangerschap de kans laten bepalen dat je kindje een aangeboren afwijking heeft, zoals een open ruggetje of het syndroom van Down? Dat kan met prenatale screening.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt:

- counseling: gesprek(ken) met je verloskundige, huisarts of gynaecoloog over de verschillende soorten prenatale screening en de voor- en nadelen daarvan
- combinatietest¹ of NIPT² als je daarvoor een medische indicatie hebt, bijvoorbeeld door je leeftijd, verloop van een eerdere zwangerschap of erfelijke aandoening in de familie. Je kunt deze testen laten doen als je tussen de 9 en 14 weken zwanger bent
- 20-weeken echo (structureel echoscopisch onderzoek)

Je kiest zelf of je prenatale screening wilt, en welke vorm.

Blijkt uit de combinatietest, NIPT of 20-weeken echo een verhoogde kans op een aangeboren aandoening bij je ongeboren kindje? Of is er een andere medische indicatie? Dan vergoedt Jaaah basis ook prenataal vervolgonderzoek. Bijvoorbeeld een vlokentest, een vruchtwaterpunctie of een uitgebreidere echo (geavanceerd ultrageluidsonderzoek).

De overheid heeft een website³ met informatie over prenatale screening.

Je kunt de NIPT ook krijgen zonder medische indicatie. Die wordt betaald uit een subsidieregeling van de overheid. Je moet dan wel meedoen aan onderzoek (de TRIDENT-2 studie⁴) en je betaalt zelf € 175. Dit vergoeden wij niet. Je verloskundige, huisarts of gynaecoloog vraagt de test voor je aan. In het buitenland geldt de subsidieregeling niet. Dan moet je de NIPT zonder medische indicatie helemaal zelf betalen.

Hier kun je terecht

- verloskundige
- huisarts
- gynaecoloog
- voor 20-weeken echo: ook bij een echoscopisch centrum
- voor NIPT: bij een bloedprikpost (via je verloskundige, huisarts of gynaecoloog)

Wat niet vergoed wordt

- kosten boven het Nederlands tarief van de NIPT met medische indicatie, als je die in het buitenland laat doen

Zorgverlener zonder contract

Misschien kies je liever een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen⁵ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker⁵ check je snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

¹ Een combinatie van bloedonderzoek, en een nekplooiemeting (echo) bij het ongeboren kindje

² Niet-invasieve prenatale test (een bloedonderzoek bij jou als zwangere waarmee het risico voor je kindje op het syndroom van Down, Edwards en Patau wordt onderzocht.)

³ Meer informatie lees je op www.onderzoekvanmijnongeborenkind.nl

⁴ Meer informatie lees je op meerovernipt.nl

⁵ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage (maar let op bij NIPT)

Voor prenatale screening betaal je geen wettelijke eigen bijdrage. Maar voor NIPT zonder medische indicatie betaal je € 175 zelf.

Eigen risico

Meestal niet, maar in sommige gevallen wel

Het eigen risico geldt niet voor:

- counseling
- structureel echoscopisch onderzoek
- de combinatie-test op medische indicatie
- geavanceerd ultrageluidsonderzoek
- vlokkentest
- vruchtwaterpunctie

Het eigen risico geldt wel voor:

- aanvullend onderzoek, zoals chromosoomonderzoek dat naast de vlokkentest of vruchtwaterpunctie in rekening wordt gebracht
- NIPT op medische indicatie

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, in sommige gevallen

Van je verloskundige, huisarts of gynaecoloog voor de NIPT of prenataal vervolgonderzoek als je geen combinatie-test hebt gehad.

Toestemming

Nee, geen toestemming

Je hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show). En wat je allemaal aan ons moet doorgeven, zoals de geboorte van je kind.

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de prenatale screening die verloskundigen en medisch specialisten normaal gesproken als onderdeel van verloskundige zorg verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Zwangerschap en bevalling

Ben je zwanger? Dan heb je extra zorg voor jezelf en je ongeboren kindje nodig.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt het hele traject van begeleiding en zorg tijdens je zwangerschap en rond je bevalling, tot en met de controles daarna.

Tijdens je zwangerschap

Jaaah basis vergoedt begeleiding en zorg door een verloskundige, huisarts of gynaecoloog. Meestal ga je naar een verloskundige, of soms je huisarts. Die vertelt je alles over prenatale screening en over wat je kunt verwachten tijdens je zwangerschap. En bereidt je voor op de bevalling.

Krijg je problemen tijdens je zwangerschap, zoals hoge bloeddruk of zwangerschapsdiabetes? Of heb je een verhoogde kans op problemen tijdens je zwangerschap of bevalling? Dan neemt de gynaecoloog de begeleiding over. En beval je in het ziekenhuis op medische indicatie.

Rond je bevalling

Jaaah basis vergoedt begeleiding en zorg tijdens en na je bevalling. Dat is de verloskundige zorg door je verloskundige, huisarts of gynaecoloog. Maar ook de hulp daarbij van een kraamverzorgende of verpleegkundige ('partusassistentie'). Er zijn 3 mogelijkheden:

- a. je bevalt thuis
- b. je bevalt in een geboortecentrum¹, of in de polikliniek van het ziekenhuis zonder medische indicatie
- c. je bevalt in een ziekenhuis op medische indicatie

a. Je bevalt thuis

Dan vergoedt Jaaah basis de verloskundige zorg door je verloskundige of huisarts. Als er problemen zijn en je toch naar het ziekenhuis moet, dan krijg je dat ook vergoed. Dan geldt situatie c.

b. Je bevalt in een geboortecentrum, of in de polikliniek van het ziekenhuis zonder medische indicatie

Dan vergoedt Jaaah basis de verloskundige zorg. Maar let op: je betaalt een wettelijke eigen bijdrage voor de kraamzorg. Hoeveel dat is, lees je in de vergoeding Kraamzorg.

Zijn er medische problemen, waardoor je alsnog in het ziekenhuis moet bevallen? Dan neemt het ziekenhuis de zorg over en geldt situatie c. Je betaalt dan geen eigen bijdrage.

c. Je bevalt in een ziekenhuis op medische indicatie

Dan vergoedt Jaaah basis de verloskundige zorg door de gynaecoloog. Is ziekenhuisopname nodig? Die vergoeden wij ook.

Hier kun je terecht

- tijdens je zwangerschap: verloskundige, huisarts of (bij medische indicatie) gynaecoloog
- voor je bevalling: thuis, geboortecentrum of (polikliniek van het) ziekenhuis

Wat niet vergoed wordt

- steriele waterinjecties
- hotelfaciliteiten of andere luxezorg in het geboortecentrum

Andere vergoedingen

- prenatale screening
- kraamzorg

Zorgverlener zonder contract

Misschien kies je liever een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen² staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker² check je snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Ja, in sommige gevallen

Voor verloskundige zorg betaal je geen eigen bijdrage, voor de kraamzorg wel. Je betaalt een hogere eigen bijdrage als je in de polikliniek van het ziekenhuis bevalt zonder medische indicatie, of in het geboortecentrum.

¹ Ook wel geboortehotel of kraamhotel genoemd

² Kijk hiervoor op jaaah.nl

In andere gevallen is er een lagere eigen bijdrage voor kraamzorg thuis. De bedragen vind je in de vergoeding Kraamzorg.

Eigen risico

Ja, in sommige gevallen

Het eigen risico geldt niet voor verloskundige zorg. Wel voor hiermee samenhangende zorg, zoals geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek en ambulancevervoer.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, in sommige gevallen

Als je naar de gynaecoloog gaat, moet je een verwijzing hebben van je huisarts of verloskundige. Voor acute zorg¹ heb je geen verwijzing nodig.

Toestemming

Nee, geen toestemming

Je hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show). En wat je allemaal aan ons moet doorgeven, zoals de geboorte van je kind.

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de verloskundige zorg die verloskundigen en medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Kraamzorg

Heb je net een kindje gekregen? Een kraamverzorgende verzorgt jou en je pasgeboren kindje na de bevalling. In de eerste dagen daarna helpt die met de verzorging van je baby en geeft informatie en advies.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt kraamzorg na de bevalling. Je krijgt minimaal 24 en maximaal 80 uur, verspreid over maximaal 10 dagen vanaf je bevalling. De dagen dat je in het ziekenhuis ligt, gaan hier vanaf. Hoeveel uren kraamzorg je precies krijgt, en waar, hangt af van je persoonlijke situatie en waar je bevalt. Je kraamzorgorganisatie of geboortecentrum stelt dit vast op basis van een protocol².

We zetten de situaties voor je op een rij. In elke situatie kan een eigen bijdrage gelden. Daarover lees je meer onder 'Wat je zelf betaalt'.

1. **Ben je thuis bevallen?** Dan stelt je kraamzorgorganisatie het aantal uren kraamzorg vast. Zij kijken daarbij naar wat jij en je baby nodig hebben.
2. **Ben je bevallen in een ziekenhuis zonder medische indicatie?** Dan krijg je de eerste kraamzorguren in het ziekenhuis. Als je weer thuis bent, stelt de kraamzorgorganisatie het aantal uren kraamzorg vast dat jij en je baby thuis nog nodig hebben.
3. **Ben je zonder medische problemen bevallen in een geboortecentrum?** Soms ga je snel met je baby naar huis. Dan stelt je kraamzorgorganisatie het aantal uren kraamzorg vast. Soms mag je een paar dagen blijven, dan stelt het geboortecentrum het aantal uren kraamzorg vast waarop je na thuiskomst nog recht hebt.

¹ Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

² Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg. Dit protocol vind je op www.knov.nl/samenwerken/a-tot-z

4. **Ben je bevallen in het ziekenhuis met medische indicatie? Of ben je met je baby minder dan 10 dagen in het ziekenhuis geweest?** Dan stelt je kraamzorgorganisatie na thuiskomst het aantal uren kraamzorg vast waarop je nog recht hebt.

Hier kun je terecht

- kraamzorgorganisatie (thuis)
- geboortecentrum¹
- ziekenhuis

Wat niet vergoed wordt

- hotelfaciliteiten of andere luxezorg in het geboortecentrum
- vervoerskosten die je kraamzorgorganisatie of de kraamverzorgende apart rekent: deze kosten zitten al in het kraamzorgtarief

Zorgverlener zonder contract

Misschien kies je liever een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen² staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker² check je snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Je betaalt een deel van de kraamzorg zelf. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Ja, bijna altijd

Er is een lage en een hoge eigen bijdrage. Welke je betaalt, hangt af van je persoonlijke situatie en waar je bevallen bent (situaties 1 tot en met 4 hierboven).

Ben je thuis bevallen (1) of weer thuis na een bevalling in het ziekenhuis of geboortecentrum (2, 3 en 4), dan betaal je voor kraamzorg thuis € 4,60 per uur.

Ben je zonder medische indicatie in het geboortecentrum of ziekenhuis bevallen (2 en 3), dan betaal je een eigen bijdrage voor de kraamzorg daar. Deze bestaat uit 2 delen:

- € 18,50 per persoon per dag (dus € 37 voor moeder en 1 kind samen)
- de extra kosten als het tarief van het ziekenhuis of het geboortecentrum meer is dan € 131 per persoon per dag.

Beval je van 1 kind? Dan vergoedt Jaaah basis dus € 225 (2 x € 131 - € 37) per dag. De rest betaal je zelf, als eigen bijdrage. Voor de dagen dat je met medische indicatie in het ziekenhuis ligt, betaal je geen eigen bijdrage.

De hogere eigen bijdrage betaal je dus voor de dag van je bevalling als je zonder medische indicatie in het ziekenhuis bent bevallen, of zolang je in het geboortecentrum bent.

Eigen risico

Nee, geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Nee, geen voorschrift of verwijzing

Je kunt voor deze zorg direct naar een zorgverlener.

¹ Dit wordt ook geboortehotel of kraamhotel genoemd

² Kijk hiervoor op jaaah.nl

Toestemming

Nee, geen toestemming, maar vraag kraamzorg wel op tijd aan

Kraamzorg aanvragen kan eenvoudig online bij de kraamzorgorganisatie van je keuze. Telefonisch kan ook, via onze Kraamzorg Service (088 668 97 50). Zij helpen je ook met je andere vragen over kraamzorg.

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show). En wat je allemaal aan ons moet doorgeven, zoals de geboorte van je kind.

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de kraamzorg die kraamverzorgenden normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Medicijnen en dieet

Vergoedingen

Geneesmiddelen

Diëtetiek

Dieetpreparaten

Geneesmiddelen

Jaaah basis vergoedt de meeste medicijnen.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt op recept geleverde geneesmiddelen en de diensten van de apotheek die daarbij horen. Soms betaal je een eigen bijdrage. Hieronder zetten we alles op een rij.

Jaaah basis vergoedt de volgende geneesmiddelen:

1. door de overheid aangewezen geneesmiddelen (in bijlage 1¹ van de Regeling zorgverzekering). Dit zijn bijna alle in Nederland gangbare geneesmiddelen. Soms moet je daarbij aan specifieke voorwaarden voldoen, bijvoorbeeld een bepaalde ziekte hebben. Dat staat in bijlage 2¹ van de Regeling zorgverzekering
2. geneesmiddelen die de apotheek op kleine schaal zelf maakt ('magistrale bereidingen') of bij een andere apotheek laat maken ('doorgeleverde bereidingen²'). Het mag niet gaan om een geneesmiddel dat (bijna) hetzelfde is als een geneesmiddel dat onder 1 niet wordt vergoed. Behalve als in de Regeling zorgverzekering staat dat het wel mag
3. geneesmiddelen zonder handelsvergunning in Nederland, die met toestemming van de overheid in Nederland worden gemaakt of uit het buitenland worden gehaald. Je arts vraagt dit speciaal voor je aan als je een zeldzame ziekte hebt
4. bij een tijdelijk tekort aan een geneesmiddel van nummer 1: een vervangend geneesmiddel uit het buitenland

De vergoedingen bij 2, 3 en 4 gelden alleen als we uit onderzoek weten dat het geneesmiddel goed werkt en dat de vorm (bijvoorbeeld pil, injectie of zalf) voor jou geschikt is. Ook mag het middel niet onnodig duur zijn. Dit heet 'rationele farmacotherapie'.

Hoe zit het met mijn geneesmiddel?

Het lijkt ingewikkeld, maar je arts kan je vertellen of het voorgeschreven geneesmiddel wordt vergoed. Je kunt het ook makkelijk zelf opzoeken op medicijnkosten.nl. Daar staat ook per geneesmiddel welke voorwaarden gelden, of er een maximale vergoeding is en of een eigen bijdrage geldt.

Hier kun je terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Wat niet vergoed wordt

- geneesmiddelen bij wetenschappelijk onderzoek
- geneesmiddelen die volgens de wet beschikbaar zijn voor bepaalde schrijvende gevallen
- vaccinaties en preventieve medicijnen voor je (vakantie)reis
- homeopathische en antroposofische geneesmiddelen

Andere vergoedingen

Jaaah basis vergoedt ook andere geneesmiddelen. Omdat die extra of andere voorwaarden hebben, staan ze ergens anders:

- dieetpreparaten
- voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen
- anticonceptie

¹ Deze vind je op wetten.overheid.nl

² Je vindt dit document op jaaah.nl bij deze vergoeding

Zorgverlener zonder contract

Misschien kies je liever een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Ja, in sommige gevallen

Voor sommige geneesmiddelen betaal je een wettelijke eigen bijdrage. Maar totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Boven dit bedrag vergoedt Jaaah basis de wettelijke eigen bijdragen.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Ook als Jaaah basis je wettelijke eigen bijdragen boven € 250 vergoedt.

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Van je behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist (kaakchirurg, orthodontist), verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant².

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

De medicijnen waarvoor je ons vooraf toestemming moet vragen staan in een overzicht¹.

Help me: toestemming vragen¹

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show).

Soms krijg je je geneesmiddel van het ziekenhuis

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

Woon je in een Wlz-instelling? Dan regelt die vaak je geneesmiddelen

Als je ook behandeling krijgt van de Wlz-instelling, dan horen geneesmiddelen daarbij.

Je krijgt meestal een merkloos geneesmiddel mee

Je geneesmiddel mag niet onnodig duur zijn. Daarom geeft de apotheker je meestal een merkloos geneesmiddel mee. Een merkgeneesmiddel vergoeden wij als er geen merkloze variant bestaat of als het merkgeneesmiddel medisch gezien voor jou nodig is. Is die medische noodzaak er niet, maar wil je toch een merkgeneesmiddel? Dan vergoeden wij de laagste prijs van het merkloze geneesmiddel. De rest moet je zelf betalen.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

² De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Hij kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

Je krijgt een vaste 'afleverhoeveelheid' mee

Per recept vergoedt Jaaah basis een geneesmiddel voor:

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

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

Diëtetiek (dieetadvies)

Heb je advies nodig over voeding en gezondheid omdat je bijvoorbeeld een ziekte, eetprobleem of voedselallergie hebt? Of omdat je een klacht hebt die met voeding te maken heeft, zoals ernstige darmklachten? Een diëtist geeft voorlichting en advies over voeding, dieet en eetgewoonten.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt 3 uur diëtetiek per kalenderjaar:

1. bij overgewicht

- je BMI¹ is minstens 30 kg/m², of
- je BMI is tussen 25 en 30 kg/m² én je loopt extra risico door bijvoorbeeld een ziekte (zoals hart- en vaatziekte)

2. als er een andere medische reden is

Heb je een ander medisch probleem waarvoor het nodig is een diëtist te raadplegen? Dan kan de huisarts je naar de diëtist verwijzen. Je kunt ook zelf zonder verwijzing naar de diëtist.

Heb je diabetes, een hart- of vaatziekte, of COPD? En ontvang je hiervoor ketenzorg met diëtetiek, dan telt dit niet mee in het maximum van 3 uur.

Ketenzorg krijg je via je huisarts. Bij ketenzorg werken zorgverleners intensief samen om je zorg te geven. Ook de diëtist. Je krijgt van hen samen één behandelplan.

Hier kun je terecht

- diëtist

Wat niet vergoed wordt

- voedingsmiddelen, maaltijdvervangers en dieetartikelen
- diëtetiek als onderdeel van sportmedisch advies

Andere vergoedingen

- voorwaardelijk toegelaten zorg, voor diëtetiek na ernstige COVID-19
- huisartsenzorg, voor diëtetiek als onderdeel van ketenzorg bij diabetes, hart- of vaatziekten, of COPD

Zorgverlener zonder contract

Misschien kies je liever een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen² staat wat we vergoeden.

¹ Zelf je BMI berekenen? Deel je gewicht (in kilo's) door je lengte (in meters). Deel de uitkomst nog een keer door je lengte (in meters). De uitkomst is je BMI

² Kijk hiervoor op jaaah.nl

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. Dat geldt niet voor diëtetiek als onderdeel van ketenzorg.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Nee, geen voorschrift of verwijzing

Je kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Toestemming

Nee, geen toestemming

Je hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show).

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we diëtetiek met een medische reden die diëtisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Dieetpreparaten

Kun je met gewone of aangepaste voeding niet genoeg voedingsstoffen binnen krijgen? Bij ziekte of ondervoeding kunnen dieetpreparaten dan helpen, omdat ze een andere vorm en andere samenstelling dan normale voeding hebben.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt dieetpreparaten als je aan 2 voorwaarden voldoet.

Voorwaarde 1:

- je hebt een stofwisselingsstoornis, opnamestoornis (resorptiestoornis) of voedselallergie, of
- je bent ondervoed door een ziekte of er is een risico dat dit gebeurt en dit is gemeten met een officieel vastgesteld meetinstrument, of
- je hebt dieetpreparaten nodig volgens de richtlijnen van artsen en diëtisten

Voorwaarde 2:

- aangepaste normale voeding is niet geschikt voor je, en bijzondere dieetvoeding die in de winkel te koop is ook niet

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Jaaah basis vergoedt dan 'polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten'. Deze termen verwijzen naar de samenstelling van het dieetpreparaat.

Hier kun je terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts
- gespecialiseerde leverancier

Wat niet vergoed wordt

- dieetpreparaten tijdens de proefperiode (de periode waarin je een dieetpreparaat probeert voordat een allergie wordt vastgesteld)
- dieetproducten, zoals glutenvrije pasta, suikervrije jam en afslankrepen, die je koopt bij een supermarkt of drogist

Zorgverlener zonder contract

Misschien kies je liever een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Van je huisarts, of een artsenverklaring dieetpreparaten² van je arts, medisch specialist³, verpleegkundig specialist, physician assistant⁴ of diëtist.

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

Voor dieetpreparaten bij koemelkallergie moet je in 3 gevallen toestemming van ons hebben:

- als er geen provocatietest is gedaan
- als je kind 2 jaar of ouder is
- als er meer dan 1.000 ml per dag nodig is

Help me even: toestemming vragen¹

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

² Kijk hiervoor op www.znformulieren.nl bij Farmacie

³ 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

⁴ De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Hij kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show).

Woon je in een Wlz-instelling? Dan regelt die meestal de dieetpreparaten

Als je ook behandeling krijgt van de Wlz-instelling, dan horen dieetpreparaten daarbij.

Mond en gebit

Vergoedingen

- Tandheelkundige zorg tot 18 jaar**
- Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar (Jaaah tand)**
- Tandheelkundige zorg na een ongeval (Jaaah tand bij een ongelukje)**
- Gebitsprothese (kunstgebit) vanaf 18 jaar**
- Fronttandvervanging**
- Kaakchirurgie vanaf 18 jaar**
- Bijzondere tandheelkunde**

Tandheelkundige zorg tot 18 jaar

Goed zorgen voor je gebit op jonge leeftijd voorkomt problemen als je ouder bent.

Dit krijg je vergoed

Ben je jonger dan 18 jaar? Dan vergoedt Jaaah basis deze tandartsbehandelingen:

- controle (preventief tandheelkundig onderzoek), 1 keer per jaar
- extra controles als die nodig zijn
- incidentele consulten
- verwijderen van tandsteen
- fluoridebehandeling van het blijvende gebit, 2 keer per jaar
- extra fluoridebehandelingen als die nodig zijn
- sealing (aanbrengen van een beschermlaag)
- behandeling van tandvleesproblemen
- verdoving
- wortelkanaalbehandeling
- vullingen
- zorg bij klachten aan het kaakgewricht
- uitneembare prothetische voorzieningen (zoals een plaatje en een kunstgebit)
- chirurgische tandheelkundige hulp, behalve implantaten
- röntgenfoto's, behalve die voor orthodontie
- kaakoverzichtsfoto, behalve die voor orthodontie

Is voor behandeling bij de kaakchirurg opname nodig? Dan vergoedt Jaaah basis ook de ziekenhuisopname.

