



jaaah.

Een zorgverzekering van ONVZ.

Algemene regels en Vergoedingen

2023

- **De algemene regels van onze verzekeringen** >

- **Vergoedingen Jaaah** >

- **Basisregels hulpmiddelen Jaaah** >

- **Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering Jaaah** >

De algemene regels van onze verzekeringen

● Inhoudsopgave

Inleiding	4
1. De verzekeringen van Jaaah	5
Over onze verzekeringen	5
Over het afsluiten van de verzekering	6
Welke regels de verzekering en de premie bepalen	6
2. Ik word klant van Jaaah	8
Een verzekering afsluiten of aanvragen	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	13
Ik wil zorgkosten declareren	15
Ik betaal premie	16
Meewerken en informeren	18
Wij gebruiken je gegevens. Zorgvuldig	18
Wijzigen van de verzekering	19
4. Neee, je gaat weg! Of Jaaah beëindigt de verzekering	21
Opzeggen	21
Soms eindigt de Jaaah basis zonder opzegging	21
Soms beëindigen wij de verzekering	22
Als je fraudeert	23
Als je niet tevreden bent of een klacht hebt	23
Recht dat van toepassing is	24

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

● 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. Dit zijn onze verzekeringen

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. 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.¹ als het over de Jaaah basis gaat. En ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.² als het over aanvullende verzekeringen gaat.

Wij hebben 1 basisverzekering en verschillende aanvullende verzekeringen.

Onze basisverzekering is: Jaaah basis

Onze aanvullende verzekeringen zijn:

- Jaaah beter
- Jaaah best
- Jaaah tand
- Jaaah op reis

2. Dit staat in onze algemene regels en vergoedingen

Op onze site www.jaaah.nl en in de vergoedingen 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](#).

• Over het afsluiten van de verzekering

3. De hoofdverzekerde sluit de verzekering af

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

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.

4. Verzekerde

De persoon die verzekerd is, is de verzekerde. Als je een verzekering afsluit voor jezelf ben je hoofdverzekerde én verzekerde.

5. Zorgpolis

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. Onze algemene regels en vergoedingen

De algemene regels en de vergoedingen bepalen de Jaaah basis en de aanvullende verzekeringen.

7. Wetten en regelingen

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. De wet is leidend

Wijken de algemene regels of vergoedingen van de Jaaah basis af van de Zorgverzekeringswet? Dan geldt die wet.

9. Door jou gegeven informatie telt mee

De Jaaah basis en de aanvullende verzekeringen zijn ook gebaseerd op de informatie die je aan ons hebt gegeven, zoals bij de aanvraag.

10. Premietabel en overzicht maximale vergoedingen

Bij de algemene regels hoort de premietabel. Daarin staan de basispremies van de verzekeringen. En kortingen en toeslagen.

En bij de vergoedingen hoort het overzicht maximale vergoedingen. Daarin staat hoeveel wij maximaal vergoeden als je naar een zorgverlener gaat met wie wij geen contract hebben.

11. Collectieve verzekeringen

Ben je collectief verzekerd? Dan gelden ook de regels voor de collectieve verzekering. Die kun je opvragen bij de partij die deze met Jaaah heeft afgesloten. Vaak de werkgever.

Uitleg

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

12. Via onze site

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 een vergelijkingssite.

13. Een aanvullende verzekering afsluiten

Een aanvullende verzekering afsluiten kan alleen als je ook de Jaaah basis afsluit, of als je een Jaaah basis hebt.

14. Aanvullende verzekeringen voor kinderen

Een aanvullende verzekering voor je kind? Dat kan. Dit kan geen hogere aanvullende verzekering zijn dan die van jezelf. En het kan geen Jaaah tand 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. Ingangsdatum basisverzekering

Jaaah basis gaat meestal in op 1 januari van het volgende jaar. Maar niet altijd. Hieronder zetten wij het voor je op een rij.

Let op: als je aanvraag niet volledig is, dan gaat Jaaah basis pas in wanneer wij alle gegevens hebben ontvangen.

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.

Sluit je voor 1 februari de 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.

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.

Heb je nog geen basisverzekering? En moet je deze (volgens de Zorgverzekeringswet) wel hebben? Bijvoorbeeld omdat je in het buitenland werkte en in Nederland komt werken.

Als je een Jaaah basis afsluit 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 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.

De algemene regels van onze verzekeringen

Wissel je van werkgever? En kun je daardoor naar een andere collectieve verzekering overstappen? Als die andere collectieve verzekering bij Jaaah loopt, kun je:

- tussentijds naar ons overstappen, of
- tussentijds van de ene naar de andere collectieve verzekering bij ons overstappen

Je nieuwe dienstverband moet wel direct aansluiten op je vorige. En je moet je huidige collectieve verzekering op tijd opzeggen. Dat kan tot 30 dagen nadat je nieuwe dienstverband ingaat. Je nieuwe collectieve verzekering gaat dan in op de 1e dag van de maand ná de maand waarin je hebt opgezegd. Zeg je te laat op? Of sluiten je dienstverbanden niet op elkaar aan? Dan kun je per 1 januari van het volgende jaar naar ons overstappen.

Is dit allemaal 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.

Overstapservice

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.

17. Ingangsdatum aanvullende verzekeringen

Vraag je met een Jaaah basis ook een aanvullende verzekering aan? Of wil je een andere aanvullende verzekering dan je nu hebt? Voor de ingangsdatum van de aanvullende verzekeringen gelden dezelfde regels als voor Jaaah basis, die staan in algemene regel 16.

• Wat verder belangrijk is

18. Bedenktijd

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. 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 die voor meer personen de Jaaah basis af. Het lidmaatschap stopt als de Jaaah basis eindigt.

20. Wij reageren via het kanaal dat je gebruikt

Stuur je ons een e-mail, bericht op social media of chatbericht? Dan reageren wij ook op die manier. Soms kan dat niet, bijvoorbeeld door privacyregels. En soms wil je dat niet. Dan reageren wij via een andere weg.

● 3. Ik ben verzekerd bij Jaaah

Je hebt een verzekering bij Jaaah. Dan heb je recht op vergoeding van zorg en diensten 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. Vergoeding meestal aan de zorgverlener

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 kan 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). Dit heeft goederenrechtelijk effect. Zodat bij handelen in strijd hiermee geen overdracht plaatsvindt. En geen pandrecht tot stand komt.

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. Lees de algemene regels en de vergoedingen

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 www.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. Vergoeding alleen als de verzekering loopt

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 doelmatige zorg

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. Als deze maatstaf er niet is, dan speelt mee wat in het gehele betrokken vakgebied als goede zorg geldt. Dat is de zorg die de groep van zorgverleners normaal gesproken verleent.

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

Je moet de zorg nodig hebben, en de zorg moet voor jou doelmatig zijn. 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. Let op of de zorgverlener een contract met ons heeft

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 www.jaaah.nl.

Kies je voor een zorgverlener die geen contract met ons heeft? En is dat geen huisarts of tandarts? Dan gelden maximale vergoedingen. 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-pgb.

26. Vergoeding bij acute zorg, huisarts of tandarts

Voor acute zorg en zorg van huisarts en tandarts 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. Wettelijke eigen bijdragen

Voor sommige zorg van de Jaaah basis (zoals kraamzorg thuis, sommige geneesmiddelen of een kunstgebit) geldt een wettelijke eigen bijdrage. Dat is het bedrag dat je zelf moet betalen voor de zorg. We noemen die hierna de eigen bijdrage. 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. Verplicht eigen risico vanaf 18 jaar

Je betaalt ook het verplichte eigen risico. De overheid bepaalt elk jaar het bedrag. Voor 2023 is het bedrag € 385. Dit deel van je zorgkosten betaal 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. Verplicht eigen risico als je 18 jaar wordt

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. Vrijwillig eigen risico

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 premietabel 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. Vrijwillig eigen risico als je 18 jaar wordt

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.

32. Voor sommige zorg geen eigen risico

Het verplicht of vrijwillig eigen risico geldt niet voor:

- huisartsenzorg. Maar het eigen risico geldt wel voor onderzoek of behandeling buiten de huisartsenpraktijk, als de huisarts het voorschrijft en de kosten apart in rekening worden gebracht
- zorg van de huisarts, samen met andere zorgverleners, bij chronische aandoeningen
- verpleging en verzorging. Maar het eigen risico geldt wel bij eerstelijns verblijf
- voetzorg bij een verhoogd risico op wondjes en zweren aan je voeten (voetulcera) door een aandoening of na een medische behandeling
- programma's voor stoppen met roken
- gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht
- medicatiebeoordeling bij chronisch gebruik van geneesmiddelen op recept door de apotheek. Maar het eigen risico geldt wel voor de geneesmiddelen zelf
- verloskundige zorg en kraamzorg. Maar het eigen risico geldt wel voor zorg die daarmee te maken heeft, zoals geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek en ambulancevervoer
- hulpmiddelen in bruikleen. Maar het eigen risico geldt wel voor 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 jij als orgaan- of weefseldonor maakt tijdens de zorgperiode van 13 weken (bij levertransplantatie: een half jaar)
- zorg die de aanvullende verzekeringen vergoeden

33. Eigen risico per kalenderjaar

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. Eigen risico als de rekening veel later komt

Maak je in 2023 zorgkosten? En stuurt je zorgverlener ons de rekening pas in 2025 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. Eigen risico als je een deel van het jaar bij ons verzekerd bent

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. Vergoeding volgens andere wetten

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. Wat de Jaaah basis niet vergoedt

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
- griep prik
- geneesmiddelen tegen ziekte op reis. Jaaah best vergoedt deze middelen wel, tot een maximaal bedrag
- 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 in Nederland
- activiteiten om een bepaald sportniveau te bereiken. Of sportprestaties te verbeteren

38. Terrorisme

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 terrorismedekking 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. Extra vergoeding van de overheid

De overheid kan in bijzondere situaties (bijvoorbeeld bij natuurrampen) een deel van de zorg vergoeden.

40. Als je meer verzekeringen hebt

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. Wat wij ook niet vergoeden

Tot slot vergoeden wij ook niet in de volgende situaties.

Zorg binnen de familie

Jaaah basis en onze 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 verzekerde

De algemene regels van onze verzekeringen

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

Niet-gecontracteerde zorg

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.

Opzet of roekeloosheid

Onze aanvullende verzekeringen vergoeden ook geen zorg of diensten die nodig is/zijn als gevolg van je opzet of roekeloosheid.

Soms ook uitsluiting in de vergoeding

In de vergoedingen staan soms aanvullende uitsluitingen. Dan vergoeden wij ook niet.

● **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.