Hier kun je terecht

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus
- kaakchirurg (MKA-chirurg)¹

Wat niet vergoed wordt

- uitwendig bleken van tanden en kiezen (E97²)
- gebits- en mondbeschermer (M61)
- niet-restauratief behandelen van gaatjes (cariës) in het melkgebit (M05)
- behandelen van witte vlekken (M80, M81)

Andere vergoedingen

Jaaah basis vergoedt ook de volgende vormen van tandheelkundige zorg. Omdat die extra of andere voorwaarden hebben, staan ze ergens anders:

- fronttandvervanging
- bijzondere tandheelkunde

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Nee, geen eigen risico

Tot je 18e verjaardag betaal je geen eigen risico.

¹ De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg

² De codes tussen haakjes staan op de rekening van je tandarts

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, in sommige gevallen

Alleen als je naar de kaakchirurg gaat. Dan moet je vooraf een verwijzing hebben van je huisarts, tandarts, medisch specialist of jeugdarts. Voor acute zorg¹ heb je geen verwijzing nodig.

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

Je moet vooraf toestemming van ons hebben voor:

- 3e en volgende fluoridebehandeling(en) in hetzelfde kalenderjaar
- kaakoverzichtsfoto
- behandelingen bij de kaakchirurg die op de limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie² staan
- zorg onder volledige narcose
- kunstgebit dat duurder is dan € 650 (inclusief materiaal- en techniekkosten) per kaak
- vervangen van een kunstgebit dat minder dan 5 jaar oud is
- klikgebit, en het repareren of rebasen (opvullen) van een klikgebit
- zorg in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)

Help me even: toestemming vragen³

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt. Zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show), en cosmetische behandelingen.

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de mondzorg die tandartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar (Jaaah tand)

Ben je 18 jaar of ouder en wil je je verzekeren voor tandheelkundige zorg? Dat kan met Jaaah tand!

Dit krijg je vergoed

Vanaf 18 jaar vergoedt Jaaah basis alleen de kaakchirurg⁴, het kunstgebit, fronttandvervanging en bijzondere tandheelkunde. De meeste 'gewone' zorg van de tandarts en de mondhygiënist vergoedt Jaaah basis niet. En orthodontie alleen in heel bijzondere gevallen.

Jaaah tand

Jaaah tand vergoedt 75% van algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 250 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die je betaalt voor een kunstgebit of voor bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder. Maar orthodontie niet.

Hier kun je terecht

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus

¹ Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

² Een lijst met behandelingen die je alleen vergoed krijgt na toestemming. Die is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

³ Kijk hiervoor op jaaah.nl

⁴ De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichts chirurgie, kortweg MKA-chirurg

Wat niet vergoed wordt

- volledige narcose (A20¹)
- uitwendig bleken (E97)
- facings (V15, R78, R79)
- behandeling van witte vlekken (M80, M81)
- MRA² (mandibulair repositie apparaat) (G71, G72, G73)
- gebits- en mondbeschermer (M61)
- orthodontie

Andere vergoedingen

- tandheelkundige zorg na een ongeval (Jaaah tand bij een ongelukje)
- tandheelkundige zorg tot 18 jaar (Jaaah tand)
- fronttandvervangning
- bijzondere tandheelkunde
- gebitsprothese (kunstgebit) vanaf 18 jaar

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Nee, geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Nee, geen voorschrift of verwijzing

Je kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Toestemming

Nee, geen toestemming

Je hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt. Zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show), en cosmetische behandelingen.

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de mondzorg die tandartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

¹ De codes tussen haakjes staan op de rekening van je tandarts

² Dit valt onder de vergoeding MRA

Tandheelkundige zorg na een ongeval (Jaaah tand bij een ongelukje)

Heb je een ongeval gehad, bijvoorbeeld een bal tegen je gezicht of een val van je fiets? Dan kan het nodig zijn de schade aan je gebit te herstellen.

Dit krijg je vergoed

Ben je jonger dan 18 jaar? Dan vergoedt **Jaaah basis** de meeste tandheelkundige zorg. Als je 18 jaar of ouder bent, vergoedt Jaaah basis die zorg meestal niet. Ook niet na een ongeval¹.

Jaaah tand bij een ongelukje vergoedt maximaal € 10.000 per kalenderjaar, voor maximaal 1 ongeval. Hieronder vallen ook materiaal- en techniekkosten, bijvoorbeeld voor een kroon of gedeeltelijk kunstgebit.

Verder geldt:

- het ongeval moet gebeurd zijn terwijl je Jaaah tand bij een ongelukje had
- wij vergoeden de behandelingen tot 1 jaar na het ongeval

Wij vergoeden alleen behandelingen die nodig zijn om de schade aan je gebit te herstellen, die direct door het ongeval is ontstaan. Wil je daarnaast nog andere behandelingen aan je gebit? Bijvoorbeeld omdat een tand toch al vervangen moest worden door een kroon? Dan vergoedt Jaaah tand bij een ongelukje dit niet. Jaaah tand vergoedt dit soms wel.

Hier kun je terecht

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus

Wat niet vergoed wordt

- volledige narcose (A20²)
- behandeling van schade aan je gebit die is ontstaan door een gebeurtenis waarbij vooraf kan worden ingeschat dat gebitsschade kan ontstaan. Bijvoorbeeld het bijten op een hard voorwerp, het openen van een fles met je tanden of het niet dragen van een gebitsbeschermer bij sommige sporten
- behandeling van schade aan je gebit die is ontstaan of verergerd door eten

Andere vergoedingen

- tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar (Jaaah tand)
- tandheelkundige zorg tot 18 jaar
- fronttandvervanging
- bijzondere tandheelkunde
- gebitsprothese (kunstgebit) vanaf 18 jaar

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Nee, geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder je eigen risico.

¹ Met ongeval bedoelen wij in deze vergoeding: een plotselinge inwerking van geweld van buitenaf op je lichaam, buiten je wil, dat medisch aantoonbaar fysiek letsel heeft veroorzaakt

² De codes tussen haakjes staan op de rekening van je tandarts

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Nee, geen voorschrift of verwijzing

Je kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Toestemming

Ja, toestemming

Voor deze zorg moet je vooraf toestemming van ons hebben. Bij spoedeisende zorg mag dit ook achteraf. De volgende gegevens moeten bij je aanvraag zitten: een schriftelijke toelichting van je zorgverlener, behandelplan, begroting en (röntgen)foto's.

Help me even: toestemming vragen¹

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt. Zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show), en cosmetische behandelingen.

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de mondzorg die tandartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Gebitsprothese (kunstgebit) vanaf 18 jaar

Natuurlijk probeer je je zo lang mogelijk je gebit gezond te houden. Maar soms zal je tandarts je aanraden een kunstgebit te nemen.

Dit krijg je vergoed

Als je 18 jaar of ouder bent, vergoedt Jaaah basis het volledige, uitneembare kunstgebit. Die vervangt alle tanden en kiezen in je boven- of onderkaak, en je kunt het uit je mond halen. Een gedeeltelijk kunstgebit, waarbij je nog wel tanden en kiezen in die kaak hebt, vergoedt Jaaah basis niet. Dat valt onder de vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar (Jaaah tand).

Jaaah basis vergoedt 4 soorten volledige, uitneembare kunstgebitten.

1. een immediaatprothese: een tijdelijk kunstgebit dat je krijgt na het trekken van alle tanden en kiezen. Je draagt het tot je mond genezen is
2. een gewone prothese (vervangingsprothese, niet op implantaten): het kunstgebit dat je krijgt ná de immediaatprothese
3. een overkappingsprothese (niet op implantaten): een kunstgebit dat over je eigen tandwortels wordt geplaatst
4. een kunstgebit op implantaten: een klikgebit

Je krijgt een gedeeltelijke vergoeding, namelijk een percentage van de totale kosten inclusief materiaal- en techniekkosten. Bij het gebit op implantaten tellen ook de magneetjes, staafjes of drukknoppen die boven het tandvlees uitsteken mee in de totale kosten. De vergoeding is:

- kunstgebit (1), (2) of (3) voor de boven en/of de onderkaak: 75%
- klikgebit (4) voor de onderkaak: 90%
- klikgebit (4) voor de bovenkaak: 92%
- een combinatie van (1), (2) of (3) in de ene kaak en (4) in de andere kaak: 83%

Het gedeelte dat Jaaah basis niet vergoedt, is je wettelijke eigen bijdrage. Heb je Jaaah tand? Dan vergoedt die nog een deel van je eigen bijdrage, als je de maximale vergoeding nog niet hebt opgebruikt.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

En je implantaten dan?

Jaaah basis vergoedt die alleen als je een heel erg geslonken kaak zonder tanden hebt. De voorwaarden staan in de vergoeding Bijzondere tandheelkunde. Heb je die geslonken kaak niet, dan vergoedt Jaaah tand gedeeltelijk.

En als je kunstgebit niet meer past of kapot is?

Dan kun je het laten repareren of rebasen (opvullen) door een tandprotheticus of tandarts. Heb je het kunstgebit nog geen 4 maanden? Dan hoef je daar niet voor te betalen. Daarna vergoedt Jaaah basis reparatie en rebasen voor 90%.

Hier kun je terecht

- tandarts
- tandprotheticus

Andere vergoedingen

- Jaaah basis vergoedt soms implantaten onder je klikgebit, dat valt onder de vergoeding Bijzondere tandheelkunde
- als je jonger dan 18 jaar bent, vallen gebitsprotheses onder de vergoeding Tandheelkundige zorg tot 18 jaar

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Ja, eigen bijdrage

Je betaalt een percentage van de totale kosten zelf:

- kunstgebit (1), (2) of (3) voor de boven en/of onderkaak: 25%
- klikgebit (4) voor de onderkaak: 10%
- klikgebit (4) voor de bovenkaak: 8%
- een combinatie van (1), (2) of (3) in de ene kaak en (4) in de andere kaak: 17%

Jaaah tand vergoedt een deel van deze eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Nee, geen voorschrift of verwijzing

Je kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

Je moet voor de volgende kunstgebitten toestemming van ons hebben:

- kunstgebit (1), (2) of (3) dat duurder is dan € 650 (inclusief materiaal- en techniekkosten) per kaak
- vervangen van een kunstgebit (2) of (3) als dat minder dan 5 jaar oud is
- klikgebit (4)
- repareren of rebasen van een klikgebit
- zorg in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)

Help me even: toestemming vragen¹

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show).

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de mondzorg die tandartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Fronttandvervanging

Ontbreken je blijvende snij- of hoektanden en ben je jonger dan 23 jaar? Dan kan je tandarts of een kaakchirurg die vervangen.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt het vervangen van 1 of meer blijvende snij- of hoektanden als:

- die helemaal ontbreekt of ontbreken door een ongeval, of omdat ze niet zijn aangelegd
- je jonger dan 23 jaar bent
- je tandarts voor je 18e verjaardag heeft vastgesteld dat vervanging nodig is, en
- de reparatie gedaan wordt met niet-plastisch materiaal zoals een kroon of een brug (inclusief implantaten die daarbij nodig zijn)

Voldoe je niet aan deze voorwaarden? Dan vergoeden Jaaah tand of Jaaah tand bij een ongelukje het vervangen van 1 of meer blijvende snij- of hoektanden soms (gedeeltelijk). Maar alleen als je tandarts de zorg uitvoert.

Hier kun je terecht

- tandarts
- kaakchirurg¹

Andere vergoedingen

Als je (ook) andere ernstige gebitsproblemen hebt, geldt de vergoeding Bijzondere tandheelkunde.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico (vanaf 18 jaar)

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, in sommige gevallen

Als je voor deze zorg naar de kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde moet, heb je een verwijzing nodig van je tandarts of huisarts. Voor acute zorg² heb je geen verwijzing nodig.

¹ De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg

² Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

Toestemming

Ja, toestemming

Voor deze zorg moet je altijd vooraf toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen¹

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafspraak die je niet nakomt (no show).

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de mondzorg die tandartsen en tandarts-specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Kaakchirurgie vanaf 18 jaar

Moet je geopereerd worden aan je mond of kaak? Dan kun je naar de kaakchirurg.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt chirurgische tandheelkundige zorg. Bijvoorbeeld bij een moeilijk te verwijderen verstandskies of problemen met je kaak. Jaaah basis vergoedt ook röntgenonderzoek dat voor je behandeling nodig is.

Is het nodig dat je wordt opgenomen? Dan vergoedt Jaaah basis ook je ziekenhuisopname.

Hier kun je terecht

- kaakchirurg², in het ziekenhuis of een ZBC³

Wat niet vergoed wordt

- chirurgie aan het tandvlees (parodontale chirurgie)
- trekken van tanden en kiezen als je tandarts dat kan doen
- implantaten (behalve als het gaat om bijzondere tandheelkunde of om fronttandvervangning)

Andere vergoedingen

- bijzondere tandheelkunde, als je naar de kaakchirurg moet voor een ernstige aandoening, zoals een aangeboren afwijking
- tandheelkundige zorg tot 18 jaar (kaakchirurgie valt daaronder als je jonger dan 18 jaar bent)

Zorgverlener zonder contract

Misschien kies je liever een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

² De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg

³ Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor je niet wordt opgenomen

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een verwijzing

Voor je naar de kaakchirurg gaat, moet je een verwijzing hebben van je tandarts, orthodontist, huisarts of medisch specialist¹. Voor acute zorg² heb je geen verwijzing nodig.

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

Voor behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie staan, moet je vooraf toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen³

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt. Zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show), en cosmetische behandelingen.

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard die kaakchirurgen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Bijzondere tandheelkunde

Is gewone tandheelkundige zorg niet voldoende, omdat je bijvoorbeeld een bijzondere aandoening hebt aan je tanden, kaak of mond, of een lichamelijke of geestelijke aandoening? Dan kan extra of andere tandheelkundige zorg (bijzondere tandheelkunde) nodig zijn.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt bijzondere tandheelkunde in 3 situaties.

1. Als je een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of een niet-aangeboren afwijking of probleem van tanden, kaak of mond hebt. Bijvoorbeeld: het ontbreken van tanden of kiezen door een erfelijke oorzaak. Of gebitsproblemen door chemotherapie.
2. Als je een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt. Bijvoorbeeld: ernstige Parkinson, een verstandelijke beperking of extreme angst.

¹ 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

² Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

³ Kijk hiervoor op jaaah.nl

In situaties 1 en 2 geldt ook nog dat je gebit zonder bijzondere tandheelkunde niet op de voor jou normale manier kan (blijven) functioneren. Jaaah basis vergoedt de bijzondere tandheelkunde die nodig is om er voor te zorgen dat je de voor jou normale tandfunctie terugkrijgt of behoudt.

3. Als je een medisch noodzakelijke behandeling moet krijgen en er zonder bijzondere tandheelkunde geen goed resultaat mogelijk is. Bijvoorbeeld: een orgaantransplantatie of een hartoperatie, waarvoor je mond ontstekingsvrij moet worden gemaakt.

In situatie 3 vergoedt Jaaah basis bijzondere tandheelkunde die nodig is om de andere behandeling mogelijk te maken én de zorg om je gebit op de voor jou normale manier functionerend te houden.

Is het nodig dat je wordt opgenomen? Dan vergoedt Jaaah basis je ziekenhuisopname ook.

Implantaten vallen soms onder één van de situaties hierboven

Krijg je een volledige, uitneembare gebitsprothese (kunstgebit) op implantaten? Dan vallen de implantaten onder de vergoeding voor bijzondere tandheelkunde als je een heel erg geslonken kaak hebt, zonder tanden.

Orthodontie valt meestal niet onder één van de situaties hierboven

Orthodontie valt alleen onder de vergoeding voor bijzondere tandheelkunde als:

- je een heel ernstige ontwikkelingsstoornis of groeistoornis hebt aan tanden, kaak of mond, en
- die stoornis ook door andere zorgverleners dan een tandarts of orthodontist moet worden behandeld

Hier kun je terecht

- tandarts
- kaakchirurg¹
- orthodontist
- Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Ja, meestal wel

Zorg die niet rechtstreeks met situatie 1, 2 of 3² te maken heeft, betaal je zelf. Bijvoorbeeld als je heel erge angst hebt en er een gaatje wordt gevuld. Dan betaal je zelf het gedeelte dat je betaalt als je geen angst zou hebben.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, in sommige gevallen

Als je naar een kaakchirurg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT) gaat, heb je een verwijzing nodig van je tandarts, huisarts, medisch specialist, jeugdarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde.

Toestemming

Ja, toestemming

Voor deze zorg moet je vooraf toestemming van ons hebben. Let op! Wij kunnen de toestemming intrekken als je je niet aan de instructies van je zorgverlener houdt.

Help me even: toestemming vragen³

¹ De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg

² Zie 'Dit krijg je vergoed'

³ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show).

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de zorg die tandartsen en tandarts-specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Psychische zorg

Vergoedingen

Generalistische basis-ggz
Gespecialiseerde ggz

Generalistische basis-ggz

Heb je lichte psychische problemen die de huisarts of POH-ggz¹ niet zelf kan behandelen? Dan kan je huisarts je doorverwijzen naar de generalistische basis-ggz.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt generalistische basis-ggz vanaf 18 jaar, als er een vermoeden is dat je een psychische stoornis hebt. Of als zo'n stoornis al bij je is vastgesteld. Het moet gaan om een psychische stoornis volgens DSM-5².

De behandeling bestaat meestal uit gesprekken, met bijvoorbeeld een gz-psycholoog³ of psychotherapeut. Ook een internetbehandeling is mogelijk.

Je krijgt altijd een regiebehandelaar.

Die regiebehandelaar is je eerste aanspreekpunt, stelt een diagnose, maakt samen met jou een behandelplan en behandelt je. De regiebehandelaar kan daarnaast andere behandelaars inzetten. En zorgt dan voor een goede samenwerking en afstemming en beheert je dossier. Wie regiebehandelaar mogen zijn, staat bij 'Hier kun je terecht'.

Je zorgverlener moet je klachten in 1 aaneengesloten traject behandelen. Wij kijken daarom of je zorgverlener per 12 maanden niet meer dan 1 traject in rekening brengt. Een 2e traject binnen die 12 maanden vergoedt Jaaah basis alleen als je opnieuw een verwijzing hebt voor nieuwe, andere klachten, of voor een onverwachte terugval.

Hier kun je terecht

- zelfstandige zorgverlener met nummer 1, 2, 3 of 4 hieronder
- ggz-instelling, bij 1 van de regiebehandelaars hieronder
 1. gz-psycholoog³
 2. klinisch psycholoog
 3. psychotherapeut
 4. klinisch neuropsycholoog
 5. verpleegkundig specialist ggz
 6. bij dementie: specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater
 7. bij verslaving of gokproblematiek: verslavingsarts

Overgangsregeling 18-jarigen

Ggz tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet. Die kent andere regiebehandelaars dan de basisverzekering. Als het nodig is dat een behandeling na je 18e verjaardag doorloopt bij je 'oude' regiebehandelaar (een kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist) dan vergoedt Jaaah basis dat, voor maximaal 12 maanden. Langer mag niet van de overheid. In die tijd kan de behandeling afgerond worden, of kun je overgedragen worden aan 1 van de hierboven genoemde regiebehandelaren.

Wat niet vergoed wordt

- behandeling van vlieg angst
- behandeling van leerstoornissen, zoals dyslexie
- opname
- zorg waarvan de effectiviteit niet of onvoldoende bewezen is. Meer informatie hierover staat in het overzicht therapieën ggz⁴
- behandeling van werkproblemen⁵, relatieproblemen en aanpassingsstoornissen⁶

¹ Praktijkondersteuner voor geestelijke gezondheidszorg, die werkt in een huisartsenpraktijk en is opgeleid voor het helpen bij psychische klachten

² 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders', DSM. Dit is een internationale standaard voor de indeling van psychische stoornissen. DSM-5 is de nu gebruikte versie

³ Ook: gezondheidszorgpsycholoog

⁴ Je vindt dit overzicht op jaaah.nl bij deze vergoeding

⁵ Bijvoorbeeld burn-out en overspannenheid

⁶ Daarvan is sprake als iemand moeite heeft om zich op emotioneel gebied aan te passen aan een veranderde situatie, bijvoorbeeld na een overlijden of echtscheiding

Andere vergoedingen

- psychische zorg bij de huisarts, als je huisarts of POH-ggz je zelf kan helpen
- gespecialiseerde ggz, als je ernstige klachten hebt

Zorgverlener zonder contract

Misschien kies je liever een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een verwijzing

Voordat je naar een zorgverlener gaat, heb je een verwijzing nodig van je huisarts, bedrijfsarts of SEH-arts². Voor acute zorg³ heb je geen verwijzing nodig. Als je onder behandeling bent in de gespecialiseerde ggz, kan ook je regiebehandelaar daar je verwijzen.

Toestemming

Nee, geen toestemming

Je hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show).

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de generalistische basis-ggz die klinisch psychologen normaal gesproken verlenen en waarvan de effectiviteit is bewezen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Je zorgverlener moet een kwaliteitsstatuut hebben

Daar staat in aan welke kwaliteitseisen de zorgverlener voldoet, en hoe de zorg er is geregeld. Je vindt het kwaliteitsstatuut op de site van de zorgverlener.

Wachtlijst? Neem contact op met de ZorgConsulent

Je wilt natuurlijk zo snel mogelijk terecht kunnen. Als er een wachtlijst is bij de zorgverlener van je keuze, kun je onze ZorgConsulent¹ vragen te bemiddelen naar een andere zorgverlener. Ook in andere situaties kun je de ZorgConsulent vragen om te bemiddelen.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

² Spoedeisende hulp arts

³ Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

Gespecialiseerde ggz

Heb je ernstige psychische problemen die niet in de generalistische basis-ggz kunnen worden behandeld? Dan kan je huisarts je doorverwijzen naar de gespecialiseerde ggz.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt gespecialiseerde ggz vanaf 18 jaar bij (een vermoeden van) een psychische stoornis volgens DSM-5¹.

Is het nodig dat je wordt opgenomen, voor een goed resultaat van je behandeling? Dan vergoedt Jaaah basis ook je opname in een ggz-instelling. En verpleging en verzorging, paramedische zorg², geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, die daarbij horen.