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

42. Je zorgverlener dient de rekening in

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. Stuurt de zorgverlener de hele rekening naar jou? Dan kun je die rekening bij ons indienen.

43. Soms moet je zorgkosten terugbetalen

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. Als je zelf de rekening indient

Dien je zelf een rekening van een zorgverlener bij ons in? Dan moet je je aan de volgende 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 en bewaar het origineel. Je moet de originele rekening vanaf dat moment nog 1 jaar bewaren. En die aan ons sturen als wij die 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 rekening van de zorgverlener krijgt.

Rekeningen die je indient moeten duidelijk en volledig zijn. Er moet onder andere op staan welke zorg je van wie hebt gekregen, de datum en het nummer van de rekening. De rekeningen moeten in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans zijn. Anders kunnen wij om een vertaling vragen.

De algemene regels van onze verzekeringen

Betalen wij de zorgverlener meer dan waarop je recht hebt? Dan ga je ermee akkoord dat wij het verschil bij de zorgverlener terugvragen.

45. Controle

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. Premiebetaling vooraf

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

47. Geen premie voor kinderen

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. Korting op je premie

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
- voor de betreffende aanvullende verzekeringen als je deelneemt aan een collectiviteit met korting hiervoor

49. Toeslag op je premie

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. Premie over een deel van de maand

Start of stopt je verzekering in de loop van een maand? Dan berekenen wij de premie over een deel van 1 maand. Daarbij stellen wij 1 maand op 30 dagen.

51. Als je premie niet (op tijd) betaalt

Betaal je de premie van de basisverzekering niet (op tijd)? Dan geldt de volgende regeling. Wat geldt voor aanvullende verzekeringen staat in algemene regel 74.

Wij verrekenen met wat je van ons tegoed hebt

Wij kunnen niet (op tijd) betaalde premies verrekenen met door jou gedeclareerde kosten. Of andere bedragen die je van ons tegoed hebt. Andersom mag je premie die je moet betalen niet verrekenen met vergoedingen die je nog van ons krijgt.

Premieachterstand van 2 maandpremies

Heb je een premieachterstand die overeenkomt met 2 maandpremies? Dan bieden we je een betalingsregeling aan. Je hebt 4 weken de tijd om die te accepteren. Als je de regeling niet accepteert, krijg je informatie over de gevolgen daarvan.

De algemene regels van onze verzekeringen

Heb je anderen verzekerd en is er voor hen (ook) een betalingsachterstand ontstaan? Zij ontvangen dan kopieën van onze berichten hierover aan jou. En ze kunnen dan zelf een basisverzekering afsluiten.

Premieachterstand van 4 maandpremies

Bij een premieachterstand die overeenkomt met 4 maandpremies ontvang je een waarschuwing. Dat we je bij het CAK aanmelden voor de regeling wanbetalers als je een betalingsachterstand van 6 maandpremies hebt. Dat doen we niet als je:

- alsnog een betalingsregeling accepteert
- ons binnen maximaal 4 weken na de waarschuwing laat weten dat je vindt dat je geen schuld hebt bij ons. Of dat de premieachterstand niet juist is berekend. Je ontvangt bericht van ons of we dit met je eens zijn. Zijn we het niet eens? Dan kan je je bezwaar voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of de burgerlijke rechter. Informatie over het indienen van een klacht bij de SKGZ staat in algemene regels 79 en 80. Als je dat doet binnen 4 weken nadat je bericht van ons hebt ontvangen, melden wij je in ieder geval niet aan bij het CAK tot de SKGZ of de rechter heeft beslist

Premieachterstand van 6 maandpremies

Bij een premieachterstand die overeenkomt met 6 maandpremies of meer melden we je aan bij het CAK voor de regeling wanbetalers. Je moet dan de bestuursrechtelijke premie aan het CAK gaan betalen. Die premie is (veel) hoger dan de premie bij ons. Als je de bestuursrechtelijke premie moet betalen, hoef je ons geen premie te betalen. We melden je niet aan als je de zaak hebt voorgelegd aan de SKGZ of de rechter zoals hierboven vermeld. Of als je je hebt aangemeld bij een professionele schuldhulpverlener en een contract hebt gesloten om je schulden te regelen.

Afmelding bij het CAK

Wij melden je af bij het CAK als je alle kosten hebt betaald. Dat is het totaal van de verschuldigde premies, de door ons voorgesloten zorgkosten of onterechte vergoedingen én de incasso- en proceskosten.

Als wij je hebben afgemeld bij het CAK, stopt het betalen van de bestuursrechtelijke premie. En betaal je weer premie aan ons.

Geen bestuursrechtelijke premie

Je hoeft de bestuursrechtelijke premie aan het CAK niet (meer) te betalen als:

- de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen op jou van toepassing is
- je deelneemt aan een schuldenregeling via een professionele schuldhulpverlener en wij hieraan deelnemen
- wij met jou een betalingsregeling zijn aangegaan

52. Verplichte premiebetaling per maand

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.

Dit geldt voor je basisverzekering en aanvullende verzekering(en).

53. Als je andere kosten niet (op tijd) betaalt

Betaal je door ons voorgesloten zorgkosten of onterechte vergoedingen niet (op tijd)? Dan geldt voor de basisverzekering het volgende.

Verrekenen met wat je van ons tegoed hebt

Wij hebben het recht om deze voorgesloten kosten en onterechte vergoedingen te verrekenen met door jou gedeclareerde kosten of andere bedragen die je van ons tegoed hebt. Andersom mag je premie die je moet betalen niet verrekenen met vergoedingen die je nog van ons krijgt.

De algemene regels van onze verzekeringen

Wij bieden je een betalingsregeling aan

Heb je een betalingsachterstand van deze voorgesloten kosten en onterechte vergoedingen? Dan bieden we je een betalingsregeling aan.

Wat geldt voor de aanvullende verzekering staat in algemene regel 74.

54. Incassokosten

Moeten wij kosten maken om te zorgen dat je premie, voorgesloten kosten en onterechte vergoedingen (terug)betaalt? Dan komen die voor jouw rekening. Bijvoorbeeld kosten van een incassobureau of van een rechtszaak.

55. Detentie

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

56. Meewerken bij aanvragen, controle of onderzoek

Hebben wij voor (het beoordelen van) een aanvraag, voor controle of voor 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.

57. Melden belangrijke veranderingen

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(en) 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. Of ons vergoedingen moet terugbetalen.

58. Aansprakelijkheid van anderen

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

59. Persoonsgegevens

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 statement](#).

De algemene regels van onze verzekeringen

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

60. Burgerservicenummer (BSN)

Wij moeten je BSN in onze administratie opnemen. Wij moeten het ook gebruiken bij contacten met zorgverleners.

61. Waarvoor wij je gegevens gebruiken

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 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.

Wij gebruiken je gegevens ook voor marketing. Dat geldt niet voor medische gegevens, opgenomen telefoongesprekken en chatgeschiedenis.

Meer informatie hierover staat in ons [privacy statement](#). Ook over je rechten.

62. Stichting CIS

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.

63. Uitwisselen persoonsgegevens

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.

Neem je deel aan een collectieve verzekering via je werkgever? Dan wisselen wij voor de uitvoering van de verzekeringen gegevens uit met je werkgever. Zo kijken wij na of je (nog) recht op premiekorting hebt.

64. Marketing

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.

• Wijzigen van de verzekering

65. Overstappen van aanvullende verzekering

Stap je over naar een andere aanvullende verzekering van Jaaah? Dan tellen zorgkosten die de oude aanvullende verzekering heeft vergoed mee voor de maximale vergoeding van je nieuwe aanvullende verzekering. Dat geldt ook als je wisselt tussen aanvullende verzekeringen van ons en die van ONVZ of VvAA Zorgverzekering.

66. Wij kunnen de verzekering wijzigen

Wij kunnen de voorwaarden en de premie van de verzekeringen wijzigen. Zowel voor de basisverzekering als voor de aanvullende verzekeringen. 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 67.

Uitleg

1. Terrorisme: 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

● 4. Neee, 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

67. Je zegt de verzekering op

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:

- als je nog in de bedenktijd van algemene regel 18 zit
- als je van werkgever verandert en bij je oude én nieuwe werkgever deelneemt aan een collectieve verzekering. De opzegging moet dan binnen 1 maand na het einde van je oude dienstverband bij ons binnen zijn. De opzegging gaat in op de 1e dag van de volgende maand. Anders loopt de oude verzekering nog door tot 1 januari van het volgende jaar. De korting van de collectieve verzekering geldt dan niet meer
- 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
- als wij de verzekering of de premie tussentijds wijzigen volgens algemene regel 66. 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
- 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

Jaaah tand kan de hoofdverzekerde ook tijdens het jaar opzeggen als je in een Wlz-instelling verblijft en in die instelling behandeling krijgt. Jaaah tand eindigt dan op de 1e dag van de maand volgend op die waarin wij de opzegging hebben ontvangen.

68. Opzeggen basisverzekering via CAK

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**

69. Geen recht op de Jaaah basis

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. 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.

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.

70. Beëindiging bij overlijden

De verzekeringen eindigen op de dag nadat verzekerde is overleden. Teveel betaalde premie betalen wij terug of verrekenen wij.

71. Als onze vergunning wordt ingetrokken

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**

72. Wijzigen aanvullende verzekering van kinderen

Beëindig je de aanvullende verzekering, of verlaag je die? Of doen wij dat? Dan beëindigen we ook de aanvullende verzekeringen van de kinderen, of verlagen die.

73. Beëindigen aanvullende verzekering zonder recht op de basisverzekering

Wij beëindigen je aanvullende verzekering(en) als je Jaaah basis eindigt omdat je geen recht meer hebt op een (Nederlandse of buitenlandse) basisverzekering.

74. Beëindigen aanvullende verzekering als je niet (op tijd) betaalt

Wij kunnen de aanvullende verzekering(en) beëindigen als je niet op tijd betaalt. Voor wij je verzekering(en) beëindigen, doorlopen wij de volgende stappen.

Wij verrekenen met wat je van ons tegoed hebt

Wij kunnen niet (op tijd) betaalde premies verrekenen met kosten die je declareert. Of met andere bedragen die je van ons tegoed hebt. Andersom mag jij de premie die je moet betalen niet verrekenen met vergoedingen die je nog van ons krijgt.

Aanmaning

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.

Beëindiging

Betaal je het openstaande bedrag niet (op tijd)? Dan kunnen wij jouw aanvullende verzekering(en) beëindigen. Dat doen wij dan vanaf de datum waarop je de premie of kosten had moeten betalen.