Krijg je tijdens je opname ook dagbesteding? Dan vergoeden wij ook die dagbesteding en het vervoer daar naartoe.

Je krijgt altijd een regiebehandelaar.

Die regiebehandelaar is je eerste aanspreekpunt, stelt een diagnose, maakt samen met jou een behandelplan en behandelt je. De regiebehandelaar kan daarnaast andere behandelaars inzetten. En zorgt dan voor een goede samenwerking en afstemming en beheert je dossier. Wie regiebehandelaar mogen zijn, staat bij 'Hier kun je terecht'.

Hier kun je terecht

- geen opname: zelfstandige zorgverlener met nummer 1, 2, 3 of 4 hieronder
- geen opname: ggz-instelling of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, bij 1 van de regiebehandelaars hieronder
- met opname: ggz-instelling of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, in principe bij een regiebehandelaar met nummer 1 of 4 hieronder. Zij mogen toestemming geven dat je de regiebehandelaar van vóór je opname houdt
 1. klinisch psycholoog
 2. psychotherapeut
 3. klinisch neuropsycholoog
 4. psychiater
 5. gz-psycholoog³
 6. verpleegkundig specialist ggz
 7. bij dementie: specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater
 8. bij verslaving of gokproblematiek: verslavingsarts

Overgangsregeling 18-jarigen

Ggz tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet. Die kent andere regiebehandelaars dan de basisverzekering. Als het nodig is dat een behandeling ook na je 18e verjaardag nog doorloopt bij je 'oude' regiebehandelaar (een kind- en jeugdpsycholoog, orthopedagoog-generalist of gz-psycholoog) dan vergoedt Jaaah basis dat, voor maximaal 12 maanden. Langer mag niet van de overheid. In die tijd kan de behandeling afgerond worden, kun je worden overgedragen aan 1 van de hierboven genoemde regiebehandelaren.

Wat niet vergoed wordt

- behandeling van eenvoudige psychische stoornissen die in de generalistische basis-ggz of met psychische zorg bij de huisarts kunnen worden behandeld
- behandeling van werkproblemen⁴, relatieproblemen en aanpassingsstoornissen⁵
- zorg waarvan de effectiviteit niet of onvoldoende bewezen is. Meer informatie hierover staat in het overzicht therapieën ggz⁶

¹ 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders', DSM. Dit is een internationale standaard voor de indeling van psychische stoornissen. DSM-5 is de nu gebruikte versie

² Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek

³ Ook: gezondheidszorgpsycholoog

⁴ Bijvoorbeeld burn-out en overspannenheid

⁵ Daarvan is sprake als iemand moeite heeft om zich op emotioneel gebied aan te passen aan een veranderde situatie, bijvoorbeeld na een overlijden of echtscheiding

⁶ Je vindt dit overzicht op jaaah.nl bij deze vergoeding

Zorgverlener zonder contract

Misschien kies je liever een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een verwijzing

Voordat je naar een zorgverlener gaat, heb je een verwijzing nodig van je huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of SEH-arts². Voor acute zorg³ heb je geen verwijzing nodig. Als je onder behandeling bent in de generalistische basis-ggz, kan ook je regiebehandelaar daar je doorverwijzen.

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

Je moet vooraf toestemming van ons hebben:

- voor opname langer dan 1 jaar: je moet die uiterlijk in de 10e maand van je opname bij ons aanvragen
- voor opname korter dan een jaar voor behandeling van een verslaving⁴ of eetstoornis, als je kiest voor een instelling waarmee wij geen contract hebben

Help me even: toestemming vragen¹

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show).

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de gespecialiseerde ggz die psychiaters en klinisch psychologen normaal gesproken verlenen en waarvan de effectiviteit is bewezen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Je zorgverlener moet een kwaliteitsstatuut hebben

Daar staat in aan welke kwaliteitseisen de zorgverlener voldoet, en hoe de zorg er is geregeld. Je vindt het kwaliteitsstatuut op de site van de zorgverlener.

Wachtlijst? Neem contact op met de ZorgConsulent

Je wilt natuurlijk zo snel mogelijk terecht kunnen. Als er een wachtlijst is bij de zorgverlener van je keuze, kun je onze ZorgConsulent¹ vragen je naar een andere zorgverlener te bemiddelen. Ook in andere situaties kun je de ZorgConsulent vragen om te bemiddelen.

Let op bij opname in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor gespecialiseerde ggz en opname dan in Nederland. Daardoor is misschien niet alle zorg verzekerd. Neem vooraf contact¹ met ons op. Zo voorkom je vervelende (financiële) verrassingen achteraf.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

² Spoedeisende hulp arts

³ Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

⁴ Een aan alcohol of een aan andere middelen gebonden stoornis

Er kan een diagnose op je rekening staan

Wil je dat niet? Dan kun je met je zorgverlener een 'privacyverklaring' ondertekenen en die naar ons sturen. Je zorgverlener weet hoe dit werkt.

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

Bij een onderbreking van maximaal 30 dagen zien wij de opname ook als doorlopend. Dagen dat je buiten het ziekenhuis bent voor vakantie- of weekendverlof tellen wel mee voor het volmaken van de 3 jaar.

Anticonceptie

Vergoedingen

Anticonceptie

Anticonceptie

Wil je een zwangerschap voorkomen? Met anticonceptie kan dat.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt de volgende anticonceptiemiddelen, als je jonger dan 21 jaar bent:

1. anticonceptiepil
2. prikpil
3. anticonceptiepleister
4. anticonceptiering
5. anticonceptiestaaftje
6. hormoonspiraaltje
7. koperspiraaltje
8. pessarium

Jaaah basis vergoedt de middelen met hormonen (1 tot en met 6) ook als je 21 jaar of ouder bent en je endometriose (aandoening van het baarmoederslijmvlies) of bloedarmoede door hevig bloedverlies (menorrhagie) hebt.

Hier kun je terecht

Anticonceptiemiddelen haal je bij:

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Een anticonceptiestaaftje of spiraaltje laat je plaatsen (of verwijderen) door:

- huisarts
- verloskundige
- gynaecoloog

Let op: bij de gynaecoloog is het anticonceptiestaaftje of spiraaltje onderdeel van de behandeling. Je koopt het dan niet zelf.

Zorgverlener zonder contract

Misschien kies je liever een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Ja, in sommige gevallen

Voor sommige anticonceptiemiddelen met hormonen betaal je een eigen bijdrage. De eigen bijdragen zijn totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Daarboven vergoedt Jaaah basis ze. Op medicijnkosten.nl kun je zien of er een wettelijke eigen bijdrage geldt.

Eigen risico

Ja, in sommige gevallen

Je betaalt eigen risico voor:

- het anticonceptiemiddel als je 18 jaar of ouder bent
- het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiestaaftje of spiraaltje door de verloskundige of gynaecoloog als je 18 jaar of ouder bent

Voor het plaatsen en verwijderen bij de huisarts betaal je geen eigen risico.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, in de meeste gevallen

Voor anticonceptiemiddelen moet je een voorschrift hebben van je (huis)arts, medisch specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant¹. Alleen niet voor een pessarium of koperspiraaltje.

Voor het plaatsen of verwijderen van een spiraaltje of anticonceptiestafje door de gynaecoloog moet je een verwijzing hebben van je huisarts of verloskundige.

Toestemming

Nee, geen toestemming

Je hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show).

De officiële vergoeding uit de basisverzekering voor het pessarium en koperspiraaltje staat in de Regeling zorgverzekering

De Regeling omschrijft hulpmiddelen voor anticonceptie in artikel 2.6, onderdeel i en in artikel 2.16 als hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden. Ook zijn de basisregels hulpmiddelen van toepassing.

¹ De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Hij kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

Horen, zien en spreken

Vergoedingen

Audiologische zorg
Zintuiglijk gehandicaptenzorg
Logopedie

Audiologische zorg

Heb je problemen met je gehoor, bijvoorbeeld dat je een gesprek wel hoort, maar niet goed verstaat? Specialisten in een audiologisch centrum kunnen je verder helpen.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt deze audiologische zorg:

- onderzoek naar je gehoor
- advies over het kopen van een hoortoestel
- voorlichting over het gebruik van je hoortoestel
- psychosociale zorg als je die nodig hebt door gehoorproblemen
- hulp bij het stellen van een diagnose bij taal- en spraakstoornissen voor kinderen

In een audiologisch centrum werkt een team van specialisten op het gebied van gehoorproblemen en problemen die daarmee samenhangen, zoals spraakproblemen.

Hier kun je terecht

- audiologisch centrum

Andere vergoedingen

- hoortoestellen en tinnitusmaskeerders

Zorgverlener zonder contract

Misschien kies je liever een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een verwijzing

Voordat je naar het audiologisch centrum gaat, moet je een verwijzing hebben van je huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, specialist ouderengeneeskunde, kinderarts of KNO-arts.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Toestemming

Nee, geen toestemming

Je hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show).

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de audiologische zorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Heb je ernstige problemen met zien of horen? Of met spraak of taal? Zintuiglijk gehandicaptenzorg kan je dan helpen om zo zelfstandig mogelijk te functioneren. Die krijg je van een team van specialisten uit verschillende vakgebieden, bijvoorbeeld een psycholoog, orthopedagoog en ergotherapeut (multidisciplinair).

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt multidisciplinaire zintuiglijk gehandicaptenzorg als 1 van de volgende 3 situaties voor jou geldt:

- je bent doof of slechthorend (auditiële beperking)
- je bent blind of slechtziend (visuele beperking)
- je bent jonger dan 23 jaar en hebt ernstige moeilijkheden met spraak en/of taal (een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis)

De zorg kan bestaan uit onderzoek van je beperking, maar kan ook gericht zijn op het opheffen of compenseren ervan, door bijvoorbeeld het aanleren van brailleschrift of gebarentaal. Gezinsleden of verzorgers kunnen bij de behandeling betrokken worden, zodat ook zij bijvoorbeeld gebarentaal kunnen leren. Ook het psychisch leren omgaan met je beperking maakt onderdeel uit van de zorg.

Meestal hoef je niet opgenomen te worden. Maar als je behandeling alleen kan slagen met een tijdelijke opname, dan vergoedt Jaaah basis die ook.

Hier kun je terecht

Instelling voor zintuiglijk gehandicaptenzorg, die:

- wettelijk is toegelaten voor de zorg of aangesloten is bij VIVIS¹ of SIAC², en
- een kwaliteitskeurmerk ISO of HKZ heeft

Wat niet vergoed wordt

- ondersteuning bij maatschappelijk functioneren (bijvoorbeeld een doventolk)
- complexe, langdurige en levensbrede zorg aan volwassen doofblinden en prelinguaal doven³

Andere vergoedingen

Als je blind of slechtziend bent en je je niet zonder begeleiding kunt verplaatsen, geldt de vergoeding Zittend ziekenvervoer.

¹ Meer informatie lees je op www.vivis.nl

² Meer informatie lees je op www.siac.nu

³ Mensen die doof zijn vanaf de geboorte of heel jonge leeftijd, voordat de taalontwikkeling begint

Zorgverlener zonder contract

Misschien kies je liever een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een verwijzing

Van wie je een verwijzing moet hebben, ligt aan je beperking:

- bij een auditieve of communicatieve beperking: van een medisch specialist of klinisch fysicus-audioloog van een audiologisch centrum, volgens de richtlijnen van de FENAC²
- bij een visuele beperking: van een medisch specialist, volgens de richtlijnen 'Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing' van het NOG³. Ben je 18 jaar of ouder en heb je een eenvoudige revalidatievraag? Dan heb je geen nieuwe verwijzing nodig

Heb je na de eerste verwijzing een nieuwe zorgvraag, maar is er aan je aandoening niks veranderd? Dan kan ook je huisarts of jeugdarts je verwijzen.

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

Als je moet worden opgenomen, moet je vooraf toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen¹

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show).

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de multidisciplinaire zorg gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van je beperking, met als doel je zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

Bij een onderbreking van maximaal 30 dagen zien wij de opname ook als doorlopend. Dagen dat je buiten het ziekenhuis bent voor vakantie- of weekendverlof tellen wel mee voor het volmaken van de 3 jaar.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

² Federatie van Nederlandse Audiologische Centra

³ Meer informatie lees je op www.oogheelkunde.org

Logopedie

Heb je problemen met spreken, ademen of slikken? Een logopedist kan die problemen soms behandelen.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt logopedie die een geneeskundig doel heeft. Dat betekent dat de behandeling te maken moet hebben met het functioneren van bijvoorbeeld je mondspieren, stembanden of ademhaling.

Hier kun je terecht

Je kunt terecht bij een logopedist.

Let op! Voor 4 behandelingen kun je alleen terecht bij een gespecialiseerde logopedist:

1. behandeling van stotteren
2. behandeling van afasie
3. preverbale logopedie
4. Hanen ouderprogramma

Je vindt de gespecialiseerde logopedisten in de registers van de NVLF¹. Check ook of je logopedist een contract met ons heeft, in onze Zorgzoeker².

Wat niet vergoed wordt

- behandeling van dyslexie
- behandeling van taalproblemen door dialect of doordat je een andere moedertaal hebt
- behandeling om onderwijs te ondersteunen
- muziektherapie

Andere vergoedingen

Voor logopedie na ernstige COVID-19 geldt de vergoeding Voorwaardelijk toegelaten zorg.

Zorgverlener zonder contract

Misschien kies je liever een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen² staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker² check je snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

¹ Meer informatie lees je op www.nvlf.nl/paginas/openbaar/vakgebied/kwaliteit/kwaliteitsregisters/nvlf-registers

² Kijk hiervoor op jaaah.nl

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Nee, geen voorschrift of verwijzing

Je kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Toestemming

Nee, geen toestemming

Je hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show).

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de zorg die logopedisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Hulpmiddelen

Vergoedingen

Hulpmiddelen

Hulpmiddelen

Heb je een hulpmiddel nodig voor behandeling, verpleging, revalidatie of verzorging?

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt hulpmiddelen en verbandmiddelen die je nodig hebt bij het herstel van een ziekte of aandoening, of als je met een ziekte of aandoening moet leven.

Hieronder staat om welke (groepen van) hulpmiddelen het gaat. Via de lijst klik je door naar de vergoeding. Daar staat waar je recht op hebt en wat de voorwaarden zijn. Bijvoorbeeld of je een voorschrift nodig hebt, of toestemming moet vragen. En hoe het zit met het eigen risico en de eigen bijdrage.

Voor deze hulpmiddelen gelden ook de basisregels hulpmiddelen. Daar staat bijvoorbeeld in dat je hulpmiddelen zorgvuldig moet gebruiken en onderhouden. En hoe het zit met vervanging, reparatie en onderhoud.

- allergeenvrije schoenen en hielbeschermers
- borstprothesen
- brillenglazen en lenzen bij medische indicatie
- CPAP-apparaat
- daisyspelers
- hoortoestellen en tinnitusmaskeerders
- hulphonden
- hulpmiddelen bij diabetes
- hulpmiddelen bij pijnbestrijding (TENS)
- hulpmiddelen bij problemen met ademen
- hulpmiddelen bij problemen met bewegen
- hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting
- hulpmiddelen bij problemen met horen
- hulpmiddelen bij problemen met spreken
- hulpmiddelen bij problemen met zien
- hulpmiddelen bij trombose
- hulpmiddelen bij vaatproblemen
- hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed
- hulpmiddelen voor anticonceptie¹
- hulpmiddelen voor voeding
- incontinentiemateriaal
- infuuspomp voor geneesmiddelen
- injectiespuiten en injectiepenen om zelf medicijnen toe te dienen
- kappen voor schedelbescherming
- kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen)
- MRA
- orthesen
- orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen
- persoonsalarmering
- pruik
- prothesen
- steunkousen
- verbandmiddelen
- verbandschoenen
- woningaanpassing en overige kosten bij thuisdialyse
- zuurstofapparatuur

¹ Kijk hiervoor bij de vergoeding Anticonceptie

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een onnodig kostbaar hulpmiddel.

Soms wordt een hulpmiddel vergoed via het ziekenhuis

Is een hulpmiddel onderdeel van je behandeling door de medisch specialist? Of wordt het geïmplanteerd? Dan valt het hulpmiddel onder de vergoeding Medisch specialist. Wij vergoeden het dan niet apart.

De overheid heeft een handig overzicht van hulpmiddelen

Dit is de hulpmiddelenwijzer¹. Heb je toch nog vragen? Neem contact met ons op.

¹ Meer informatie lees je op www.hulpmiddelenwijzer.nl

Vervoer

Vergoedingen

Ambulancevervoer
Zittend ziekenvervoer

Ambulancevervoer

Moet je met spoed naar het ziekenhuis, of mag je alleen liggend vervoerd worden? Dat kan met een ambulance.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt medisch noodzakelijk ambulancevervoer over een reisafstand van maximaal 200 km (enkele reis). Dus alleen als gebruik van openbaar vervoer, taxi of eigen auto medisch onverantwoord is. In bepaalde gevallen, zoals bij een ongeval, vergoedt Jaaah basis ook vervoer door een (trauma)helikopter.

Het moet gaan om vervoer:

- naar een zorgverlener of een instelling waar je zorg krijgt uit de basisverzekering
- naar een instelling waar je wordt opgenomen met een Wlz-indicatie
- vanaf een Wlz-instelling (zoals een verpleeghuis of een gehandicapteninstelling) naar een zorgverlener of een instelling, als je daar vanuit de Wlz onderzoek of behandeling krijgt. Onder behandeling valt ook het aanmeten en passen van een prothese
- als je jonger bent dan 18 jaar: naar een zorgverlener of ggz-instelling volgens de Jeugdwet

In al deze situaties vergoedt Jaaah basis zo nodig ook het vervoer terug naar je huis. Of, als je thuis niet de nodige verzorging kunt krijgen, naar de plek waar je verzorgd wordt.

Wat niet vergoed wordt

- ambulancevervoer naar dagbesteding of dagbehandeling in een Wlz-instelling

Andere vergoedingen

- zittend ziekenvervoer

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Nee, geen voorschrift of verwijzing

Bij niet-spoedeisende zorg regelt je arts de ambulance.

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

Je moet toestemming van ons hebben voor:

- vervoer over een grotere afstand dan 200 km in niet-spoedeisende situaties
- vervoer met een ander vervoermiddel in niet-spoedeisende situaties

De aanvraag moet uitleggen waarom ambulancevervoer noodzakelijk is, en waarom de grotere afstand of het andere vervoermiddel nodig is.

Help me even: toestemming vragen¹

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt.

Zittend ziekenvervoer

In sommige situaties vergoedt Jaaah basis je vervoerskosten naar onder meer het ziekenhuis. Of je logeerkosten, als je meer dagen achter elkaar behandeld moet worden.

Dit krijg je vergoed

Vervoer

Jaaah basis vergoedt zittend ziekenvervoer over maximaal 200 km enkele reis, als 1 van de volgende 7 situaties voor jou geldt:

1. je krijgt nierdialyse
2. je krijgt chemotherapie, immuuntherapie of bestraling (radiotherapie) bij kanker
3. je kunt je alleen in een rolstoel verplaatsen
4. je hebt een beperkt gezichtsvermogen en kunt je niet zonder begeleiding verplaatsen
5. je bent jonger dan 18 jaar en je hebt intensieve kindzorg¹
6. je krijgt geriatrische revalidatie
7. je krijgt dagbehandeling in een groep als onderdeel van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking. Jaaah basis vergoedt dit zorgprogramma als geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp)

Is situatie 1 tot en met 7 niet op je van toepassing, maar heb je door een ziekte of aandoening voor lange tijd ziekenvervoer nodig? Dan vergoedt Jaaah basis soms op grond van de zogenoemde hardheidsclausule². Dit hangt af van hoe vaak je moet reizen en van de reisafstand. Denk je dat dit voor jou geldt? Neem dan contact met ons op.

In die situaties vergoedt Jaaah basis het vervoer:

- naar een zorgverlener of instelling, waar je zorg krijgt die Jaaah basis vergoedt (bij situatie 1 en 2: voor de behandeling zelf en de afspraken die daarbij horen, zoals consulten, onderzoeken en controles)
- naar een instelling waar je wordt opgenomen met een Wlz-indicatie
- vanaf een Wlz-instelling (zoals een verpleeghuis of een gehandicapteninstelling) naar een zorgverlener of instelling, als je daar onderzoek of behandeling krijgt die de Wlz vergoedt (ook: het aanmeten en passen van een prothese)

In die situaties vergoedt Jaaah basis bovendien:

- vervoer terug naar huis, of naar de plek waar je verzorgd kunt worden als je (nog) niet zelfstandig thuis kunt zijn
- vervoer van een begeleider als je jonger bent dan 16 jaar, of als dat noodzakelijk is en je 16 jaar of ouder bent

Wat je vergoed krijgt:

- auto: € 0,32 per km
- openbaar vervoer: volledig, op basis van 2e klasse
- (rolstoel)taxi: volledig, als je gebruik maakt van Transvision. Bij een ander taxibedrijf maximaal € 1,50 per kilometer dat je in de taxi zit

Logeren

Jaaah basis vergoedt logeren in plaats van vervoer als:

- Jaaah basis het vervoer zou vergoeden, en
- je 3 of meer dagen achter elkaar naar je zorgverlener moet

Jaaah basis vergoedt maximaal € 76,50 per betaalde overnachting in de buurt van je ziekenhuis of praktijk van je zorgverlener. Jaaah basis vergoedt ook je vervoer van je huis naar je logeerverblijf en terug. Of, als je thuis niet de nodige verzorging kunt krijgen, naar de plek waar je verzorgd wordt.