75. Bedreiging of intimidatie

Wij kunnen de verzekering(en) ook beëindigen als je onze medewerkers bedreigt of intimideert. Of als je onze eigendommen beschadigt.

• Als je fraudeert

76. Fraude

Bij fraude overtreed je bewust een regel of je laat dit doen om er zelf beter van te worden. Of om er iemand anders beter van te laten worden. Dit is bijvoorbeeld 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

77. Onderzoek naar fraude

Bij een vermoeden van fraude doen wij onderzoek. Wij houden ons aan het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit. Daarin staan afspraken van verzekeraars over het aanpakken van fraude.

78. Maatregelen bij fraude

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 62 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.

79. Een klacht indienen

Ben je het niet eens met onze beslissing? Of ontevreden over onze dienstverlening? Dan kan je bij onze Klachtenservice een klacht indienen. Je ontvangt een bevestiging als je klacht bij ons binnen is. Wij reageren binnen 10 werkdagen inhoudelijk op je klacht. Gaat het langer duren? Dan hoor je dat van ons.

80. Met je klacht naar de SKGZ

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 als volgt.

De algemene regels van onze verzekeringen

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.

Meer informatie vind je op de site [skgz.nl/procedure](https://www.skgz.nl/procedure). Daar staat ook hoe je je klacht bij de SKGZ kunt indienen.

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

Heb je een reactie van ons gekregen? Je kan je klacht tot 1 jaar na onze reactie indienen bij de Ombudsman.

Hebben wij niet gereageerd? Je kan je klacht tot 1 jaar na je vraag aan Jaaah indienen bij de Ombudsman.

Heeft de Ombudsman je probleem volgens jou niet opgelost? En wil je je klacht daarom voorleggen aan de Geschillencommissie? Dan moet je dat doen binnen 90 dagen na het bericht van de Ombudsman dat (verder) bemiddelen volgens hem niet mogelijk is.

Wil je je klacht direct aan de Geschillencommissie voorleggen? Dan gelden dezelfde termijnen als voor het indienen van een klacht bij de Ombudsman.

Naar de rechter kan ook

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

81. Een klacht over onze formulieren

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**

82. De verzekeringen vallen onder Nederlands recht

● Inhoudsopgave

Huisarts en gezond blijven	27
Huisarts (huisartsenzorg)	27
Diagnostiek voor eerstelijns zorg	29
Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp)	31
Voetzorg	34
Psychische zorg bij de huisarts	36
Trombosedienst	38
Gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht (gli)	40
Stoppen met roken	42
Ziekenhuis en medisch specialist	44
Medisch specialist	44
Ziekenhuisopname	47
Plastische chirurgie	50
Vruchtbaarheidsbehandelingen	53
In-vitrofertilisatie (ivf)	55
Erfelijkheidsonderzoek	58
Orgaantransplantatie en -donatie	60
Dialyse	63
Mechanische beademing	65
Voorwaardelijk toegelaten zorg	67
Second opinion	69
Verpleging en verzorging	71
Verpleging en verzorging in de eigen omgeving	71
Persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)	74
Eerstelijns verblijf	76
Bewegen en revalideren	78
Fysiotherapie en oefentherapie tot 18 jaar	78
Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar	81
Fysiotherapie en oefentherapie na een ongeval (vanaf 18 jaar)	85
Medisch-specialistische revalidatie	87
Geriatrische revalidatie	89
Ergotherapie	91
Zwangerschap en bevalling	93
Prenatale screening	93
Zwangerschap en bevalling	95
Kraamzorg	98
Medicijnen en dieet	101
Geneesmiddelen	101
Diëtetiek (dieetadvies)	104
Dieetpreparaten	106
Mond en gebit	108

Tandheelkundige zorg tot 18 jaar	108
Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar	111
Tandheelkundige zorg na een ongeval	113
Gebitsprothese (kunstgebit) vanaf 18 jaar	115
Fronttandvervanging	118
Kaakchirurgie vanaf 18 jaar	120
Bijzondere tandheelkunde	122
Psychische zorg	124
Geneeskundige ggz	124
Opname voor geneeskundige ggz	127
App voor meditatie en mindfulness	130
Anticonceptie	132
Anticonceptie	132
Horen, zien en spreken	135
Audiologische zorg	135
Zintuiglijk gehandicaptenzorg	137
Logopedie	140
Hulpmiddelen	142
Hulpmiddelen	142
Vervoer	144
Ambulancevervoer	144
Ziekenvervoer	146
Zorg in het buitenland	150
Buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen	150
Buitenland: spoedeisende zorg	152
Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg	155
Repatriëring	158
Vergoeding bij overlijden in het buitenland	160
Bijzondere gevallen	162
Vergoeding in bijzondere gevallen	162

● 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:

1. zorg door je huisarts zelf
 2. zorg door andere zorgverleners, in de praktijk van je huisarts (bijvoorbeeld POH-ggz)
 3. zorg door je huisarts en andere zorgverleners samen (ketenzorg)
 4. spoedzorg
1. **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.
 2. **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.
 3. **Zorg door de huisarts met andere zorgverleners:** bij COPD (chronische longproblemen), diabetes type 2 (suikerziekte) en cardiovasculair risicomanagement (hart- en vaatziekten) werkt je huisarts samen met zorgverleners buiten de praktijk. Zo krijg je zorg op maat. Dat noemen we ketenzorg.
 4. **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
- Psychische zorg bij de huisarts
- Stoppen met roken
- Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp)
- 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 eigen bijdrage. Help me even: de 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 (laboratorium)onderzoek. Net als zorg door een arts infectieziekte- of tuberculosebestrijding (GGD-arts). Help me even: het 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 of 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) of een rijbewijskeuring.

Wij vergoeden alleen de 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 kunnen dat doen. Die staan hieronder. 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.

● Zorgverlener zonder contract

Kies je voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. [Help me even: het 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 of 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.

Wij vergoeden alleen de 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.

Uitleg

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

● 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).

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt gzsp in 3 vormen.

Advies aan de huisarts

De specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten geeft advies aan je huisarts. Dan zie je die zorgverlener zelf niet.

Consult en behandeling

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.

Dagbehandeling in een groep

Dagbehandeling in een groep, als dit helpt bij het bereiken van je behandeldoel. De dagbehandeling kan onderdeel zijn van je zorgprogramma 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:

- gz-psycholoog¹
- orthopedagoog-generalist
- klinisch psycholoog
- klinisch neuropsycholoog
- psychiater

Andere zorg nodig?

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.

● 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.

- **Wat niet vergoed wordt**

- GZSP als je een indicatie hebt voor zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz): het zorgkantoor is dan je aanspreekpunt

- **Andere vergoedingen**

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

Voor individuele fysiotherapie en oefentherapie, Logopedie, Ergotherapie en Diëtetiek gelden die vergoedingen.

- **Zorgverlener zonder contract**

Kies je voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. Help me even: het 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 of 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 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

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 dagbehandeling 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.

Uitleg

1. Gz-psycholoog: Ook: gezondheidszorgpsycholoog
2. Physician assistant: De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Hij kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

● Voetzorg

Soms zijn je voeten extra kwetsbaar door een ziekte. Of door een medische behandeling. Goede voetzorg kan problemen voorkomen.

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt voetzorg, maar alleen als je een verhoogd risico hebt op wondjes of zweren aan je voeten (voetulcera) als gevolg van een ziekte of medische behandeling. Je Huisarts of een podotherapeut stelt het risicoprofiel vast. Dit risicoprofiel zegt iets over de kwetsbaarheid van je voeten. Er zijn 4 risicoprofielen volgens de Sims classificatie: 0, 1, 2 en 3.

Heb je risicoprofiel 1, dan vergoedt Jaaah basis de jaarlijkse voetcontrole.

Heb je risicoprofiel 2 of 3? Dan vergoedt Jaaah basis niet alleen de jaarlijkse voetcontrole, maar 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

- voetzorg als je geen verhoogd risico hebt op voetulcera (risicoprofiel 0)
- 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Nee, geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder je eigen risico. Help me even: het 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 of 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 de 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.

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

● Hier kun 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
- Onze app voor meditatie en mindfulness kan helpen, als je klachten wilt voorkomen
- Geneeskundige 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Nee, geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder je eigen risico. Help me even: het 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 of 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 de 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 bloedverduunners 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

Kies je voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. Help me even: het 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 of 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 de 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.

● **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:

1. je bent ouder dan 16 jaar
2. je bent gemotiveerd om het hele programma te doorlopen (dat duurt zo'n 2 jaar)
3. 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 leefstijlinterventies.

● **Hier kun je terecht**

- een leefstijlcoach² met wie je huisarts samenwerkt in de zorggroep
- een andere gli-begeleider³ met een eigen praktijk die bij de erkende gecombineerde leefstijlinterventies 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 en oefentherapie, Diëtiek, naar de Medisch specialist of voor psychologische ondersteuning zoals Geneeskundige 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 eigen bijdrage. Help me even: de 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. Help me even: het 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 of verwijzing

Ja, een verwijzing

Voordat je aan het programma begint, moet je een verwijzing hebben van je huisarts of medisch specialist⁴.

Toestemming

Ja, toestemming

Je moet toestemming van ons hebben vóórdat je aan het programma begint. [Help me even: toestemming 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

Het gli-programma moet effectief zijn. Je behandelaar kan je daar meer over vertellen. Alleen effectieve leefstijlinterventies zijn door ons [erkend](#).

De ZorgConsulent helpt je bij het vinden van een begeleider

Zoek je een leefstijlcoach of andere gli-begeleider? Check dat dan even bij onze [ZorgConsulent](#) 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.

Uitleg

1. BMI: 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. Leefstijlcoach: Deze moet als leefstijlcoach geregistreerd staan in het register van BLCN, KRF NL, Stichting Keurmerk fysiotherapie of Kwaliteitsregister Paramedici
3. Gli-begeleider: Dat kan een leefstijlcoach, fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck of diëtist zijn
4. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog

● 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.

● Hier kun je terecht

Voor korte ondersteunende adviezen:

- huisarts
- verloskundige
- medisch specialist¹

Voor het stoppen-met-roken programma:

- huisarts
- verpleegkundige
- zorgverlener die geregistreerd staat in het [kwaliteitsregister Stoppen met Roken](#) van het Partnership Stoppen met Roken

● Andere vergoedingen

- Onze [app voor meditatie en mindfulness](#) kan ook helpen bij het stoppen met roken

● 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 eigen bijdrage. [Help me even: de 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. [Help me even: het 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 of 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 aanvraagformulier invullen. Dit formulier stuur je mee 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 de 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.