¹ Dat betekent: je hebt verpleging en verzorging nodig door complexe lichamelijke problemen of een lichamelijke handicap. Je hebt ook continu toezicht nodig, of er moet altijd verpleegkundige zorg dichtbij zijn

² Meer informatie lees je op www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/h/hardheidsclausule-bij-vervoer-zvw

Hier kun je terecht

- Transvision¹, als je kiest voor de taxi en je wilt dat je vervoerder de toestemming en declaratie voor je regelt
- auto, openbaar vervoer of (ander) taxibedrijf, maar dan moet je wel zelf de toestemming, betaling en declaratie bij Jaaah regelen

Wat niet vergoed wordt

- parkeerkosten en andere bijkomende kosten
- vervoer van een begeleider als je zelf niet meereist, bijvoorbeeld als jij bent opgenomen of blijft logeren en de begeleider alleen terugreist
- vervoer als je voor dagbesteding of dagbehandeling naar een Wlz-instelling gaat
- bij logeren: (extra) kosten voor overnachting(en) van een begeleider
- bij logeren: kosten voor maaltijden en andere extra kosten

Andere vergoedingen

- orgaantransplantatie, als je donor bent en een orgaan of weefsel afstaat aan iemand anders wordt vervoer in sommige gevallen ook vergoed
- gespecialiseerde ggz, als dagbesteding tijdens je opname onderdeel uitmaakt van je behandeling wordt het vervoer daar naartoe ook vergoed

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Ja, eigen bijdrage

Je betaalt voor deze zorg een wettelijke eigen bijdrage. Hoe hoog die is, ligt eraan of je kiest voor vervoer of logeren:

- voor vervoer: € 108 per kalenderjaar voor vervoer naar en van je zorgverlener, of bij logeren: voor het vervoer naar en van je logeeradres
- voor logeren zelf: geen wettelijke eigen bijdrage, maar alle kosten boven de maximale vergoeding per dag betaal je zelf

Je betaalt deze eigen bijdrage niet:

- als je tussen 2 instellingen vervoerd moet worden tijdens een opname, die Jaaah basis of de Wlz vergoedt
- als je in een Wlz-instelling opgenomen bent en naar een zorgverlener moet voor specialistisch onderzoek of specialistische behandeling, die Jaaah basis vergoedt
- als je met een Wlz-indicatie opgenomen bent en naar een zorgverlener moet voor een tandheelkundige behandeling, die de Wlz vergoedt

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Nee, geen voorschrift of verwijzing

Je arts moet wel een deel van het aanvraagformulier invullen.

Toestemming

Ja, toestemming

Je moet voor zittend ziekenvervoer en logeren altijd vooraf toestemming van ons hebben. Let op! Dat is ook zo voor vervoer over een grotere afstand dan 200 km, met een ander vervoersmiddel of met een (extra) begeleider.

Help me even: toestemming vragen²

¹ Transvision is van maandag t/m vrijdag van 8.30 tot 17.00 uur te bereiken op telefoonnummer 0900 333 33 30

² Kijk hiervoor op jaaah.nl

Regel het taxivervoer via Transvision

Wil je reizen per taxi? Kies voor gemak en schakel Transvision in. Zij regelen het taxivervoer en declareren de kosten bij ons. Je arts moet vooraf deel 1 van het aanvraagformulier zittend ziekenvervoer¹ invullen. Wij kunnen de ingevulde verklaring bij je opvragen. Transvision is van maandag t/m vrijdag van 8.30 tot 17.00 uur te bereiken op telefoonnummer 0900 333 33 30.

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals zorg die de gemeente voor je moet regelen.

We gaan voor autovervoer uit van de optimale route

Het aantal kilometers berekenen wij met de routeplanner Routenet².

Declareer met het declaratieformulier zittend ziekenvervoer

Wil je ziekenvervoerskosten declareren? Gebruik het declaratieformulier zittend ziekenvervoer¹. Op het formulier staat wat je moet meesturen.

¹ Je vindt dit formulier op jaaah.nl bij deze vergoeding

² Kijk hiervoor op www.routenet.nl

Zorg in het buitenland

Vergoedingen

Buitenland: spoedeisende zorg
Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg

Buitenland: spoedeisende zorg

Ben je in het buitenland en heb je onverwachts zorg nodig, bijvoorbeeld door een ongeval of plotselinge ziekte? Dat is spoedeisende zorg, dus zorg die je meteen moet krijgen en die niet kan wachten tot je weer terug bent in eigen land.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt spoedeisende zorg in het buitenland tot maximaal de wettelijke of marktconforme prijs in Nederland. Als bij de vergoedingen staat dat Jaaah basis die zorg vergoedt.

Of: je kiest voor vergoeding volgens plaatselijke regels

Woon je in een EU-, EER- of verdragsland¹ en krijg je de spoedeisende zorg in een ander EU-, EER- of verdragsland? Dan kun je ook kiezen voor vergoeding volgens de plaatselijke regels. Door gebruik te maken van je Europese zorgpas (EHIC¹) of een Verdragsformulier 111¹.

Wat niet vergoed wordt

- zorg die niet voldoet aan de voorwaarden van Jaaah basis

Andere vergoedingen

Voor zorg waarvan je al wist dat je die moet krijgen, en zorg die kan wachten tot je weer terug bent in eigen land, geldt de vergoeding Buitenland: niet-spoedeisende (voorzien) zorg.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Ja, in sommige gevallen

Als je in Nederland voor de zorg een eigen bijdrage zou moeten betalen, is dat ook zo als je de zorg in het buitenland krijgt. Of, als je kiest voor vergoeding volgens plaatselijke regels, als je volgens die regels een eigen bijdrage moet betalen.

Eigen risico

Ja, meestal

Als de zorg in Nederland onder je eigen risico valt, is dat ook zo als je die zorg in het buitenland krijgt.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Nee, geen voorschrift of verwijzing

Je kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Toestemming

Nee, geen toestemming

Je hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld dat rekeningen duidelijk moeten zijn, en in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. En welke wisselkoers wij gebruiken voor rekeningen in een andere muntsoort dan de euro.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Het moet gaan om de zorg die normaal gesproken wordt verleend. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Je kunt gebruik maken van onze alarmcentrale Zorgassistance

Krijg je in het buitenland problemen met je gezondheid? Onze alarmcentrale Zorgassistance¹ staat voor je klaar. En kan veel regelwerk uit handen nemen.

Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg

Als je zorg nodig hebt, kun je meestal ook naar het buitenland. Lees wel wat hieronder staat, want Jaaah basis vergoedt dat niet altijd, of niet alles.

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt niet-spoedeisende zorg in het buitenland tot onze maximale vergoedingen. Als bij de vergoedingen staat dat Jaaah basis die zorg vergoedt. De voorwaarden die daar staan, gelden ook als je voor de zorg naar het buitenland gaat.

Zorg in het buitenland is vaak duurder dan zorg in Nederland. De rest moet je dan zelf betalen.

Jaaah basis vergoedt de kosten boven onze maximale vergoedingen in 2 situaties. Namelijk als je zorg nodig hebt die Jaaah basis wel vergoedt maar:

- je kunt die in Nederland niet krijgen, of
- je moet daar gezien je medische situatie te lang op wachten

Je moet wel vooraf contact opnemen met onze ZorgConsulent². Doe je dat niet en hadden wij de zorg voor je kunnen regelen? Dan betaal je, als de zorg in het buitenland duurder was, het verschil zelf.

Woon je in een EU- of EER-land² of Zwitserland en ga je voor zorg naar een ander EU- of EER-land of Zwitserland? Dan is **vergoeding volgens de plaatselijke regels** mogelijk, als 1 van de situaties hierboven voor jou geldt. Je moet daarvoor wel een S2-formulier³ meenemen naar de zorgverlener. Dat formulier vraag je bij ons aan. Doe dat op tijd, voordat de behandeling begint. Wij hebben 5 werkdagen nodig om je aanvraag te beoordelen.

Wat niet vergoed wordt

- zorg die niet voldoet aan de voorwaarden van Jaaah basis

Waar kan ik terecht? Wat zijn de voorwaarden?

Voor zorg in het buitenland gelden dezelfde voorwaarden als voor zorg in Nederland, bijvoorbeeld of je een verwijzing nodig hebt, of toestemming vooraf. Kijk dus bij de vergoeding als je wilt weten welke voorwaarden gelden, en bij welke soort zorgverleners je terecht kunt.

Let op! Wij hebben geen contracten met zorgverleners in het buitenland

Kies je voor een zorgverlener in het buitenland? Dan vergoeden wij je zorg mogelijk niet helemaal. Ook voor de maximale vergoedingen kijk je bij de betreffende vergoeding. Ga je bijvoorbeeld naar een medisch specialist in het buitenland? Kijk dan bij de vergoeding Medisch specialist voor de maximale vergoedingen.

Andere vergoedingen

Voor zorg in het buitenland die je onverwacht nodig hebt, dus zorg die je meteen moet krijgen en die niet kan wachten tot je weer terug bent in eigen land, geldt de vergoeding Buitenland: spoedeisende zorg.

¹ +31 (0)88 668 97 77

² Kijk hiervoor op jaaah.nl

³ Kijk hiervoor op jaaah.nl bij deze vergoeding

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Ja, in sommige gevallen

Als je in Nederland voor de zorg een eigen bijdrage zou moeten betalen, is dat ook zo als je de zorg in het buitenland krijgt. Of, als je kiest voor vergoeding volgens plaatselijke regels, als je volgens die regels een eigen bijdrage moet betalen.

Eigen risico

Ja, meestal

Als de zorg in Nederland onder je eigen risico valt, is dat ook zo als je die zorg in het buitenland krijgt.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, bijna altijd

Als je voor de zorg of het geneesmiddel in Nederland een verwijzing of voorschrift nodig hebt, is dat ook zo als je voor die zorg naar het buitenland gaat, of het geneesmiddel in het buitenland haalt.

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

Als je voor de zorg in Nederland toestemming nodig hebt, is dat ook zo als je voor die zorg naar het buitenland gaat. Een S2-formulier moet je altijd vooraf aanvragen.

Help me even: toestemming vragen¹

Ook als er geen toestemming nodig is, raden we je aan om contact met ons op te nemen voordat je naar een medisch specialist in het buitenland gaat. Zo voorkom je vervelende (financiële) verrassingen achteraf.

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld dat rekeningen duidelijk moeten zijn, en in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. En welke wisselkoers wij gebruiken voor rekeningen in een andere muntsoort dan de euro.

Wij vergoeden alleen 'gebruikelijke zorg' die je nodig hebt

Het moet gaan om de zorg die normaal gesproken wordt verleend. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Werken of wonen in het buitenland moet je melden

Ga je in het buitenland werken of wonen, tijdelijk of vast? Dat kan gevolgen hebben voor je Jaaah basis. Daarom moet je dit aan ons melden. Wij laten je weten of je je verzekering kunt houden.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Bijzondere gevallen

Vergoeding in bijzondere gevallen

Vergoeding in bijzondere gevallen

Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt de zorg die in de vergoedingen staat.

In bijzondere gevallen vergoedt Jaaah basis ook andere zorg. Dit moet zorg zijn die normaal hetzelfde of een beter resultaat geeft dan de zorg die bij de vergoedingen staat. En het mag geen zorg zijn die nooit verzekerd is. Je moet ons altijd vooraf toestemming vragen.

De ZorgConsulent¹ kan je hier meer over vertellen.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Ja, in sommige gevallen

Als voor die zorg een eigen bijdrage geldt. Je vindt dat terug in de vergoedingen.

Eigen risico

Ja, meestal

Als het gaat om zorg die onder je eigen risico valt. Je vindt dat terug in de vergoedingen.

Wat je nodig hebt

Check even of je een verwijzing of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, in de meeste gevallen

Je moet een voorschrift of verwijzing hebben als dat staat in de vergoeding voor de zorg die je wilt.

Toestemming

Ja, toestemming

Voor deze zorg moet je vooraf toestemming van ons hebben. Om je aanvraag te kunnen beoordelen, hebben wij een schriftelijke toelichting van je zorgverlener nodig. Vraag de toestemming aan voordat je met de behandeling begint.

Laatste puntjes...

De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen in die belangrijk zijn voor je zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat je nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die je niet nakomt (no show).

Wacht eerst onze beslissing af

Wij geven in principe geen toestemming als je de zorg al (voor een deel) hebt gekregen.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

**Basisregels
hulpmiddelen Jaaah**

Basisregels hulpmiddelen Jaaah

Deze basisregels zijn onderverdeeld in 3 onderwerpen.

1. Ik heb een hulpmiddel nodig
2. Ik krijg een hulpmiddel voor het eerst
3. Ik gebruik een hulpmiddel

Daarbij staat het belangrijkste in **vette** letters. Zo vind je snel wat je zoekt.

Ik heb een hulpmiddel nodig

1. Heb je een hulpmiddel nodig? Dan bepalen wij of wij dat hulpmiddel vergoeden aan de hand van:
 - de algemene regels¹
 - de basisregels hulpmiddelen die je nu leest
 - de vergoeding Hulpmiddelen¹
 - de vergoeding van het hulpmiddel waar het om gaatDeze 4 soorten regels zijn dus altijd van toepassing.
2. **Een hulpmiddel moet geschikt zijn voor het doel waarvoor je het gaat gebruiken:** het moet adequaat zijn. Dit is een aanvulling op algemene regel 24¹. Daarin staat, in het kort, dat wij zorg vergoeden waarop je in redelijkheid bent aangewezen en die als effectief en veilig wordt beschouwd. Daarin staat ook dat de zorg niet onnodig duur mag zijn.

Je hebt recht op een standaard hulpmiddel (confectie), als dit voor jou adequaat is. Soms is dat niet zo. Dan krijg je een op maat gemaakt hulpmiddel. Je leverancier of zorgverlener moet ons dan laten weten waarom een standaard hulpmiddel voor jou niet werkt.

Is jouw hulpmiddel niet meer adequaat? Dan kun je bij ons herstel, aanpassing of vervanging vragen. Dat werkt hetzelfde als toestemming¹ vragen.

3. **Vaak moet je ons vooraf toestemming vragen** voor een hulpmiddel. In de vergoeding van het hulpmiddel staat of dit ook voor jouw hulpmiddel geldt. Vraag de toestemming¹ aan voordat je het hulpmiddel koopt.
4. In alle vergoedingen van hulpmiddelen staat een beschrijving van het hulpmiddel of het soort hulpmiddelen dat onder de vergoeding valt. Vallen er meer hulpmiddelen onder de beschrijving? Dan staan die allemaal bij 'Details per hulpmiddel'. **Heb je een ander hulpmiddel nodig, dat daar niet staat, maar wel binnen de beschrijving past? Dan heb je vooraf toestemming van ons nodig.**

Ik krijg een hulpmiddel voor het eerst

1. **Krijg je een hulpmiddel voor het eerst? Dan is het gebruiksklaar.** Je krijgt een gebruiksaanwijzing als het hulpmiddel die heeft. Gebruikt een hulpmiddel batterijen of een oplader? Dan krijg je die er de eerste keer bij.
2. **Je krijgt een hulpmiddel in bruikleen, of je koopt het zelf.** Bruikleen betekent dat wij of de leverancier eigenaar blijven, en dat je het hulpmiddel kunt gebruiken zolang je het nodig hebt. Als je het hulpmiddel zelf koopt, word jij de eigenaar. In de vergoeding van het hulpmiddel staat of je jouw hulpmiddel zelf koopt of in bruikleen krijgt.
3. **Krijg je een hulpmiddel in bruikleen? Dan betalen wij de kosten van aanschaf** (door de leverancier of door ons), **onderhoud en reparatie**. De leverancier bezorgt het bruikleenhulpmiddel bij je thuis.

Ook vergoeden wij de verbruiksartikelen die bij het hulpmiddel horen. Verbruiksartikelen zijn nodig bij het gebruik van je hulpmiddel. Je gebruikt steeds een nieuwe en gooit ze na gebruik weg. Batterijen zijn geen verbruiksartikelen.
4. **Voor een bruikleenhulpmiddel betaal je geen eigen risico. Maar wel voor de verbruiksartikelen** die bij het hulpmiddel horen. Koop je een hulpmiddel zelf, dan betaal je altijd eigen risico.
5. **Je kunt een bruikleenhulpmiddel ook zelf kopen. Je moet ons dan wel vooraf toestemming vragen.** Er kunnen namelijk extra voorwaarden gelden. Geef op je aanvraag aan dat je het hulpmiddel zelf wilt kopen. Wij vergoeden de marktconforme prijs van het meest eenvoudige hulpmiddel. In algemene regel 26 lees je meer over de marktconforme prijs. **Als je een bruikleenartikel zelf koopt, krijg je het in eigendom. Je betaalt dan eigen risico.**

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

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

7. **Heb je een bruikleenhulpmiddel niet meer nodig? Dan moet je het teruggeven aan de leverancier.**

Ik gebruik een hulpmiddel

8. **Kosten van normaal gebruik van een hulpmiddel vergoeden wij niet.** Bijvoorbeeld batterijen, of de stroom die een hulpmiddel gebruikt. Er zijn uitzonderingen. Dan vergoeden wij de kosten van normaal gebruik wel. Voor welke hulpmiddelen dat geldt, staat in de vergoeding van jouw hulpmiddel.

9. **Wil je jouw hulpmiddel vervangen of aanpassen?** Dan vergoeden wij dat alleen als je oude hulpmiddel niet meer goed werkt. Heb je vooraf toestemming van ons nodig voor een hulpmiddel? Dan geldt dat ook als je het hulpmiddel vervangt.

Bij de beoordeling houden wij rekening met de minimale gebruikstermijn. Binnen die periode hoeft je het hulpmiddel normaal gesproken niet te vervangen. Moet je het hulpmiddel vervangen binnen de minimale gebruikstermijn? Dan moet je altijd toestemming vragen. Of een minimale gebruikstermijn geldt en hoe lang die is, staat in de vergoeding van jouw hulpmiddel.

10. **Je moet een hulpmiddel zorgvuldig gebruiken en onderhouden.** Doe je dat niet, en moet het hulpmiddel vervangen of gerepareerd worden omdat je er roekeloos mee om bent gegaan? Dan vergoeden wij de reparatie of vervanging van jouw hulpmiddel niet. Dat geldt ook voor opnieuw installeren van hardware of software als deze is vastgelopen omdat je er roekeloos mee om bent gegaan.

Vergoedingen
Hulpmiddelen 2021

Inhoudsopgave

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Pruik	129
Prothesen	130
Borstprothesen	132
Hulpmiddelen bij problemen met ademen	134
CPAP-apparaat	136
MRA	137
Zuurstofapparatuur	139
Hulpmiddelen bij problemen met bewegen	140
Orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen	143
Kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen)	145
Orthesen	147
Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie	149
Hulpmiddelen bij problemen met zien	150
Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders	153
Hulpmiddelen bij problemen met horen	155
Allergeenvrije schoenen en hielbeschermers	157
Verbandmiddelen	159
Verbandschoenen	161
Hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting	163
Incontinentiemateriaal	165
Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed	166
Injectiespuiten en injectiepenen om zelf geneesmiddelen toe te dienen	168
Hulpmiddelen bij vaatproblemen	170
Steunkousen	171
Hulpmiddelen bij diabetes	173
Infuuspomp voor geneesmiddelen	175
Kappen voor schedelbescherming	177
Hulpmiddelen voor voeding	178
Hulpmiddelen bij problemen met spreken	179
Persoonsalmering	181
Hulpmiddelen bij pijnbestrijding (TENS)	182
Hulpmiddelen bij trombose	184
Woningaanpassing en overige kosten bij thuisdialyse	185
Daisyspelers	186
Hulphonden	188

Pruik

Als je door een medische aandoening of behandeling (tijdelijk) geen haar hebt.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor de pruik. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Dit krijg je vergoed

Een pruik vervangt je haar en is gemaakt van echt of synthetisch haar.

Jaaah basis vergoedt een pruik als je helemaal of voor een deel kaal wordt of bent door een medische behandeling of een aandoening.

De minimale gebruikstermijn van een pruik is 1 jaar.

Hier kun je terecht

- leverancier van pruiken

Wat niet vergoed wordt

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

Leverancier zonder contract

Misschien kies je liever een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke leveranciers we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Ja, in sommige gevallen

Als de pruik meer kost dan € 452, betaal je het bedrag daarboven zelf.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of oncologieverpleegkundige.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je de pruik koopt, moet je toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen¹

Laatste puntjes...

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de pruik in artikel 2.6, onderdeel a en in artikel 2.8 als uitwendig hulpmiddel voor volledige ondersteuning of vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan. Hieronder vallen ook de borstprothese en prothesen.

Prothesen

Als je een hulpmiddel nodig hebt dat een deel van je lichaam vervangt of bedekt.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor prothesen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Dit krijg je vergoed

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

Jaaah basis vergoedt prothesen voor het vervangen van:

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

Als je bij de prothese een liner of stompkous nodig hebt, vergoeden wij deze. Heeft de prothese batterijen of een oplader nodig? Dan vergoeden wij deze ook.

Jaaah basis vergoedt ook prothesen voor het vervangen of bedekken van:

- oogbol, inclusief scleraschalen² en -lenzen zonder visuscorrectie
- gezicht, inclusief neus en oren

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die hieronder vallen.

Hier kun je terecht

- leverancier van prothesen

Andere vergoedingen

Stemprothesen die in het ziekenhuis geplaatst worden, vallen onder de vergoeding Medisch specialist.

Scleralenzen met visuscorrectie vallen onder de vergoeding Hulpmiddelen bij problemen met zien.

Gebitsprothesen vallen onder de vergoeding Gebitsprothese ('kunstgebit') vanaf 18 jaar of Tandheelkundige zorg tot 18 jaar.

Leverancier zonder contract

Misschien kies je liever een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

² Een scleraschaal is een prothese die de oogbol voor een deel bedekt. Een scleralens lijkt op een contactlens, met een gekleurde iris

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke leveranciers we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, in sommige gevallen

Krijg je het hulpmiddel in eigendom, dan geldt het eigen risico. Bij 'Details per hulpmiddel' staat bij welke hulpmiddelen dat zo is. Bij bruikleen geldt geen eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener je het voorschrift krijgt.

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

Bij 'Details per hulpmiddel' staat of toestemming nodig is. Vraag de toestemming vooraf.