Uitleg

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

● 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 een 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
- behandeling tegen snurken door operatie van de huid (uvuloplastiek)

● Andere vergoedingen

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

- Kaakchirurgie
- Geneeskundige ggz
- Opname voor geneeskundige ggz

Sommige behandelingen zijn wel medisch-specialistische zorg, maar er gelden andere voorwaarden. Daarom staan ze in aparte vergoedingen. Bijvoorbeeld Plastische chirurgie, Vruchtbaarheidsbehandelingen / Ivf en Medisch-specialistische revalidatie.

● Zorgverlener zonder contract

Kies je voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. Help me even: het 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 of 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 optometrist⁶ je verwijzen.

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

Voor acute zorg⁷ heb je geen verwijzing nodig.

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

Voor behandelingen die op de 'limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg⁸' staan, moet je vooraf toestemming van ons hebben. Help me even: toestemming 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

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. Jaaaah basis vergoedt die.

Wachtlĳst? Neem contact op met de ZorgConsulent

Je wilt natuurlijk zo snel mogelijk terecht kunnen. Als er een wachtlĳst is, kun je onze ZorgConsulent 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 (voorziene) zorg in het buitenland.

Uitleg

1. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek
2. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog
3. SEH-arts: Spoedeisende hulp arts
4. Physician assistant: De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Hij kan ook werken onder leiding van een medisch specialist
5. ZBC: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor je niet wordt opgenomen
6. Optometrist: Deze moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici met een aanvullende aantekening voor oogheelkundig onderzoek binnen de anderhalvelijns zorg
7. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
8. Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg: Een lijst met behandelingen die je alleen vergoed krijgt na toestemming. De lijst is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

● 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

Soms hoef je niet meer in het ziekenhuis te blijven. Maar heb je nog wel een hoog risico op ernstige complicaties, waarbij direct medisch-specialistische zorg nodig is. Bijvoorbeeld als je CAR-T celtherapie ondergaat voor een agressieve vorm van lymfeklierkanker. Dan vergoedt Jaaah basis ook verblijf dichtbij het ziekenhuis, als je daar te ver vandaan woont. Daarbij is geen verpleging, verzorging of paramedische zorg nodig. Jaaah basis vergoedt maximaal € 82 per dag.

● Hier kun je terecht

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

Als je zonder verpleging of zorg in de buurt van het ziekenhuis moet verblijven:

- logeerkamer bij het ziekenhuis
- hotel of andere betaalde overnachting

● Andere vergoedingen

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

- Opname voor geneeskundige ggz
- Eerstelijns verblijf
- Medisch-specialistische revalidatie
- Geriatrische revalidatie
- Zintuiglijk gehandicaptenzorg

● Zorgverlener zonder contract

Kies je voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. [Help me even: het 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 of 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 optometrist⁵ je verwijzen.

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

Voor acute zorg⁶ 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'⁷ staan, moet je vooraf toestemming van ons hebben. [Help me even: toestemming 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.

Wij vergoeden opname alleen bij verzekerde zorg

Jaaah basis vergoedt de ziekenhuisopname 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 geldt de opname 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 opname in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. Dat staat in de vergoedingen voor [spoedeisende](#) en [niet-spoedeisende](#) (voorziene) zorg in het buitenland. Zo moet je voor een geplande opname in het buitenland vooraf toestemming van ons hebben.

Uitleg

1. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog
2. Kaakchirurg: De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg
3. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek
4. ZBC: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor je niet wordt opgenomen
5. Optometrist: Deze moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici met een aanvullende aantekening voor oogheelkundig onderzoek binnen de anderhalvelijns zorg
6. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
7. Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg: Een lijst met behandelingen die je alleen vergoed krijgt na toestemming. De lijst is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

● 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 verslapte 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. het veranderen van primaire geslachtskenmerken als transseksualiteit bij je is vastgesteld

Wij vergoeden plastische chirurgie bij genderincongruentie alleen als onderzoeken en behandelingen worden uitgevoerd:

- volgens de internationale richtlijnen voor de behandeling en begeleiding van transseksuelen van de Standard of Care (SOC) van de WPATH (voorheen HBGDA), en
- door een multidisciplinair genderteam met een duidelijke regie tijdens het hele behandeltraject. Het team is gespecialiseerd op het gebied van geprotocolleerde behandeling van transseksuelen

Lees voor meer informatie ook het document '[plastische chirurgie](#)'.

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

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 specialist⁴ die plastische chirurgie doet. Die moet werken in het ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC⁵). In geval van genderincongruentie moeten de zorg en de zorgverlener voldoen aan de voorwaarden zoals hierboven beschreven.

● Wat niet vergoed wordt

- wegzuigen van onderhuids vet (liposuctie) van de buik
- borstvergroting, in andere gevallen dan hierboven
- operatie van flaporen

● Zorgverlener zonder contract

Kies je voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je zorg niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze [Zorgzoeker](#) 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 eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. [Help me even: het 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 of verwijzing

Ja, een verwijzing

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

Voor acute zorg⁶ heb je geen verwijzing nodig.

Toestemming

Ja, meestal

Voor behandelingen die op de 'limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg'⁷ staan, moet je vooraf toestemming van ons hebben. [Help me even: toestemming 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

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 [ZorgConsulent](#) vragen je naar een ander ziekenhuis te bemiddelen. Ook in andere situaties kun je de ZorgConsulent vragen om te bemiddelen.