Help me even: toestemming vragen¹

Details per hulpmiddel

Prothesen voor armen en handen, schouders, heupen en bekken

Kunstmatig lichaamsdeel dat de werking van je armen en handen, schouders, heupen of bekken helemaal of voor een deel overneemt.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- je hebt vooraf toestemming van ons nodig
- je krijgt dit hulpmiddel in bruikleen
- de minimale gebruikstermijn is 3 jaar

Prothesen voor benen en voeten

Kunstmatig lichaamsdeel dat de werking van je benen en/of voeten helemaal of voor een deel overneemt.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- je hebt vooraf toestemming van ons nodig
- je krijgt dit hulpmiddel in bruikleen. Maar niet als je jonger bent dan 18 jaar, dan krijg je het in eigendom.
- de minimale gebruikstermijn is 3 jaar. Ben je jonger dan 18 jaar, dan is die 2 jaar

Bekrachtigde arm- en beenprothesen

Elektrisch bekrachtigde prothese die de werking van je arm, hand of been overneemt.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- je hebt vooraf toestemming van ons nodig
- je krijgt dit hulpmiddel in bruikleen
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

Stompkousen

Stompkousen passen over de amputatiestomp. Ze beschermen je huid tegen het drukken en schuiven van de prothese.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts
- je hebt geen toestemming van ons nodig
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- je krijgt maximaal 6 stompkousen per jaar

Liner

Een liner werkt als tussenlaag tussen je huid en de binnenkant van de koker.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- je hebt vooraf toestemming van ons nodig
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- de minimale gebruikstermijn is 1 jaar

Stemprothesen

Hulpmiddel waarmee je weer kunt praten, als je strottenhoofd weggehaald is.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- je hebt geen toestemming van ons nodig
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Oogprothesen, scleraschalen en scleralenzen zonder visuscorrectie

Hulpmiddelen die de oogbol vervangen of het voorste deel van de oogbol bedekken.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je oogarts
- je hebt geen toestemming van ons nodig
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- de minimale gebruikstermijn van scleralenzen is 1 jaar

Gezichtsprothesen (inclusief neus en oren)

Hulpmiddelen die je gezicht, neus of oren voor een deel vervangen of bedekken.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- je hebt geen toestemming van ons nodig
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

Laatste puntjes...

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft prothesen in artikel 2.6, onderdeel a en in artikel 2.8 als uitwendige hulpmiddelen voor volledige ondersteuning of vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan. Hieronder vallen ook de pruik en de borstprothese.

Borstprothesen

Als je door een ziekte, aandoening of behandeling geen borst (meer) hebt.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor borstprothesen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Dit krijg je vergoed

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

Jaaah basis vergoedt een uitwendige borstprothese als je borstklier helemaal of bijna helemaal ontbreekt. Bijvoorbeeld omdat deze is weggehaald bij een operatie.

De minimale gebruikstermijn van een borstprothese is 1 jaar.

Hier kun je terecht

- leverancier van borstprothesen

Wat niet vergoed wordt

- bh's, plakpleisters en hechtstrips

Andere vergoedingen

Voor borstimplantaten die de chirurg plaatst, geldt de vergoeding Medisch specialist.

Leverancier zonder contract

Misschien kies je liever een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke leveranciers we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of gespecialiseerd verpleegkundige.

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

Als je de borstprothese wilt vervangen binnen de gebruikstermijn van 1 jaar. Vraag toestemming voordat je de borstprothese koopt.

Help me even: toestemming vragen¹

Laatste puntjes...

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de borstprothese in artikel 2.6, onderdeel a en in artikel 2.8 als uitwendig hulpmiddel voor volledige ondersteuning of vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan. Hieronder vallen ook de pruik en prothesen.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Hulpmiddelen bij problemen met ademen

Als je hulp nodig hebt om goed te ademen.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij problemen met ademen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Dit krijg je vergoed

Verschillende hulpmiddelen kunnen helpen als je niet goed kunt ademen. Bijvoorbeeld voorzetkamers om medicijnen in te ademen. Of apparatuur die je luchtwegen vrijhoudt door slijm weg te zuigen. Jaaah basis vergoedt uitwendige hulpmiddelen die problemen met ademen helemaal of voor een deel verhelpen.

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die hieronder vallen.

Jaaah basis vergoedt ook de stoffen die je met deze hulpmiddelen krijgt toegediend. Met stoffen bedoelen wij zuurstof of andere stoffen met een certificaat volgens de Wet op de medische hulpmiddelen. Deze moeten bedoeld zijn om te helpen met ademen.

Hier kun je terecht

- leverancier van hulpmiddelen bij problemen met ademen

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met ademen:

- zuurstofapparatuur
- CPAP-apparaat
- MRA

Chronische ondersteuning van de ademhaling valt onder de vergoeding Mechanische beademing.

Leverancier zonder contract

Misschien kies je liever een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke leveranciers we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, in sommige gevallen

Krijg je het hulpmiddel in eigendom, dan geldt het eigen risico. Bij 'Details per hulpmiddel' staat bij welke hulpmiddelen dat zo is. Bij bruikleen geldt geen eigen risico.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener je het voorschrift krijgt.

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

Bij 'Details per hulpmiddel' staat of toestemming nodig is. Vraag de toestemming vooraf.

Help me even: toestemming vragen¹

Details per hulpmiddel

Voorzetkamers en wat daarbij hoort

Hulpmiddel om medicijnen in te ademen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of longverpleegkundige
- je hebt geen toestemming van ons nodig
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Vernevelaars en wat daarbij hoort

Hulpmiddel dat een medicijn omzet in kleine druppeltjes (nevel), zodat je het kunt inademen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of longverpleegkundige
- je hebt vooraf toestemming van ons nodig
- je krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

Apparatuur voor positieve uitademingsdruk

Hulpmiddel dat helpt bij het ophoesten van slijm.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je longarts of kinderarts
- je hebt geen toestemming van ons nodig
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Slijmuitzuigapparatuur

Hulpmiddel voor het verwijderen van slijm uit de mond of keel.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- je hebt geen toestemming van ons nodig
- je krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

Tracheaanule met stomabeschermer

Buisje dat de luchtpijp verbindt met de buitenlucht. Door de stomabeschermer droogt de luchtpijp minder snel uit.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- je hebt geen toestemming van ons nodig
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Longvibrator

Hulpmiddel om slijm in de longen los te maken.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts
- je hebt geen toestemming van ons nodig
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Slaaoppositietrainer

Hulpmiddel als je lichte slaapapneu hebt en op je rug slaapt. Het apparaat geeft een trilling, waardoor je traint om op je zij te liggen.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van de longarts, KNO-arts of neuroloog
- je hebt vooraf toestemming van ons nodig
- je krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

Laatste puntjes...

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft hulpmiddelen bij problemen met ademen in artikel 2.6, onderdeel b en in artikel 2.9 als uitwendig hulpmiddel voor het geheel of gedeeltelijk opheffen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel. Hieronder vallen ook CPAP-apparaten, het MRA en zuurstofapparatuur.

CPAP-apparaat

Als je hulp nodig hebt met ademen tijdens je slaap.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor CPAP-apparaten. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Dit krijg je vergoed

CPAP staat voor Continuous Positive Airway Pressure. Een CPAP-apparaat wordt gebruikt om slaapapneu te behandelen. Als je slaapapneu¹ hebt, stopt de ademhaling tijdens je slaap vaak en voor meer dan 10 seconden. Bijvoorbeeld omdat je tong de luchtpijp blokkeert of je hersenen te weinig prikkels geven om adem te halen. Een CPAP-apparaat blaast lucht onder druk in je luchtpijp. Dat gebeurt via een masker. Het apparaat houdt je luchtwegen bij het slapen vrij of geeft een prikkel om adem te halen, zodat je door blijft ademen.

Jaaah basis vergoedt een CPAP-apparaat als je matige tot ernstige slaapapneu hebt. En een proefperiode met positief resultaat hebt gehad.

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

Hier kun je terecht

- leverancier van CPAP-apparaten

Wat niet vergoed wordt

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

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met ademen:

- hulpmiddelen bij problemen met ademen
- zuurstofapparatuur
- MRA

Leverancier zonder contract

Misschien kies je liever een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen² staat wat we vergoeden.

¹ Slaapapneu heet officieel Obstructief Slaap Apneu Syndroom (OSAS)

² Kijk hiervoor op jaaah.nl

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke leveranciers we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Nee, geen eigen risico

Je krijgt het CPAP-apparaat in bruikleen dus geldt het eigen risico niet. Koop je deze zelf? Dan geldt het eigen risico wel.

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet voorschrift hebben van de longarts, KNO-arts of neuroloog.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je het CPAP-apparaat krijgt, moet je toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen¹

Laatste puntjes...

Je hebt elk jaar recht op onderhoud van je CPAP-apparaat

Elk jaar heb je recht op onderhoud van je CPAP-apparaat. De leverancier controleert je apparaat en vervangt de slang en het masker. Ga je naar een gecontracteerde leverancier? Dan regelt die dit voor je. Heb je een leverancier die geen contract met ons heeft? Dan moet je dit zelf met de leverancier regelen.

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de CPAP-apparaten in artikel 2.6, onderdeel b en in artikel 2.9 als uitwendig hulpmiddel voor het geheel of gedeeltelijk opheffen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen bij problemen met ademen, het MRA en zuurstofapparatuur.

MRA

Als je problemen hebt met ademen tijdens je slaap.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor het MRA. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Dit krijg je vergoed

MRA staat voor Mandibulair Repositie Apparaat. Een MRA wordt gebruikt om slaapapneu te behandelen. Als je slaapapneu² hebt, stopt de ademhaling tijdens je slaap vaak en voor meer dan 10 seconden. Bijvoorbeeld omdat je tong of huig je luchtpijp blokkeert. Een MRA schuift je onderkaak naar voren. Zo blijven je luchtwegen tijdens het slapen vrij.

Jaaah basis vergoedt een MRA als je lichte tot matige slaapapneu hebt of als een CPAP-apparaat bij jou niet werkt.

De minimale gebruikstermijn van een MRA is 5 jaar.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

² Slaapapneu heet officieel Obstructief Slaap Apneu Syndroom (OSAS)

Hier kun je terecht

- leverancier van een MRA
- NVTs-erkende tandarts
- kaakchirurg
- orthodontist

Wat niet vergoed wordt

- hulpmiddelen die alleen bedoeld zijn om snurken te verminderen

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met ademen:

- hulpmiddelen bij problemen met ademen
- zuurstofapparatuur
- CPAP-apparaat

Leverancier zonder contract

Misschien kies je liever een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke leveranciers we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben van de longarts of KNO-arts.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je het MRA koopt, moet je toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen¹

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Laatste puntjes...

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft het MRA in artikel 2.6, onderdeel b en in artikel 2.9 als uitwendig hulpmiddel voor het geheel of gedeeltelijk opheffen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen bij problemen met ademen, CPAP-apparaten en zuurstofapparatuur.

Zuurstofapparatuur

Als je hulp nodig hebt om genoeg zuurstof op te nemen.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor zuurstofapparatuur. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Dit krijg je vergoed

Zuurstofapparatuur gebruik je als je zuurstof moet krijgen. Jaaah basis vergoedt zuurstofapparatuur als die problemen met ademen helemaal of voor een deel verhelpt. Er zijn verschillende apparaten voor zuurstof:

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

Je kunt niet zelf kiezen welke zuurstofapparatuur je krijgt. Dat bepalen je behandelend arts en leverancier aan de hand van wat je nodig hebt.

Jaaah basis vergoedt ook stoffen die je met zuurstofapparatuur krijgt toegediend. Met stoffen bedoelen we zuurstof en andere stoffen met een certificaat volgens de Wet op de medische hulpmiddelen. Die moeten wel bedoeld zijn om beter te kunnen ademen.

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

Ga je naar het buitenland? Je kunt niet altijd genoeg zuurstof meenemen. Of je mag het niet meenemen, bijvoorbeeld omdat je gaat vliegen. Dan vergoeden wij ook zuurstof die je in het buitenland krijgt. Maar maximaal tot wat je ook in Nederland vergoed zou krijgen, volgens de vergoeding Buitenland: niet-spoedeisende (voorzien) zorg. Zuurstof in het buitenland regel je via je leverancier.

Hier kun je terecht

- leverancier van zuurstofapparatuur

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met ademen:

- hulpmiddelen bij problemen met ademen
- CPAP-apparaat
- MRA

Chronische ondersteuning van de ademhaling valt onder de vergoeding Mechanische beademing.

Leverancier zonder contract

Misschien kies je liever een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke leveranciers we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, in sommige gevallen

Je krijgt zuurstofapparatuur in bruikleen, daarom geldt geen eigen risico. Voor de vergoeding voor stroom van € 0,06 per uur geldt wel het eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je de zuurstofapparatuur krijgt, moet je toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen¹

Laatste puntjes...

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft zuurstofapparatuur in artikel 2.6, onderdeel b en in artikel 2.9 als uitwendig hulpmiddel voor het geheel of gedeeltelijk opheffen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen bij problemen met ademen, het MRA en CPAP-apparaten.

Hulpmiddelen bij problemen met bewegen

Als je niet goed kunt bewegen.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij problemen met bewegen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Dit krijg je vergoed

Heb je een ernstige aandoening waardoor je beperkingen hebt met je houding en beweging (motorische handicap)? En is het noodzakelijk deze aandoening te corrigeren? Bijvoorbeeld afwijkingen van je wervelkolom of voeten, verlamming of letsel aan je botten of pezen. Vaak helpt een orthese dan.

Helpt een orthese niet of niet genoeg, en ben je door je aandoening nog beperkt bij 1 van de volgende activiteiten?

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

Dan vergoedt Jaaah basis ook hulpmiddelen om dit te corrigeren of te verbeteren.

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die hieronder vallen.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Hier kun je terecht

- leverancier van hulpmiddelen bij problemen met bewegen

Wat niet vergoed wordt

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

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met bewegen:

- orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen
- orthesen
- daisyspelers
- hulphonden (ADL-honden)
- kortdurende uitleen van hulpmiddelen die je tijdelijk krijgt
- hulpmiddelen voor verpleging en verzorging op bed

Leverancier zonder contract

Misschien kies je liever een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke leveranciers we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Nee, geen eigen risico

Je krijgt deze hulpmiddelen in bruikleen dus geldt het eigen risico niet. Koop je deze zelf? Dan geldt het eigen risico wel.

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener je het voorschrift krijgt.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je het hulpmiddel krijgt, moet je toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen¹

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Details per hulpmiddel

Robotarm en dynamische arondersteuning

Hulpmiddelen bij onvoldoende arm-, hand- en vingerfunctie.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift met toelichting hebben van de medisch specialist

Robotmanipulator

Hulpmiddel dat je helpt bij je dagelijkse activiteiten.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van de revalidatiearts en een schriftelijk advies van de ergotherapeut
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

Eetapparaat

Mechanisch hulpmiddel dat je helpt met eten.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts

Trippelstoel

Makkelijk te verrijden en wendbare stoel op wieltjes om je eenvoudig zittend te verplaatsen. Daarmee heb je je handen vrij om wat te doen of iets mee te nemen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts en een schriftelijk advies van de ergotherapeut

Loopwagen of loopfiets

Hulpmiddel om je te verplaatsen als je geen langere afstanden (meer) kunt lopen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts en een schriftelijk advies van de ergotherapeut

Aangepaste tafel of stoel

Een tafel die in hoogte verstelbaar is voor rolstoelgebruikers. Een aangepaste stoel gebruik je als je niet meer goed kunt zitten.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts en een schriftelijk advies van de ergotherapeut
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

Apparatuur voor omgevingsbediening

Hulpmiddelen die je helpen om bijvoorbeeld de telefoon, lampen, deuren of gordijnen te bedienen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts

Aangepaste apparatuur om de computer te bedienen

Hulpmiddelen die je helpen om je computer te gebruiken, zoals hoofdbediening en oogbediening.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts

Bladomslagapparaat

Hulpmiddel om bladzijden van boeken en tijdschriften om te slaan.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts

Aangepaste telefoon via omgevingsbesturing

Telefoon die je via de omgevingsbesturing kunt gebruiken.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts

Telefoonhoornhouder

Hulpmiddel als je zelf de telefoon(hoorn) niet vast kunt houden.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts
- let op! Als de houder € 250 of minder kost, geldt eigen risico wél, omdat je dit hulpmiddel dan in eigendom krijgt

Telefoonnummerkiezer

Hulpmiddel dat je helpt om telefoonnummers te kiezen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts

Stabeugel, dynamische zit- of ligorthese

Hulpmiddel om je houding te corrigeren of comfortabel te krijgen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van de medisch specialist en bij vervanging van je behandelend arts

Anti-decubitus zitkussen

Een zitkussen om doorligwonden (decubitus) te voorkomen of te behandelen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts

Laatste puntjes...

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft hulpmiddelen bij problemen met bewegen in artikel 2.6, onderdeel e en in artikel 2.12 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem. Hieronder vallen ook orthopedische schoenen, en kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen), orthesen, daisyspelers en de hulphond (ADL-hond) als deze bedoeld zijn voor problemen met bewegen.

Orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen

Als je met gewone schoenen niet meer goed kunt lopen.

De vergoeding voor orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen is een onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Dit krijg je vergoed

Orthopedische schoenen zijn speciaal op maat gemaakte schoenen. Semi-orthopedische schoenen zijn bestaande, speciale schoenen die zo worden aangepast dat het je voetklachten oplost. Je krijgt (semi-) orthopedische schoenen als je geen gewone schoenen (confectie) kunt dragen. Soms zijn orthopedische schoenen niet nodig, maar is een aanpassing aan gewone schoenen (confectie) voldoende. Of orthopedische binnenschoenen.

Heb je een ernstige aandoening waardoor je beperkingen hebt met houding en beweging (motorische handicap)? En heb je orthopedische schoenen of andere schoenvoorzieningen altijd nodig om dit te corrigeren? Dan vergoedt Jaaah basis die schoenen of voorzieningen.

Hier kun je terecht

- leverancier van (semi-)orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen

Wat niet vergoed wordt

- gewone schoenen (confectie)
- orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen voor tijdelijk gebruik
- orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen die je alleen bij het sporten gebruikt

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met bewegen:

- hulpmiddelen bij problemen met bewegen
- orthesen
- daisyspelers
- hulphonden (ADL-honden)
- kortdurende uitleen, voor hulpmiddelen die je tijdelijk krijgt
- hulpmiddelen voor verpleging en verzorging op bed

Leverancier zonder contract

Misschien kies je liever een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke leveranciers we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Ja, in sommige gevallen

Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen dit geldt.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener je het voorschrift krijgt.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je de schoenen koopt of laat aanpassen, moet je toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen¹

Details per hulpmiddel

(Semi-)orthopedische schoenen

Aangepaste schoenen als je door problemen met bewegen geen gewone schoenen (confectie) kunt dragen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- je betaalt een eigen bijdrage van € 125 per paar. Ben je jonger dan 16 jaar, dan is dit € 62,50 per paar
- de minimale gebruikstermijn is 18 maanden. Ben je jonger dan 16 jaar dan is deze 6 maanden

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Wisselpaar (semi-)orthopedische schoenen

Reservepaar (semi-)orthopedische schoenen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts
- je betaalt een eigen bijdrage van € 125 per paar. Ben je jonger dan 16 jaar, dan is dit € 62,50 per paar
- de minimale gebruikstermijn is 18 maanden. Ben je jonger dan 16 jaar dan is deze 6 maanden
- je kunt een wisselpaar aanvragen als je je 1e paar (semi-)orthopedische schoenen 3 maanden hebt

Orthopedische binnenschoenen

Orthopedische voorziening die je in een gewone schoen (confectie) draagt.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van de medisch specialist

Orthopedische voorziening aan confectieschoenen

Orthopedische aanpassing aan je gewone schoenen (confectie).

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- je mag maximaal 2 paar schoenen of 2 stuks per 18 maanden laten aanpassen

Laatste puntjes...

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft orthopedische schoenen in artikel 2.6, onderdeel e en in artikel 2.12 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem. Hieronder vallen ook hulpmiddelen bij beperkingen met bewegen, en kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen), orthesen, daisyspelers en de hulphond (ADL-hond) als deze bedoeld zijn voor problemen met bewegen.

Kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen)

Als je niet goed kunt bewegen en tijdelijk een hulpmiddel daarvoor nodig hebt.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen). Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Dit krijg je vergoed

Heb je een ernstige aandoening waardoor je beperkingen hebt met houding en beweging (motorische handicap)? En ben je door die aandoening beperkt bij wassen en naar het toilet gaan, het maken van transfers of je verplaatsen? Dan vergoedt Jaaah basis ook hulpmiddelen om dit te corrigeren of verbeteren als je ze tijdelijk nodig hebt. We noemen dit ook wel kortdurende uitleen. Als kortdurend zien wij een periode van maximaal 26 weken. Als het voor je persoonlijke situatie nodig is, kunnen we deze termijn iets verlengen.

Als je je niet goed kunt verplaatsen, vergoedt de basisverzekering niet alle hulpmiddelen, maar wel rolstoelen, drempelhulpen en transferhulpmiddelen.

Heb je het hulpmiddel altijd of langer nodig? Dan kun je dit aanvragen bij je gemeente.

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die hieronder vallen.

Hier kun je terecht

- leverancier van hulpmiddelen voor kortdurende uitleen

Wat niet vergoed wordt

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

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met bewegen:

- hulpmiddelen bij problemen met bewegen
- orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen
- orthesen
- daisyspelers en hulphonden (ADL-honden)
- hulpmiddelen voor verpleging en verzorging op bed

Leverancier zonder contract

Misschien kies je liever een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke leveranciers we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Nee, geen eigen risico

Je krijgt deze hulpmiddelen in bruikleen dus geldt het eigen risico niet. Koop je deze zelf? Dan geldt het eigen risico wel.

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener je het voorschrift krijgt.

Toestemming

Nee, geen toestemming

Je hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen. Als je een voorschrift hebt, kun je direct naar een leverancier om het hulpmiddel te halen.

Details per hulpmiddel

Rolstoel

Hulpmiddel waarmee je je kunt verplaatsen als je tijdelijk slecht of niet kunt lopen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Gipssteun

Hulpmiddel dat aan je rolstoel gemonteerd kan worden om je gipsbeen te ondersteunen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts

Drempelhelp

Hulpmiddel om hoge drempels of andere obstakels veilig over te komen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts

Transferplank, draaischijf en tillift

Hulpmiddelen die je helpen om je te verplaatsen, bijvoorbeeld van rolstoel naar bed of auto.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of wijkverpleegkundige

Luchtring

Hulpmiddel dat zorgt voor verlichting van pijn bij het zitten.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts

Losse toiletverhoger, losse toiletstoel, losse douchestoel en badplank

Hulpmiddelen die je helpen om het toilet te gebruiken en om te douchen en in bad te gaan.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of wijkverpleegkundige

Laatste puntjes...

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen) in artikel 2.6, onderdeel e en in artikel 2.12 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem. Hieronder vallen ook orthopedische schoenen, orthesen, daisyspelers en de hulphond (ADL-hond) als deze bedoeld zijn voor problemen met bewegen.

Orthesen

Als je lichaam ondersteuning nodig heeft.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor orthesen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Dit krijg je vergoed

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

Heb je een ernstige aandoening waardoor je beperkingen hebt in houding en beweging (motorische handicap)? Dat kan bijvoorbeeld een afwijking van de wervelkolom zijn, verlamming, of letsel aan botten of pezen. En heb je een orthese nodig om dit te corrigeren? Dan vergoedt Jaaah basis deze als je de orthese altijd nodig hebt.

De minimale gebruikstermijn van een orthese is 2 jaar.

Hier kun je terecht

- leverancier van orthesen

Wat niet vergoed wordt

- eenvoudige orthesen, zoals steunzolen
- orthesen voor tijdelijk gebruik
- orthesen die je alleen bij het sporten gebruikt

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij problemen met bewegen:

- hulpmiddelen bij problemen met bewegen
- orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen
- daisyspelers
- hulphonden (ADL-honden)
- kortdurende uitleen, voor hulpmiddelen die je tijdelijk krijgt
- hulpmiddelen voor verpleging en verzorging op bed

Leverancier zonder contract

Misschien kies je liever een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke leveranciers we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben van de medisch specialist. Bij vervanging kan dit ook van je behandelend arts zijn.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je de orthese koopt, moet je toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen¹

Laatste puntjes...

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de orthese in artikel 2.6, onderdeel e en in artikel 2.12 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen bij beperkingen met bewegen, en kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen), (semi-) orthopedische schoenen, daisyspelers en de hulphond (ADL-hond) als deze bedoeld zijn voor problemen met bewegen.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie

Als je zonder hulpmiddel niet goed kunt zien, door een ongeluk, ziekte of aandoening.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor brillenglazen en lenzen bij medische indicatie. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Dit krijg je vergoed

Soms heb je een bril of lenzen nodig door een ongeluk, ziekte of aandoening. We noemen dat een medische indicatie. Dan vergoeden wij brillen of lenzen soms.

Jaaah basis vergoedt **lenzen** als 1 van deze situaties voor jou geldt:

- correctie van je ogen is nodig door een medische aandoening of trauma, en lenzen helpen beter dan brillenglazen voor een scherp zicht of zicht van goede kwaliteit
- je bent jonger dan 18 jaar en je hebt pathologische myopie (vorm van bijziendheid), met een sterkte van ten minste -6

Jaaah basis vergoedt **brillenglazen** of **filterglazen als je jonger bent dan 18 jaar** én 1 van deze situaties voor jou geldt:

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

Hier kun je terecht

- leverancier van brillenglazen of filterglazen en lenzen

Wat niet vergoed wordt

- brilmonturen

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met zien:

- hulpmiddelen bij problemen met zien
- daisyspelers
- hulphonden (blindengeleidehonden)

Leverancier zonder contract

Misschien kies je liever een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke leveranciers we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Ja, eigen bijdrage

Je betaalt een eigen bijdrage voor brillenglazen of filterglazen van € 59 per glas, tot maximaal € 118 per kalenderjaar. Voor lenzen is dat € 59 per lens, als je deze langer dan 1 jaar kunt gebruiken. En € 59 per lens per kalenderjaar als je deze korter dan 1 jaar kunt gebruiken, tot maximaal € 118 per kalenderjaar.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben van de oogarts.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je de bril of lenzen koopt, moet je toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen¹

Laatste puntjes...

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft brillenglazen of filterglazen en lenzen bij medische indicatie in artikel 2.6, onderdeel f en in artikel 2.13 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen bij problemen met zien, hulphonden en daisyspelers.

Hulpmiddelen bij problemen met zien

Als je zonder hulp niet goed kunt zien.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij problemen met zien. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Dit krijg je vergoed

Allerlei hulpmiddelen kunnen je helpen als je niet goed kunt zien. Jaaah basis vergoedt:

- hulpmiddelen die beperkingen helemaal of voor een deel verhelpen bij lezen, schrijven of het gebruik van apparaten voor elektronische communicatie of informatievoorziening
- hulpmiddelen die beperkingen helemaal of voor een deel verhelpen bij oriëntatie of om obstakels heenlopen

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die hieronder vallen.

Hier kun je terecht

- leverancier van hulpmiddelen bij problemen met zien

Wat niet vergoed wordt

- eenvoudige hulpmiddelen voor lezen en schrijven, zoals een simpele handloep of leesliniaal

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij problemen met zien:

- brillenglazen en lenzen bij medische indicatie
- daisyspelers
- hulphonden (blindengeleidehond)

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Leverancier zonder contract

Misschien kies je liever een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke leveranciers we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, in sommige gevallen

Krijg je het hulpmiddel in eigendom, dan geldt het eigen risico. Bij 'Details per hulpmiddel' staat bij welke hulpmiddelen dat zo is. Bij bruikleen geldt geen eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener je het voorschrift krijgt.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je het hulpmiddel koopt of krijgt, moet je toestemming van ons hebben.
Help me even: toestemming vragen¹

Details per hulpmiddel

Bijzondere optische hulpmiddelen, zoals, telescoop(bril), (digitale) handloep, loeplamp en lichtloep

Hulpmiddelen als een standaard bril of lenzen niet meer voldoende helpen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of van een voorschrijver werkzaam bij regionaal instituut voor blinden en slechtzienden
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Ptosisbril of kappenbril

Hulpmiddel dat je oogleden omhoog houdt of ze afsluit tegen wind, zon, stof, pollen en licht.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van de oogarts
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Beeldschermloep

Hulpmiddel dat documenten vergroot zodat je deze weer kunt lezen en bekijken.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- je krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Tactiel-leesapparatuur en wat daarbij hoort

Brailleleesregel waardoor je een schrijfmachine of beeldscherm kunt gebruiken.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- je krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

Grootletterssoftware voor computer

Software die geschreven tekst vergroot.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts
- je krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

Invoer- en uitvoerapparatuur voor bediening van computers

Hulpmiddel om je computer te bedienen, zoals een speciaal vergroot toetsenbord.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Spraaksoftware voor mobiele telefoon

Software die menukeuzes, namen van bellers en teksten omzet in spraak.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts
- je krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

Memorecorder

Hulpmiddel dat gesproken tekst opneemt.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Voorleesapparatuur voor geschreven tekst

Hulpmiddel dat geschreven tekst scant en omzet in spraak.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Voorleesapparatuur voor tv-ondertiteling

Hulpmiddel dat tv-ondertiteling omzet in spraak.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Blindentaststok

Hulpmiddel bij oriëntatie op de weg en om obstakels heen te lopen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts
- je hebt geen toestemming van ons nodig
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- de minimale gebruiksstermijn is 3 jaar

Laatste puntjes...

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft hulpmiddelen bij problemen met zien in artikel 2.6, onderdeel f en in artikel 2.13 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie. Hieronder vallen ook brillenglazen en lenzen bij medische indicatie, hulphonden en daisyspelers.

Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders

Als je zelf niet meer goed kunt horen.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor hoortoestellen en tinnitusmaskeerders. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Dit krijg je vergoed

Bij hoorhulpmiddelen denk je al snel aan hoortoestellen. Of aan tinnitusmaskeerders als je tinnitus hebt. Jaaah basis vergoedt hoortoestellen en tinnitusmaskeerders als je ernstig gehoorverlies hebt, of ernstig oorsuizen. Dat wil zeggen een verlies van 35 dB (decibel) of meer. Of je dit hebt, stelt de audicien vast door je gehoorverlies bij 1.000, 2.000 en 4.000 Hz (hertz) te meten en daar het gemiddelde van te nemen.

Heb je recht op een hoortoestel, maar gebruik je liever een eenvoudige luisterhulp? Dan vergoedt Jaaah basis deze luisterhulp.

Voldoe je niet aan de voorwaarde van gehoorverlies of ernstig oorsuizen? In bijzondere situaties vergoeden wij hoortoestellen, tinnitusmaskeerders en eenvoudige luisterhulpen toch. We noemen dat dan een bijzondere persoonlijke zorgvraag.

Hier kun je terecht

- audicien

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij hoorproblemen:

- hulpmiddelen bij problemen met horen
- hulphonden (signaalhonden)

Voor andere audiologische zorg, bijvoorbeeld onderzoek naar je gehoor, geldt de vergoeding Audiologische zorg.

Hoorhulpmiddelen die (deels) bij je geïmplantéerd worden, vallen onder de vergoeding Medisch specialist.

Leverancier zonder contract

Misschien kies je liever een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke leveranciers we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Ja, in sommige gevallen

Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen dat geldt.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, bijna altijd

Bij 'Details per hulpmiddel' staat wanneer je een voorschrift moet hebben en van welke zorgverlener je het krijgt.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je het hulpmiddel koopt, moet je toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen¹

Details per hulpmiddel

Hoortoestellen

Hulpmiddel waarmee je beter kunt horen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van de KNO-arts of een audiologisch centrum. Bij ouderdomsdoofheid² kun je zonder voorschrift direct naar de audicien
- als je 18 jaar of ouder bent, betaal je de wettelijke eigen bijdrage van 25% van de aanschafkosten zelf. Het gaat om de aanschafkosten van het hoortoestel waar je recht op hebt volgens het hoorprotocol. Wil je een hoortoestel uit een hogere categorie? Dan vergoeden wij maximaal 75% van de kosten van het hoortoestel uit de categorie waar je recht op hebt. Het meerdere betaal je zelf
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

Oorstukjes

Dit zijn de onderdelen van het hoortoestel die je in je oor draagt.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van de KNO-arts of een audiologisch centrum. Bij ouderdomsdoofheid² kun je zonder voorschrift direct naar de audicien.
- als je 18 jaar of ouder bent, betaal je 25% van de aanschafkosten zelf. Dat is de wettelijke eigen bijdrage
- de minimale gebruikstermijn is 24 maanden. Ben je jonger dan 16 jaar, dan is de deze 6 maanden

Tinnitusmaskeerder

Hulpmiddel dat een ruisgeluid maakt, zodat je minder last hebt van oorsuizen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van de KNO-arts of een audiologisch centrum
- als je 18 jaar of ouder bent, betaal je de wettelijke eigen bijdrage van 25% van de aanschafkosten zelf. Het gaat om de aanschafkosten van de tinnitusmaskeerder waar je recht op hebt volgens het hoorprotocol. Wil je een tinnitusmaskeerder uit een hogere categorie? Dan vergoeden wij maximaal 75% van de kosten van de tinnitusmaskeerder uit de categorie waar je recht op hebt. Het meerdere betaal je zelf
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

Eenvoudige luisterhulpmiddelen

Eenvoudig hulpmiddel om goed een gesprek te kunnen voeren. Bijvoorbeeld als je nog geen hoortoestel kunt of wilt dragen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van de KNO-arts of een audiologisch centrum

Laatste puntjes...

Je audicien moet aan 2 protocollen voldoen

Wij vergoeden hoorhulpmiddelen alleen als je audicien werkt volgens het actuele *Hoorprotocol en indicatieformat* en het *Keuzeprotocol Zorgverzekeraars Nederland*. Je audicien kan je daar meer over vertellen. Je kunt de protocollen ook vinden op onze website.

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de hoortoestellen en tinnitusmaskeerders in artikel 2.6, onderdeel c en in artikel 2.10 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie. Hieronder vallen ook hulpmiddelen bij problemen met horen en hulphonden (signaalhonden).

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

² Als je 67 of ouder bent en slecht hoort

Hulpmiddelen bij problemen met horen

Als je niet meer goed kunt horen.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij problemen met horen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels. We noemen deze hulpmiddelen hierna hoorhulpmiddelen.

Dit krijg je vergoed

Hoorhulpmiddelen helpen bijvoorbeeld bij het gebruik van je mobiele telefoon, of tv kijken. Of ze waarschuwen je als er een alarm in huis afgaat.

Heb je ernstig gehoorverlies, of ernstig oorsuizen en gebruik je een hoortoestel, tinnitusmaskeerder of eenvoudige luisterhulp? Maar kun je daarmee nog niet goed horen, of apparatuur voor communicatie nog niet goed gebruiken? Dan vergoedt Jaaah basis hulpmiddelen die dit verbeteren, zoals FM-apparatuur, een ringleiding of waarschuwingssystemen. Bij 'Details per hulpmiddel' staat welke hulpmiddelen dat zijn. Wij vergoeden deze hulpmiddelen ook in plaats van een hoortoestel, tinnitusmaskeerder of eenvoudige luisterhulp.

Ernstig gehoorverlies wil zeggen een verlies van 35 dB (decibel) of meer. Of dit zo is, stelt de audicien vast door je gehoorverlies bij 1.000, 2.000 en 4.000 Hz (hertz) te meten en daar het gemiddelde van te nemen.

Voldoe je niet aan deze voorwaarde? In bijzondere situaties vergoedt Jaaah basis toch hulpmiddelen waarmee je beter kunt horen. We noemen dat dan een bijzondere persoonlijke zorgvraag.

Ben je slechthorend en heb je een hulpmiddel nodig op je werk of in het onderwijs? Dan vergoeden wij sommige hulpmiddelen om je werkplek aan te passen. De apparatuur moet aan deze 3 eisen voldoen:

1. de apparatuur is een aanvulling op het hoortoestel of trilmechanisme dat je al hebt en is voor jou persoonlijk bedoeld
2. de apparatuur is draadloos verbonden met je hoortoestel of trilmechanisme
3. de apparatuur is nodig om je werk te kunnen doen of onderwijs te kunnen volgen

Hier kun je terecht

- audicien
- leverancier van hoorhulpmiddelen

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij hoorproblemen:

- hoortoestellen en tinnitusmaskeerders
- hulphonden (signaalhonden)

Voor andere audiologische zorg, bijvoorbeeld onderzoek naar je gehoor, geldt de vergoeding Audiologische zorg.

Hoorhulpmiddelen die (deels) bij je geïmplantéerd worden, vallen onder de vergoeding Medisch specialist.

Leverancier zonder contract

Misschien kies je liever een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke leveranciers we een contract hebben.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, in sommige gevallen

Krijg je het hulpmiddel in eigendom, dan geldt het eigen risico. Bij 'Details per hulpmiddel' staat bij welke hulpmiddelen dat zo is. Bij bruikleen geldt geen eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, bijna altijd

Bij 'Details per hulpmiddel' staat wanneer je een voorschrift moet hebben en van welke zorgverlener je het krijgt.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je het hulpmiddel koopt, moet je toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen¹

Details per hulpmiddel

Ringleiding, FM-apparatuur of infraroodapparatuur

Hulpmiddel dat het geluid van apparatuur draadloos overbrengt op je hoortoestel.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je hebt geen voorschrift nodig
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

Teksttelefoon en beeldtelefoon

Hulpmiddel dat geluid omzet in tekst en beeld.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van de KNO-arts of een audiologisch centrum
- je krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

Wek- en waarschuwingsapparatuur

Hulpmiddel dat het geluid van bijvoorbeeld de deurbel, telefoon of rookmelder omzet in licht- en trilsignalen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van de KNO-arts of een audiologisch centrum
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Soloapparatuur en wat daarbij hoort

Hulpmiddel dat het geluid van de spreker doorzet naar je hoortoestel.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van de KNO-arts of een audiologisch centrum
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Laatste puntjes...

Je audicien of leverancier moet aan 2 protocollen voldoen

Wij vergoeden hoorhulpmiddelen alleen als je audicien of andere leverancier werkt volgens het *Hoorprotocol en indicatiefORMAT* en het *Keuzeprotocol Zorgverzekeraars Nederland*. Je audicien of leverancier kan je daar meer over vertellen. Je kunt de protocollen ook vinden op onze website.

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de hoorhulpmiddelen in artikel 2.6, onderdeel c en in artikel 2.10 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie. Hieronder vallen ook hoortoestellen en tinnitusmaskeerders en hulphonden (signaalhonden).

Allergeenvrije schoenen en hielbeschermers

Als je huidproblemen hebt aan je voeten.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor allergenvrije schoenen en hielbeschermers. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Dit krijg je vergoed

Soms heb je huidproblemen en heeft je huid ondersteuning nodig. Deze vergoeding gaat over op maat gemaakte allergenvrije schoenen en hielbeschermers tegen doorliggen.

Jaaah basis vergoedt deze hulpmiddelen bij 1 van deze aandoeningen:

- complexe wond, of een hoog risico daarop
- chronische huidaandoening
- ernstige littekens als je daardoor een aantoonbare lichamelijke stoornis hebt of verminkt bent

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

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

Jaaah basis vergoedt op maat gemaakte allergenvrije schoenen als je in redelijkheid niet kunt volstaan met gewone allergenvrije schoenen (confectie).

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die hieronder vallen.

Hier kun je terecht

- leverancier van allergenvrije schoenen en hielbeschermers

Wat niet vergoed wordt

- gewone allergenvrije schoenen (confectie)
- zelfzorgmiddelen

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij huidproblemen:

- verbandmiddelen
- verbandschoenen
- hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed

Leverancier zonder contract

Misschien kies je liever een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke leveranciers we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Ja, in sommige gevallen

Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen dat geldt.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener je het voorschrift krijgt.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je de schoenen of hielbeschermers koopt, moet je toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen¹

Details per hulpmiddel

Op maat gemaakte allergeenvrije schoenen

Speciaal voor jou gemaakte schoenen als je allergisch bent voor bepaalde stoffen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van de dermatoloog
- je betaalt een eigen bijdrage van € 125 per paar. Ben je jonger dan 16 jaar, dan is je eigen bijdrage € 62,50 per paar
- de minimale gebruikstermijn is 18 maanden. Ben je jonger dan 16 jaar, dan is de deze 6 maanden

Wisselpaar allergeenvrije schoenen

Reserve paar allergeenvrije schoenen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van de dermatoloog
- je betaalt een eigen bijdrage van € 125 per paar. Ben je jonger dan 16 jaar, dan is je eigen bijdrage € 62,50 per paar
- de minimale gebruikstermijn is 18 maanden. Ben je jonger dan 16 jaar, dan is de deze 6 maanden

Hielbeschermers tegen doorliggen

Hulpmiddel voor de behandeling of preventie van doorligwonden (decubitus).

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of wondverpleegkundige

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Laatste puntjes...

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft hulpmiddelen bij huidproblemen in artikel 2.6, onderdeel k en in artikel 2.18 als hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid. Hieronder vallen ook verbandmiddelen en verbandschoenen.

Verbandmiddelen

Als je huid door huidproblemen verbonden moet worden.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor verbandmiddelen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Dit krijg je vergoed

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

Jaaah basis vergoedt verbandmiddelen bij :

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

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

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

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die hieronder vallen.

Hier kun je terecht

- leverancier van verbandmiddelen

Wat niet vergoed wordt

- verbandmiddelen voor kort gebruik
- verbandmiddelen die vergelijkbaar zijn met zelfzorgmiddelen of middelen die alleen worden gebruikt bij een behandeling in het ziekenhuis. Welke middelen dat zijn, staat in de lijst verbandmiddelen¹

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij huidproblemen:

- allergeenvrije schoenen en hielbeschermers
- verbandschoenen
- hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed

Leverancier zonder contract

Misschien kies je liever een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen² staat wat we vergoeden.

¹ Je vindt deze lijst op jaaah.nl bij deze vergoeding

² Kijk hiervoor op jaaah.nl

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke leveranciers we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener je het voorschrift krijgt.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je de verbandmiddelen koopt, moet je toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen¹

Details per hulpmiddel

Bandagelenzen (zonder correctie)

Een lens zonder sterkte om je oog te beschermen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je oogarts

Verbandmiddelen

Hulpmiddel om bijvoorbeeld een wond te bedekken.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts, verpleegkundig specialist of wondverpleegkundige

Laatste puntjes...

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft verbandmiddelen in artikel 2.6, onderdeel k en in artikel 2.18 als hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen bij huidproblemen en verbandschoenen.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Verbandschoenen

Als je voeten verbonden zijn en je geen gewone schoenen kunt dragen.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor verbandschoenen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Dit krijg je vergoed

Verbandschoenen draag je als je geen gewone schoenen aan kunt omdat je voeten verbonden zijn. Ze zorgen dat je snel weer in beweging kunt komen.

Jaaah basis vergoedt verbandschoenen alleen als 1 van deze situaties voor jou geldt:

- je hebt huid-, gevoel- of vaatproblemen aan je voet
- je bent aan het herstellen omdat je voet voor een deel is geamputeerd
- door een wond of operatie is je voet beschadigd

Hierdoor moeten je voeten worden verbonden, en kun je geen gewone schoenen aan.

Jaaah basis vergoedt alleen standaard verbandschoenen (confectie). Die zijn er in zoveel soorten en maten dat op maat gemaakte verbandschoenen niet nodig zijn.

Hier kun je terecht

- leverancier van verbandschoenen

Wat niet vergoed wordt

- inlegzolen

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij huidproblemen:

- allergeenvrije schoenen en hielbeschermers
- verbandmiddelen
- hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed

Leverancier zonder contract

Misschien kies je liever een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke leveranciers we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of gespecialiseerd verpleegkundige.

Toestemming

Nee, geen toestemming

Je hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Laatste puntjes...

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft verbandschoenen in artikel 2.6, onderdeel k en in artikel 2.18 als hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen bij huidproblemen en verbandmiddelen.

Hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting

Zonder zorgen dag en nacht doorkomen.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Dit krijg je vergoed

Heb je door een ziekte, aandoening of behandeling minder of geen controle meer bij het ophouden van urine of ontlasting? Of kun je daardoor urine of ontlasting niet op normale wijze kwijt? Dan vergoedt Jaaah basis hulpmiddelen die daarbij helpen. Bijvoorbeeld katheters, opvangzakken, spoelapparatuur en stomavoorzieningen.

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die hieronder vallen.

Heb je een stoma? Dan vergoeden wij ook hulpmiddelen om je huid te beschermen. En de materialen die bij 'Details per hulpmiddel' staan, als die bij je stoma nodig zijn.

In bijzondere situaties vergoedt Jaaah basis ook beschermende onderleggers. We noemen dat dan een bijzondere persoonlijke zorgvraag. Een bijzondere situatie is er als het verlies van bloed, (ontstekings)vocht, urine of ontlasting zulke grote hygiëneproblemen voor je geeft, dat alleen een onderlegger een oplossing biedt.

Hier kun je terecht

- leverancier van hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting

Wat niet vergoed wordt

- schoonmaakmiddelen en geurmiddelen
- middelen die je huid beschermen als je geen stoma hebt
- kleding, behalve netbroekjes
- incontinentiematras

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting:

- incontinentiemateriaal (absorberend en wasbaar materiaal)
- geneesmiddelen, die je huid beschermen als je een stoma hebt

Leverancier zonder contract

Misschien kies je liever een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke leveranciers we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener je het voorschrift krijgt.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je het hulpmiddel koopt, moet je toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen¹

Details per hulpmiddel

Urine-opvangzakken

Hulpmiddel om urine op te vangen als je een verblijfskatheter gebruikt.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of gespecialiseerd stoma- of continëntieverpleegkundige

Katheters

Een dun, hol en soepel slangetje waarmee urine uit de blaas wordt afgevoerd.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of gespecialiseerd stoma- of continëntieverpleegkundige

Spoelapparatuur (ontlasting)

Hulpmiddel dat je helpt om de darmen met (lauw) water te spoelen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of gespecialiseerd stoma- of continëntieverpleegkundige

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Stomamateriaal

Hulpmiddelen voor de verzorging van een stoma.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of gespecialiseerd stomaverpleegkundige
- je hebt recht op een maximale hoeveelheid materiaal. Die zie je hieronder

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

Beschermende onderleggers

Onderleggers die je matras en (rol)stoel beschermen tegen bloed, (ontstekings)vocht, urine en ontlasting.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift met motivatie hebben van je behandelend arts of gespecialiseerd stoma- of continëntieverpleegkundige

Laatste puntjes...

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting in artikel 2.6, onderdeel d en in artikel 2.11 als uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie. Hieronder valt ook incontinentiemateriaal.

Incontinentiemateriaal

Zonder zorgen dag en nacht doorkomen.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor incontinentiemateriaal. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Dit krijg je vergoed

Onder incontinentiemateriaal verstaan wij absorberend en wasbaar materiaal voor problemen met urine of ontlasting. Sommige materialen gooi je weg na gebruik, andere kun je uitwassen.

Jaaah basis vergoedt incontinentiemateriaal als je door een ziekte, aandoening minder of geen controle hebt bij het ophouden van urine of ontlasting (incontinentie) en aan de volgende voorwaarde voldoet:

- bij kinderen van 3 of 4 jaar: door de ziekte of aandoening is niet te verwachten dat het kind zindelijk wordt
- bij kinderen van 5 jaar of ouder en volwassenen: door de ziekte of aandoening is sprake van langdurige incontinentie

Er is sprake van langdurige incontinentie als:

- de problemen met het ophouden van ontlasting langer dan 2 weken duren, of de problemen met het ophouden van urine langer dan 2 maanden, en
- het is duidelijk dat de ziekte of aandoening die de problemen met het ophouden van urine of ontlasting veroorzaakt niet vanzelf geneest of dat bekkenbodemspieroefeningen of blaastraining niet zal helpen

Heb je ondersteuning met incontinentiemateriaal nodig tijdens therapie met bekkenbodemspieroefeningen of blaastraining? Dan vergoeden wij deze materialen zolang de therapie duurt.

Wil je de therapie niet volgen terwijl dit voor jou wel zou kunnen helpen? Dan vergoeden wij het incontinentiemateriaal niet.

De continetieverpleegkundige bepaalt welk materiaal en hoeveel je nodig hebt, tijdens de intake bij je leverancier. Jaaah basis vergoedt die hoeveelheid.

Hier kun je terecht

- leverancier van incontinentiemateriaal

Wat niet vergoed wordt

- schoonmaakmiddelen en geurmiddelen
- kleding, behalve netbroekjes
- incontinentiemateriaal bij tijdelijke incontinentie, bijvoorbeeld na een operatie of zwangerschap, of nachtelijk bedplassen

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij incontinentie:

- hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting. Daar staat ook de vergoeding voor beschermende onderleggers voor matrassen en (rol)stoelen

Leverancier zonder contract

Misschien kies je liever een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke leveranciers we een contract hebben.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts, physician assistant, verpleegkundig specialist, Urologie Continentie Stoma verpleegkundige of continetieverpleegkundige.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je het hulpmiddel koopt, moet je toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen¹

Laatste puntjes...

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft incontinentiemateriaal in artikel 2.6d en in artikel 2.11 als uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie. Hieronder vallen ook hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting.

Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed

Als bij verpleging en verzorging bij jou thuis hulpmiddelen nodig zijn.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Dit krijg je vergoed

Soms zijn hulpmiddelen nodig om op verantwoorde manier verpleging en verzorging op bed te krijgen. Of om op verantwoorde wijze zelfstandig te blijven. Het kan gaan om een aangepast bed, of extra hulp om in of uit bed te komen.

Jaaah basis vergoedt aangepaste bedden en daarvoor bedoelde matrassen als je aan deze 3 voorwaarden voldoet:

- je hebt verpleging en verzorging op bed nodig, en je hebt daar een indicatie voor
- het gaat om hulp bij ADL-verrichtingen² op bed, of een combinatie hiervan met verpleging en verzorging
- je hebt deze hulp en verpleging en verzorging meerdere keren per dag nodig

Krijg je verpleging en verzorging op bed, en heb je daarvoor andere hulpmiddelen nodig? Die vergoedt Jaaah basis ook, maar alleen als deze hieronder staan bij 'Details per hulpmiddel'.

Onderleggers om je matras te beschermen vergoeden wij alleen als deze de enige manier zijn om problemen met hygiëne door bloed of, wondvocht, op te lossen.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

² Algemene handelingen die dagelijks nodig zijn, zoals aankleden, uitkleden en wassen

Heb je geen indicatie voor verpleging en verzorging op bed? Maar heb je die hulpmiddelen wel nodig om voor jezelf te kunnen blijven zorgen? Ook dan vergoedt Jaaah basis deze hulpmiddelen.

Hier kun je terecht

- leverancier van deze hulpmiddelen

Andere vergoedingen

Voor hulpmiddelen die je tijdelijk nodig hebt omdat je problemen hebt met bewegen, geldt de vergoeding Kortdurende uitleen. Dit zijn bijvoorbeeld hulpmiddelen omdat je je tijdelijk niet kunt wassen, of omdat je tijdelijk niet in of uit bed kunt komen.

Leverancier zonder contract

Misschien kies je liever een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke leveranciers we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, in sommige gevallen

Alleen voor bedbeschermdende onderleggers. Want die krijg je in eigendom. De andere hulpmiddelen krijg je in bruikleen. Daarvoor geldt geen eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of wijkverpleegkundige. Voor bedden, matrassen en overtrekken voor de behandeling of preventie van doorligwonden (decubitus) mag dit ook de wondverpleegkundige zijn.

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

Bij 'Details per hulpmiddel' staat of toestemming nodig is. Vraag vooraf de toestemming. Help me even: toestemming vragen¹

Details per hulpmiddel

Bedden in speciale uitvoering (inclusief matras)

Een bijzonder bed als je met een gewoon bed niet verpleegd en verzorgd kunt worden of zelfredzaam kunt blijven.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je hebt vooraf toestemming van ons nodig

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Bedden, matrassen en overtrekken voor de behandeling of preventie van doorligwonden (decubitus)

Hulpmiddelen die de druk verlagen als je langdurig moet liggen waardoor je comfortabeler ligt.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je hebt vooraf toestemming van ons nodig

Dekenbogen, bedhekken, bedrugsteunen, bedgalgen, papegaaien en portalen

Extra hulpmiddelen voor aan je bed.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je hebt geen toestemming van ons nodig

Infuusstandaard

Standaard die je gebruikt om je infuus aan op te hangen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je hebt geen toestemming van ons nodig

Bedtafels

Tafel als je in bed wilt eten, computeren, schrijven of lezen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je hebt geen toestemming van ons nodig

Glij- en rollakens

Hulpmiddel om je te helpen omdraaien in bed.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je hebt geen toestemming van ons nodig

Bedverkorters, -verlengers en -verhogers

Hulpmiddelen om het bed aan te passen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je hebt geen toestemming van ons nodig

Ondersteek

Hulpmiddel als je niet uit bed kunt of mag om naar de wc te gaan.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je hebt geen toestemming van ons nodig

Bedbeschermende onderleggers

Onderleggers die je matras beschermen tegen bloed of wond.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je hebt geen toestemming van ons nodig

Laatste puntjes...

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed in artikel 2.6, onderdeel j en in artikel 2.17 als hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed.

Injectiespuiten en injectiepenen om zelf geneesmiddelen toe te dienen

Als je voor lange tijd injectiespuiten of injectiepenen moet gebruiken.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor injectiespuiten en injectiepenen om zelf geneesmiddelen toe te dienen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Dit krijg je vergoed

Met injectiespuiten en -pennen kun je geneesmiddelen direct in het lichaam toedienen.

Jaaah basis vergoedt injectiespuiten en injectiepen en wat daarbij hoort, als je een aandoening hebt waardoor je voor lange tijd injecties nodig hebt. Dit moet een andere aandoening zijn dan diabetes.

Kun je geen 'normale' injectiespuit of injectiepen gebruiken omdat je een ernstige motorische handicap hebt of omdat je slecht ziet? Dan vergoedt Jaaah basis in plaats daarvan aangepaste spuiten of pennen.

Hier kun je terecht

- leverancier van injectiespuiten en injectiepen

Andere vergoedingen

Heb je diabetes? Voor injectiespuiten en injectiepen om insuline toe te dienen geldt de vergoeding Hulpmiddelen bij diabetes.

Gebruik je injectiespuiten of injectiepen om geneesmiddelen toe te dienen die bij je ziekenhuisbehandeling horen? Dan geldt de vergoeding Medisch specialist.

Leverancier zonder contract

Misschien kies je liever een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke leveranciers we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je het hulpmiddel koopt, moet je toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen¹

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Laatste puntjes...

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de injectiespuiten en injectiepenen in artikel 2.6, onderdeel I en in artikel 2.19 alleen als injectiespuiten. Hieronder vallen dus ook injectiepenen.

Hulpmiddelen bij vaatproblemen

Als je aders en lymfevaten niet meer goed werken.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij vaatproblemen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Dit krijg je vergoed

Je slagaders en aders zorgen voor transport van het bloed door je lichaam. En lymfevaten voor transport van lymfevocht van organen naar lymfeklieren. Maar soms doen ze hun werk niet goed en heb je een hulpmiddel nodig. Jaaah basis vergoedt deze hulpmiddelen als je aan deze 2 voorwaarden voldoet:

1. je aders of lymfevaten zorgen niet meer goed voor het transport van bloed of lymfevocht
2. je hebt lange tijd een hulpmiddel nodig om dit te compenseren

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die hieronder vallen.

Hier kun je terecht

- leverancier van hulpmiddelen bij vaatproblemen

Andere vergoedingen

Steunkousen staan apart.

Leverancier zonder contract

Misschien kies je liever een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke leveranciers we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, in sommige gevallen

Krijg je het hulpmiddel in eigendom, dan geldt het eigen risico. Bij 'Details per hulpmiddel' staat bij welke hulpmiddelen dat zo is. Bij bruikleen geldt geen eigen risico.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener je het voorschrift krijgt.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat het hulpmiddel koopt of krijgt, moet je toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen¹

Details per hulpmiddel

Ortho-mate

Elektrisch hulpmiddel dat je helpt om je elastische kousen zelfstandig uit te trekken.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Compressie-apparaat

Hulpmiddel voor de behandeling van lymfe-oedeem.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts en een rapportage met behandelplan van de fysiotherapeut
- je krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

Laatste puntjes...

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de hulpmiddelen bij vaatproblemen in artikel 2.6, onderdeel m als uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe. Hieronder vallen ook steunkousen.

Steunkousen

Als de aders en lymfevaten in je benen of armen niet meer goed werken.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor steunkousen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Dit krijg je vergoed

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

Jaaah basis vergoedt alleen steunkousen van drukklasse 2 of hoger. We noemen ze dan ook wel 'therapeutische elastische kousen'. Je moet aan 2 voorwaarden voldoen:

1. de aders of lymfevaten in je benen of armen zorgen niet meer uit zichzelf voor transport van bloed of lymfevocht
2. je hebt langdurig steunkousen in drukklasse 2, 3 of 4 nodig om dit te verhelpen

Je hebt recht op 2 paar kousen of 2 stuks per jaar.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Als je steunkousen zelf niet aan en uit kunt doen, dan vergoedt Jaaah basis ook een eenvoudige aantrek- en uittrekhelp. De minimale gebruikstermijn van een aantrek- en uittrekhelp is 2 jaar.

Hier kun je terecht

- leverancier van steunkousen en aantrek- en uittrekhelpen

Wat niet vergoed wordt

- steunkousen na het weghalen van spataderen

Andere vergoedingen

Heb je hulp nodig van een verzorger of verpleegkundige bij het aan- en uitdoen van steunkousen omdat je dat zelf niet kunt met een aantrek- en uittrekhelp? Die hulp valt onder de vergoeding Verpleging en verzorging.

Krijg je steunkousen vanwege een operatie of andere ziekenhuisbehandeling? Dan geldt de vergoeding Medisch specialist.

Leverancier zonder contract

Misschien kies je liever een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke leveranciers we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts. Voor de aantrek- en uittrekhelp mag dit ook van je fysiotherapeut of ergotherapeut zijn.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je de steunkousen koopt, moet je toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen¹

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Laatste puntjes...

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft steunkousen en aantrek- en uittrekulpen in artikel 2.6, onderdeel m als uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen bij vaatproblemen.

Hulpmiddelen bij diabetes

Als je lichaam de bloedsuikerspiegel niet zelf kan regelen.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij diabetes. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Dit krijg je vergoed

Bij diabetes kan het lichaam zelf de bloedsuiker niet goed regelen. Je maakt dan geen insuline aan, of te weinig. Of je reageert niet meer goed op de insuline die je aanmaakt.

Hulpmiddelen waarmee je bloedsuiker kunt meten en insuline toedient, kunnen daarbij helpen. Meestal meet je bloedsuiker via een zogenaamde vingerprik. Als het moeilijker is om je bloedsuikerwaarden goed te regelen, of als je bloedsuikerwaarde heel vaak op een dag moet bepalen, dan werkt die methode minder goed. Dan kan het nodig zijn om je bloedsuiker continu, 24 uur per dag, te meten via een sensor onder de huid. Op een apparaatje kun je de bloedsuikerwaarde direct aflezen. Dat noemen we realtime continue glucose monitoring. Of je kunt met een apparaatje of smartphone af en toe de waarde 'scannen'. Dat heet flash glucose monitoring.

Jaaah basis vergoedt hulpmiddelen bij diabetes als een van deze situaties voor jou geldt:

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

Heb je recht op hulpmiddelen bij diabetes? Maar kun je door een beperking geen standaard hulpmiddelen bij diabetes gebruiken? Dan vergoedt Jaaah basis hulpmiddelen bij diabetes die aan je beperking zijn aangepast.

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die hieronder vallen.

Hier kun je terecht

- leverancier van hulpmiddelen bij diabetes

Wat niet vergoed wordt

- nieuwe batterijen of oplaadapparatuur

Andere vergoedingen

Insuline die je toedient met deze hulpmiddelen valt onder de vergoeding Geneesmiddelen.

Leverancier zonder contract

Misschien kies je liever een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke leveranciers we een contract hebben.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener je het voorschrift krijgt.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je het hulpmiddel koopt, moet je toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen¹

Details per hulpmiddel

Bloedafname-apparaat

Prikpen om een druppel bloed te krijgen om je bloedsuiker te meten.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of diabetesverpleegkundige
- de minimale gebruikstermijn is 2 jaar

Lancetten voor bloedafname

Hulpmiddel voor je prikpen waarmee je in je vingertop prikt voor een druppel bloed om je bloedsuiker te meten.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of diabetesverpleegkundige
- wij vergoeden een maximale hoeveelheid lancetten²

Bloedglucosemeter

Hulpmiddel voor het meten van je bloedsuiker.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of diabetesverpleegkundige
- de minimale gebruikstermijn is 3 jaar

Real Time Continue Glucose Monitor (rt-CGM) en wat daarbij hoort

Hulpmiddel voor het continue meten van je bloedsuiker via een sensor onder de huid.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- de minimale gebruikstermijn bepalen wij op basis van de gebruikshandleiding van de fabrikant en zetten wij in de toestemming

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

² Als je diabetes hebt vergoeden wij maximaal:

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

Ben je moeilijk instelbaar of jonger dan 18 jaar? Dan kunnen wij toestemming geven voor meer dan 400 teststrips/lancetten per 3 maanden

Flash Glucose Monitor (FGM) en wat daarbij hoort

Hulpmiddel voor het regelmatig meten van je bloedsuiker via een sensor onder de huid op de bovenarm.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts
- de minimale gebruikstermijn is 3 jaar

Teststrips

Stripje om de druppel bloed op te vangen en in de bloedglucosemeter te doen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of diabetesverpleegkundige
- wij vergoeden een maximale hoeveelheid teststrips¹

Ketonenteststrips en wat daarbij hoort

Strips voor het meten van ketonen in het bloed.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of diabetesverpleegkundige
- wij vergoeden maximaal 40 ketonenteststrips per jaar

Insulinepennen

Injectiespuit om insuline toe te dienen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of diabetesverpleegkundige
- de minimale gebruikstermijn is 3 jaar
- je hebt recht op 1 reservepen

Insulinepomp en wat daarbij hoort

Apparaat dat met een slangetje aan je lichaam vast zit en regelmatig kleine hoeveelheden insuline afgeeft.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- je moet een voorschrift hebben van de medisch specialist of diabetesverpleegkundige
- de minimale gebruikstermijn is 4 jaar

Laatste puntjes...

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft hulpmiddelen bij diabetes in artikel 2.6, onderdeel o als uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel.

Infuuspomp voor geneesmiddelen

Als je een hulpmiddel nodig hebt om zelf thuis medicijnen toe te dienen.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor een infuuspomp. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Dit krijg je vergoed

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

¹ Als je diabetes hebt vergoeden wij maximaal:

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

Ben je moeilijk instelbaar of jonger dan 18 jaar? Dan kunnen wij toestemming geven voor meer dan 400 teststrips/lancetten per 3 maanden

Jaaah basis vergoedt de draagbare, uitwendige infuuspomp als je aan deze 3 voorwaarden voldoet:

1. je moet zelf thuis een geneesmiddel direct in je lichaam (bloedbaan) toedienen
2. je hebt het geneesmiddel steeds nodig
3. de basisverzekering vergoedt dit geneesmiddel. Of dat zo is, staat in de vergoeding Geneesmiddelen

Jaaah basis vergoedt ook de producten die bij een infuuspomp horen. Bijvoorbeeld verbindingsslangetjes, fixatiemateriaal, ontsmettingsmiddel en naalden.

Hier kun je terecht

- leverancier van infuuspompen

Wat niet vergoed wordt

- nieuwe batterijen

Andere vergoedingen

Voor hulpmiddelen om insuline toe te dienen, geldt de vergoeding Hulpmiddelen bij diabetes.

Voor een infuuspomp om een geneesmiddel bij een ziekenhuisbehandeling toe te dienen, geldt de vergoeding Medisch specialist.

Leverancier zonder contract

Misschien kies je liever een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke leveranciers we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, in sommige gevallen

Je krijgt de infuuspomp in bruikleen. Daarom geldt geen eigen risico. De producten die erbij horen krijg je in eigendom. Daarom geldt daarvoor wel het eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben van je behandelend medisch specialist.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je de infuuspomp krijgt, moet je toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen¹

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Laatste puntjes...

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de infuuspomp in artikel 2.6, onderdeel p en in artikel 2.22 als draagbare, uitwendige infuuspompen.

Kappen voor schedelbescherming

Als je schedel bescherming nodig heeft door een bewustzijnsstoornis.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor kappen voor schedelbescherming. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Dit krijg je vergoed

Een bewustzijnsstoornis is een verandering in de toestand van de hersenen waardoor iemand niet reageert op signalen uit de omgeving, of vertraagd of anders dan normaal. Dit komt bijvoorbeeld voor bij stofwisselingsproblemen of epilepsie. Iemand kan dan vallen of buiten bewustzijn raken.

Een kap kan dan de schedel beschermen tegen breuken of ander letsel. Jaaah basis vergoedt een kap als je aan deze 2 voorwaarden voldoet:

- je hebt een bewustzijnsstoornis die regelmatig terugkomt en niet kan worden behandeld
- je hebt een kap nodig om je schedel te beschermen tegen breuken of ander letsel, of om verergering van letsel of een schedeldefect dat je al hebt te voorkomen

De minimale gebruikstermijn van een kap voor schedelbescherming is 18 maanden.

Hier kun je terecht

- leverancier van kappen voor schedelbescherming

Wat niet vergoed wordt

- epilepsiehonden
- detectie- en alarmeringsapparatuur

Leverancier zonder contract

Misschien kies je liever een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke leveranciers we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je de kap koopt, moet je toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen¹

Laatste puntjes...

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de kap voor schedelbescherming in artikel 2.6, onderdeel g als hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn.

Hulpmiddelen voor voeding

Als je zelf niet meer kunt eten of extra voeding nodig hebt.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor voedingssonde en voedingspomp. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Dit krijg je vergoed

Voeding kan op 3 manieren worden toegediend: via de mond, direct in het maagdarmkanaal of in de bloedbaan. Om voeding direct in de maag of darmen te brengen is een voedingssonde nodig. Soms met een voedingspomp. Daarover gaat de vergoeding die je nu leest. Een infuuspomp brengt voeding via een dun slangetje (of sonde) direct in de bloedbaan. Die infuuspomp en sonde vallen onder de vergoeding Medisch specialist.

Jaaah basis vergoedt de voedingssonde voor voeding via het maagdarmkanaal, en de producten die daarbij horen, als deze buiten het ziekenhuis wordt ingebracht, en je:

1. een aandoening of ziekte aan je maag of darmen hebt, waardoor je geen gewone voeding kunt eten, en
2. een voedingssonde nodig hebt om voldoende voeding binnen te krijgen

Heb je voor de regulering van je sondevoeding een voedingspomp nodig? Dan vergoedt Jaaah basis ook de voedingspomp en de producten die daarbij horen zoals aansluitstukken of standaarden.

Hier kun je terecht

- leverancier van voedingssondes en voedingspompen

Wat niet vergoed wordt

- nieuwe batterijen of oplaadapparatuur

Andere vergoedingen

Voor voedingssondes en de producten die daarbij horen die in het ziekenhuis worden ingebracht, geldt de vergoeding Medisch specialist.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

De bijzondere voeding die je met de voedingssonde of voedingspomp toedient, valt onder de vergoeding Dieetpreparaten.

Eetapparaten vallen onder de vergoeding Hulpmiddelen bij problemen met bewegen.

Leverancier zonder contract

Misschien kies je liever een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke leveranciers we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, in sommige gevallen

Je krijgt de voedingspomp in bruikleen. Daarom geldt geen eigen risico. De producten die erbij horen en de sonde krijg je in eigendom. Daarom geldt daarvoor wel het eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of diëtist.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je het hulpmiddel koopt of krijgt, moet je toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen¹

Laatste puntjes...

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de voedingssonde ende voedingspomp in artikel 2.6, onderdeel r en in artikel 2.24 als hulpmiddelen voor het toedienen van voeding.

Hulpmiddelen bij problemen met spreken

Als je een hulpmiddel nodig hebt omdat je niet kunt praten.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij problemen met spreken. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Dit krijg je vergoed

Verschillende hulpmiddelen kunnen helpen als je niet of bijna niet kunt spreken. Bijvoorbeeld lettersets of symbolensets, een computerprogramma, of teksttelefoons.

Jaaah basis vergoedt uitwendige hulpmiddelen bij problemen met spreken als je aan deze 3 voorwaarden voldoet:

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

De minimale gebruikstermijn van hulpmiddelen bij problemen met spreken is 5 jaar.

Hier kun je terecht

- leverancier van hulpmiddelen bij problemen met spreken

Wat niet vergoed wordt

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

Andere vergoedingen

Voor hulpmiddelen die je helpen met het maken of versterken van stemgeluid geldt de vergoeding Prothesen.

Leverancier zonder contract

Misschien kies je liever een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke leveranciers we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, in sommige gevallen

Je krijgt deze hulpmiddelen in bruikleen. Daarom geldt er geen eigen risico. Koop je de hulpmiddelen zelf? Dan geldt het eigen risico wel.

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je het hulpmiddel krijgt, moet je toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen¹

Laatste puntjes...

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft hulpmiddelen bij problemen met spreken in artikel 2.6, onderdeel s, als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken.

Persoonsalarmering

Als je in noodsituaties niet zelf de telefoon kan bedienen.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor persoonsalarmering. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Dit krijg je vergoed

Persoonsalarmering is apparatuur waarmee je in noodsituaties hulp kan inschakelen, als je zelf de telefoon niet kan bedienen. Dat ondersteunt je om zelfstandig te blijven wonen, als je je nog goed kan redden, maar door ziekte of beperking wel een verhoogd risico loopt om in een noodsituatie terecht te komen. Bijvoorbeeld omdat je een ernstige hartaandoening hebt.

Jaaah basis vergoedt persoonsalarmering als je aan deze 5 voorwaarden voldoet:

1. je hebt een lichamelijke beperking
2. je hebt door een ziekte of beperking een grotere kans dan normaal om in een noodsituatie terecht te komen
3. in die noodsituatie moet je meteen medische of technische hulp in kunnen roepen om medische complicaties te voorkomen
4. je bent in die noodsituatie niet in staat om zelf een telefoon te bedienen
5. je bent voor een langere periode alleen, waardoor er niemand is die je kan helpen

De alarmering bestaat uit een basisstation in huis en een draagbare en draadloze noodschakelaar met alarmknop. In een noodsituatie maak je via de alarmknop contact met de meldkamer. Zij schakelen dan familie, burens, mantelzorgers of een professionele hulpverlener in.

Hier kun je terecht

- leverancier van apparatuur voor persoonsalarmering

Wat niet vergoed wordt

- abonnementen
- nieuwe batterijen of oplaadapparatuur
- bewakingsapparatuur om wiegendood te voorkomen
- persoonsalarmering met een sociale indicatie. Een sociale indicatie betekent dat je je niet veilig of zeker voelt om alleen te blijven en bang bent om te vallen. Er is dan geen medische reden voor persoonsalarmering. De gemeente vergoedt de persoonsalarmering dan soms wel

Heb je een Wlz-indicatie? Dan komen de kosten van de alarmering voor rekening van je zorgverlener.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Leverancier zonder contract

Misschien kies je liever een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke leveranciers we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, in sommige gevallen

Je krijgt de apparatuur voor persoonsalarmering in bruikleen. Daarom geldt geen eigen risico. Koop je deze zelf? Dan geldt het eigen risico wel.

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts.

Toestemming

Ja, toestemming

Je hebt vooraf toestemming nodig. Toestemming vraag je met een indicatieformulier². Je arts vult dat voor je in.

Laatste puntjes...

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft apparatuur voor alarmering in artikel 2.6, onderdeel t en in artikel 2.26 als hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering. Hieronder vallen ook daisyspelers.

Hulpmiddelen bij pijnbestrijding (TENS)

Als je altijd pijn hebt en geneesmiddelen niet genoeg helpen.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij pijnbestrijding (TENS). Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Dit krijg je vergoed

TENS staat voor Transcutane Elektrische Neuro Stimulatie. Het is een apparaat dat zwakke elektrische prikkels geeft op de huid voor pijnvermindering.

Jaaaah basis vergoedt een TENS als je aan deze 3 voorwaarden voldoet:

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

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

² Je vindt dit formulier op jaaah.nl bij deze vergoeding

Jaaah basis vergoedt ook producten die bij een TENS horen. Bijvoorbeeld elektroden, elektrodepasta, kabels, fixatiemateriaal en draagtas.

Hier kun je terecht

- leverancier van TENS

Wat niet vergoed wordt

- nieuwe batterijen

Andere vergoedingen

Het gebruik van een TENS tijdens de proefperiode valt onder de vergoeding Medisch specialist.

Leverancier zonder contract

Misschien kies je liever een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke leveranciers we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of medisch specialist.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je de TENS koopt, moet je toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen¹

Laatste puntjes...

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de TENS in artikel 2.6, onderdeel y, als uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Hulpmiddelen bij trombose

Om te controleren of je bloed goed stolt.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij trombose. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Dit krijg je vergoed

Bij trombose raakt een bloedvat verstopt door een bloedstolsel. Zo'n stolsel kan ernstige gevolgen hebben. Bijvoorbeeld een trombosebeen, longembolie, een hartinfarct of herseninfarct. Regelmatig de stollingstijd van je bloed meten, kan dit voorkomen. Hulpmiddelen voor die metingen, noemen we zelfmeetapparatuur. Is de stollingstijd niet goed, dan kan de medicatie worden aangepast.

Jaaah basis vergoedt zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden als je aan deze 2 voorwaarden voldoet:

1. je hebt een ziekte of aandoening waardoor je risico hebt op trombose
2. je hebt voor langere tijd bloedverdünnende geneesmiddelen nodig, of je kunt je door je werk niet bij de trombosedienst laten controleren

Jaaah basis vergoedt ook de producten die bij de zelfmeetapparatuur horen. Bijvoorbeeld teststrips, vingerpriksysteem met lancetten en vloeistof voor kwaliteitscontrole.

Hier kun je terecht

- trombosedienst. Die leert je ook de zelfmeetapparatuur te gebruiken

Andere vergoedingen

Geneesmiddelen die de stolling van het bloed regelen, vallen onder de vergoeding Geneesmiddelen.

Laat je de stollingstijd meten bij de trombosedienst? Daarvoor geldt de vergoeding Trombosedienst. Die geldt ook voor begeleiding bij metingen thuis en advies over het gebruik van geneesmiddelen die de stolling van je bloed regelen.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts.

Toestemming

Ja, toestemming

Je moet vooraf toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen¹

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Laatste puntjes...

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft hulpmiddelen bij trombose in artikel 2.6, onderdeel n, als uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem.

Woningaanpassing en overige kosten bij thuisdialyse

Als je thuis gaat dialyseren.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor woningaanpassing en overige kosten bij thuisdialyse. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Dit krijg je vergoed

Bij dialyse wordt je bloed gezuiverd en overtollig vocht uit je lichaam verwijderd. Dat kan in een ziekenhuis, dialysecentrum of thuis.

Kies je ervoor om de dialyse thuis te doen, dan is soms een (tijdelijke) aanpassing van je woning nodig. Jaaah basis vergoedt aanpassingen die nodig zijn voor de dialyse. Zijn deze niet meer nodig? Dan vergoedt Jaaah basis ook het herstel van je woning in de oorspronkelijke staat.

Ook krijg je een weekvergoeding voor extra kosten van water en elektriciteit. Hieronder staat welke vergoeding je krijgt.

Hemodialyse 1 - 3 keer per week: € 45,86 per week

Hemodialyse 4 - 5 keer per week: € 73,53 per week

Hemodialyse 6 - 7 keer per week: € 96,09 per week

CAPD¹: € 28,72 per week

CCPD²: € 40,38 per week

Hier kun je terecht

- aannemer die je woning kan aanpassen voor thuisdialyse

Wat niet vergoed wordt

- weekvergoeding voor weken dat je niet thuis spoelt, omdat je in het ziekenhuis ligt of op vakantie bent. Dit geef je aan op het declaratieformulier

Andere vergoedingen

Apparatuur voor thuisdialyse krijg je van het ziekenhuis of dialysecentrum. Daarvoor geldt de vergoeding Dialyse.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

¹ Continue Ambulante Peritoneaal Dialyse

² Continue Cyclische Peritoneaal Dialyse

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts.

Toestemming

Ja, toestemming

Je moet vooraf toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen¹

Declareer met het declaratieformulier thuisdialyse

Wil je de weekvergoeding voor thuisdialyse declareren? Gebruik het declaratieformulier² thuisdialyse.

Laatste puntjes...

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft woningaanpassingen en overige kosten bij thuisdialyse in artikel 2.6, onderdeel hh en in artikel 2.29 als met thuisdialyse samenhangende kosten.

Daisyspelers

Als je zonder hulpmiddel niet kunt lezen.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor daisyspelers. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Dit krijg je vergoed

DAISY staat voor Digital Accessible Information System. Met een daisyspeler kun je luisteren naar ingesproken (school)boeken of tijdschriften. Dat is een oplossing als je door een motorische handicap, dyslexie of slechthoortendheid niet (goed) zelf kunt lezen.

Jaaah basis vergoedt de daisyspeler als je aan deze 3 voorwaarden voldoet:

- je hebt een ernstige aandoening waardoor je beperkingen hebt met houding en beweging (een motorische handicap), je bent blind of slechthoortend of je bent uitbehandeld voor dyslexie
- door deze aandoening kun je niet zonder hulp lezen
- andere hulpmiddelen helpen niet genoeg en je hebt een daisyspeler nodig om te kunnen lezen

De minimale gebruikstermijn van een daisyspeler is 5 jaar.

Hier kun je terecht

- leverancier van daisyspelers

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

² Je vindt dit formulier op jaaah.nl bij deze vergoeding

Wat niet vergoed wordt

- cd's, andere apparatuur en bestanden waarin de audio(school)boeken of audiotijdschriften staan
- abonnementen daarvoor
- programma's voor de daisyspeler (software)
- een daisyspeler als je die alleen nodig hebt voor onderwijs of werk. Soms vergoedt het UWV de daisyspeler dan
- behandeling voor dyslexie. Soms vergoedt de gemeente zo'n behandeling

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen als je slecht kunt lezen omdat je niet goed kunt bewegen:

- hulpmiddelen bij problemen met bewegen
- orthesen
- hulphonden (ADL-honden)

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen als je slecht kunt lezen omdat je niet goed kunt zien:

- hulpmiddelen bij problemen met zien
- brillenglazen en lenzen bij medische indicatie

Leverancier zonder contract

Misschien kies je liever een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke leveranciers we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico.

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts. Heb je een daisyspeler nodig vanwege uitbehandelde dyslexie? Dan moet je een verklaring hebben van een orthopedagoog of gz-psycholoog. Een verklaring van je huisarts of via school is niet genoeg.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je de daisyspeler koopt, moet je toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen¹

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Laatste puntjes...

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de daisyspeler bij problemen met bewegen in artikel 2.6, onderdeel e en in artikel 2.12 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen bij problemen met bewegen, orthopedische schoenen, en kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen), orthesen en hulphonden (ADL-honden) als deze bedoeld zijn voor problemen met bewegen.

De Regeling omschrijft de daisyspeler bij problemen met zien in artikel 2.6, onderdeel f en in artikel 2.13 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen voor problemen met zien, brillenglazen en lenzen bij medische indicatie en hulphonden (blindengeleidehonden) als deze bedoeld zijn voor problemen met zien.

De Regeling omschrijft de daisyspeler bij dyslexie in artikel 2.6, onderdeel t en in artikel 2.26 als hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering. Hieronder valt ook persoonsalarmering.

Hulphonden

Als je viervoeter je helpt bij bewegen, zien of horen.

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor hulphonden. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Dit krijg je vergoed

Een hulphond is een speciaal getrainde hond om mensen met een ernstige beperking te ondersteunen in hun dagelijks leven. Er zijn verschillende hulphonden. Hieronder leggen wij uit wanneer Jaaah basis een hulphond vergoedt.

De blindengeleidehond

Een blindengeleidehond helpt je om je veilig te verplaatsen, in huis en buiten in het verkeer. Bijvoorbeeld door je om obstakels heen te leiden en te waarschuwen voor onverwachte gebeurtenissen.

Jaaah basis vergoedt een blindengeleidehond als je aan deze 2 voorwaarden voldoet:

- je bent volledig blind of zo slechtziend dat je zonder blindengeleidehond niet zelfstandig kunt wonen of deelnemen aan de maatschappij
- het zelfstandig wonen of deelnemen aan de maatschappij is niet te bereiken met hulpmiddelen die staan in de vergoedingen Hulpmiddelen bij problemen met zien, Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie en Daisyspelers

De signaalhond

Een signaalhond wijst je op geluiden in je omgeving die je niet mag missen. We noemen dat ook wel omgevingsgeluiden. Bijvoorbeeld een brandalarm in huis, of de sirene van een ambulance in het verkeer.

Jaaah basis vergoedt een signaalhond als je aan deze 3 voorwaarden voldoet:

- je bent volledig doof waardoor je beperkt bent in je mobiliteit en het uitvoeren van ADL-handelingen
- deze beperking kan niet worden gecorrigeerd met hulpmiddelen die staan in de vergoedingen Hulpmiddelen bij problemen met horen en Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders
- je hebt een signaalhond nodig om je bij mobiliteit en het uitvoeren van ADL-handelingen te ondersteunen door het signaleren van omgevingsgeluiden

De ADL-hond

ADL staat voor algemene dagelijkse levensverrichtingen. Het zijn algemene en huishoudelijke handelingen die je dagelijks uitvoert. Zoals het aan- en uitdoen van lampen, het openen en sluiten van deuren, het aangeven van spullen en het doen van de was.

Jaaah basis vergoedt een ADL-hond als je aan deze 3 voorwaarden voldoet:

- je hebt een ernstige aandoening waardoor je beperkt bent in je mobiliteit en het uitvoeren van ADL-handelingen
- deze beperking kan niet worden gecorrigeerd met hulpmiddelen die staan in de vergoedingen Hulpmiddelen bij problemen met bewegen, Orthesen, Orthopedische schoenen en Daisyspelers
- je hebt daarom de hulp van een ADL-hond nodig omdat deze een aanzienlijke bijdrage levert aan je mobiliteit en het uitvoeren van ADL-handelingen

Voor alle hulphonden

Jaaah basis vergoedt ook maximaal € 260 per 3 maanden voor het levensonderhoud en medische en dagelijkse verzorging van je blindengeleidehond, signaalhond of ADL-hond. Je ontvangt dit bedrag achteraf. De vergoeding voor bijvoorbeeld de maanden januari, februari en maart ontvang je in april.

Hier kun je terecht

- voor blindengeleidehond: erkend opleidingsinstituut voor blindengeleidehonden
- voor signaalhond: erkend opleidingsinstituut voor signaalhonden
- voor ADL-hond: erkend opleidingsinstituut voor ADL-honden

Wat niet vergoed wordt

- een hulphond als andere hulpmiddelen je beperkingen kunnen corrigeren of voldoende verbeteren
- een hulphond voor bijvoorbeeld epilepsie, PTSS, autisme en diabetes

Andere vergoedingen

Veel andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met bewegen, zien of horen.

Voor problemen met zien:

- hulpmiddelen bij problemen met zien
- brillenglazen en lenzen bij medische indicatie
- daisyspelers

Voor problemen met horen:

- hulpmiddelen bij problemen met horen
- hoortoestellen en tinnitusmaskeerders

Voor problemen met bewegen:

- hulpmiddelen bij problemen met bewegen
- orthopedische schoenen
- orthesen
- hulpmiddelen voor kortdurende uitleen
- daisyspelers

Leverancier zonder contract

Misschien kies je liever een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen¹ staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker¹ check je snel met welke leveranciers we een contract hebben.

Wat je zelf betaalt

Soms moet je een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

Eigen bijdrage

Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaal je geen wettelijke eigen bijdrage.

Eigen risico

Ja, in sommige gevallen

De hulphond krijg je in bruikleen. Daarom geldt geen eigen risico. Voor de bijdrage in het levensonderhoud geldt het eigen risico wel.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

Wat je nodig hebt

Check even of je een voorschrift of iets anders nodig hebt. Anders loop je misschien toch nog vergoeding mis.

Voorschrift/verwijzing

Ja, een voorschrift en praktische indicatie

Voor een hulphond moet je een medische indicatie en een praktische indicatie hebben. De medische indicatie geeft aan dat je door je beperking een hulphond nodig hebt omdat andere hulpmiddelen niet helpen. De praktische indicatie geeft aan dat een hulphond je in de praktijk echt zal helpen.

- Je krijgt de medische indicatie voor de blindengeleidehond van een regionaal instituut voor blinden en slechtzienden. De praktische indicatie van een erkend opleidingsinstituut voor blindengeleidehonden.
- Je krijgt de medische indicatie voor de signaalhond van de KNO-arts of een audiologisch centrum. De praktische indicatie van een erkend opleidingsinstituut voor signaalhonden.
- Je krijgt de medische indicatie voor de ADL-hond van de ergotherapeut. De praktische indicatie van een erkend opleidingsinstituut voor ADL-honden.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je de hulphond krijgt, moet je toestemming van ons hebben.

Help me even: toestemming vragen¹

Laatste puntjes...

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de ADL-hond in artikel 2.6, onderdeel e en in artikel 2.12 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen bij problemen met bewegen, orthopedische schoenen, kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen), orthesen en daisyspelers als deze bedoeld zijn voor problemen met bewegen.

De Regeling omschrijft de blindengeleidehond in artikel 2.6, onderdeel f en in artikel 2.13 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen voor problemen met zien, brillenglazen en lenzen bij medische indicatie en daisyspelers als deze bedoeld zijn voor problemen met zien.

De Regeling omschrijft de signaalhond in artikel 2.6, onderdeel c en in artikel 2.10 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen voor problemen met horen en hoortoestellen en tinnitusmaskeerders.

¹ Kijk hiervoor op jaaah.nl

A tot Z index

Vergoedingen

Index vergoedingen Jaaah

A	
Allergeenvrije schoenen en hielbeschermers	157
Ambulancevervoer	114
Anticonceptie	102
Audiologische zorg	105
B	
Bijzondere tandheelkunde	92
Borstprothesen	132
Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie	149
Buitenland: niet-spoedeisende (voorzene) zorg	120
Buitenland: spoedeisende zorg	119
C	
CPAP-apparaat	136
D	
Daisyspelers	186
Diagnostiek voor eerstelijns zorg	23
Dialyse	47
Dieetpreparaten	80
Diëtetiek (dieetadvies)	79
E	
Eerstelijns verblijf	57
Erfelijkheidsonderzoek	44
Ergotherapie	67
F	
Fronttandvervanging	90
Fysiotherapie en oefentherapie tot 18 jaar	61
Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar	62
G	
Gebitsprothese (kunstgebit) vanaf 18 jaar	88
Gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht (gli)	31
Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp)	24
Geneesmiddelen	77
Generalistische basis-ggz	96
Geriatrische revalidatie	66
Gespecialiseerde ggz	98
H	
Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders	153
Huisarts (huisartsenzorg)	21
Hulphonden	188
Hulpmiddelen	111
Hulpmiddelen bij diabetes	173
Hulpmiddelen bij pijnbestrijding (TENS)	182
Hulpmiddelen bij problemen met ademen	134
Hulpmiddelen bij problemen met bewegen	140
Hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting	163
Hulpmiddelen bij problemen met horen	155
Hulpmiddelen bij problemen met spreken	179
Hulpmiddelen bij problemen met zien	150
Hulpmiddelen bij trombose	184
Hulpmiddelen bij vaatproblemen	170
Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed	166
Hulpmiddelen voor voeding	178
I	
Incontinentiemateriaal	165
Infuuspomp voor geneesmiddelen	175
Injectiespuiten en injectiepenen om zelf geneesmiddelen toe te dienen	168
In-vitrofertilisatie (ivf)	42

K	
Kaakchirurgie vanaf 18 jaar	91
Kappen voor schedelbescherming	177
Kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen)	145
Kraamzorg	73
L	
Logopedie	108
M	
Mechanische beademing	49
Medisch specialist	35
Medisch-specialistische revalidatie	64
MRA	137
O	
Orgaantransplantatie en -donatie	45
Orthesen	147
Orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen	143
P	
Persoonsalarmering	181
Persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)	56
Plastische chirurgie	39
Prenatale screening	70
Prothesen	130
Pruik	129
Psychische zorg bij de huisarts	28
S	
Second opinion	51
Steunkousen	171
Stoppen met roken	32
T	
Tandheelkundige zorg na een ongeval (Jaaah tand bij een ongelukje)	87
Tandheelkundige zorg tot 18 jaar	84
Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar (Jaaah tand)	85
Trombosedienst	29
V	
Verbandmiddelen	159
Verbandschoenen	161
Vergoeding in bijzondere gevallen	123
Verpleging en verzorging thuis	54
Voetzorg bij diabetes	27
Voorwaardelijk toegelaten zorg	50
Vruchtbaarheidsbehandelingen	40
W	
Woningaanpassing en overige kosten bij thuisdialyse	185
Z	
Ziekenhuisopname	37
Zintuiglijk gehandicaptenzorg	106
Zittend ziekenvervoer	115
Zuurstofapparatuur	139
Zwangerschap en bevalling	71

jaaah.

jaaah.nl

030 639 63 90

[instagram.com/jaaahzorgverzekering](https://www.instagram.com/jaaahzorgverzekering)

[facebook.com/jaaahzorgverzekering](https://www.facebook.com/jaaahzorgverzekering)