Uitleg

1. Functiestoornis: Voorbeeld: je kunt je hand niet goed dichtdoen, en daardoor moeilijk dingen vastpakken
2. Verminkingen: 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. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek
4. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog
5. ZBC: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor je niet wordt opgenomen
6. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
7. Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg: Een lijst met behandelingen die je alleen vergoed krijgt na toestemming. De lijst is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

● 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?

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

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 lvf 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 eventuele medische behandeling van de donor om de spermacellen of eicellen te verkrijgen

● Zorgverlener zonder contract

Kies je voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. Help me even: het 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 of verwijzing

Ja, een verwijzing

Voordat je naar de medisch specialist gaat, moet je een verwijzing hebben van je huisarts of een andere 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 zorgafspraak die je niet nakomt (no show).

Wij vergoeden alleen de 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.

Uitleg

1. Zelfstandig behandelcentrum: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor je niet wordt opgenomen
2. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog

● 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 icsi¹, elke keer dat je zwanger wilt worden. Je moet dan wel aan 3 voorwaarden voldoen:

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

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

fase 1: de hormonale behandeling voor rijping van je eicellen

fase 2: de follikelpunctie (het aanprikken van de eiblaasjes om eicellen te verkrijgen)

fase 3: de laboratoriumfase, waarin je eicellen worden bevrucht met zaadcellen en uitgroeien tot een embryo

fase 4: het bij jou terugplaatsen van 1 of 2 embryo's, 1 keer of vaker

Als in fase 2 de punctie gedaan is, telt de behandeling mee als poging. Dat is ook zo als er bij het aanprikken geen rijpe eicellen verkregen zijn. De 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.

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 behandelcentrum² (vruchtbaarheidskliniek)

• 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

Kies je voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. Help me even: het 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 of verwijzing

Ja, een verwijzing

Voordat je naar de medisch specialist gaat, moet je een verwijzing hebben van je huisarts of een andere medisch specialist³.

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

Wil je voor ivf of icsi naar het buitenland? Een deel van de ivf- of icsi-behandeling vindt plaats tijdens dagopname. Daarom moet je ons vooraf toestemming 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

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.

Let op bij zorg in het buitenland

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

Geneesmiddelen zitten in de kosten van het ziekenhuis

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

Uitleg

1. Ivf of icsi: Bij ivf vindt bevruchting buiten het lichaam plaats. Bij icsi wordt ook nog de zaadcel in de eicel geïnjecteerd
2. Zelfstandig behandelcentrum: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor je niet wordt opgenomen
3. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog

● 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 en -advies. 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

Kies je voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. Help me even: het 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 of verwijzing

Ja, een verwijzing

Voordat je naar het klinisch-genetisch centrum gaat, moet je een verwijzing hebben van je huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist¹.

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

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

Uitleg

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

● 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)

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

● Hier kun je terecht

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

● 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

Kies je voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de 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).

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

Help me even: het 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 of 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 de 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 Transplantatiestichting kan je er alles over vertellen.

Uitleg

1. EU- of EER-land: Naast Nederland maken de volgende lidstaten deel uit van de Europese Unie: België, Bulgarije, Cyprus (Griekse deel), 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

● 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

Jaaah 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.

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

Kies je voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. [Help me even: het 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 of 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.

- **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 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 [ZorgConsulent](#) voor de (vergoedings)mogelijkheden. Ook [Nierpatiënten Vereniging Nederland](#) 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 daarvoor soms naar een verpleeghuis. Maar als je medische situatie dat toelaat, kun je de beademing thuis krijgen. Met hulp van een centrum voor thuisbeademing.

Bij beademing thuis vergoedt Jaaah basis:

- 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 stroomkosten. Die is € 0,06 per uur dat je de beademing nodig hebt (€ 1,44 per dag, bij een gebruik van 24 uur).

● Hier kun je terecht

- ziekenhuis of revalidatiecentrum
- verpleeghuis
- thuis, onder begeleiding van het centrum voor thuisbeademing

● Zorgverlener zonder contract

Kies je voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. Help me even: het 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 of 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.

Wij vergoeden alleen de 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 wetenschappelijk onderzoek.

Welke zorg, en hoe, waar en in welke periode je de zorg kunt krijgen, staat uitgelegd in het document voorwaardelijke toelating tot het basispakket.

● Hier kun je terecht

Dat lees je in het document voorwaardelijke toelating tot het basispakket.

● 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. Help me even: het 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 of 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.

Uitleg

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

● 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 als aan deze 5 voorwaarden is voldaan:

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

De arts¹ 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

● 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 in de eigen omgeving of Geneeskundige ggz gelden die vergoedingen.

● Zorgverlener zonder contract

Kies je voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je zorg 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 Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, meestal

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. Help me even: het 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 of 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 zorgafspraken 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 ZorgConsulent.

Uitleg

1. Arts: Met arts bedoelen wij in deze vergoeding ook: een tandarts

● Verpleging en verzorging in de eigen omgeving

Heb je in de eigen omgeving 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 in de eigen omgeving als je geneeskundige zorg nodig hebt of daar een grote kans op is. Je eigen omgeving is meestal thuis maar 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 in je eigen omgeving. Meestal is dat bij jou thuis. Je bent daar zelf bij. Daarbij beoordeelt de verpleegkundige:

- wat je zelf kunt doen of leren of waar je partner of mantelzorger 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 vaak 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 vast welke zorg nodig is. 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-thuis-huis
- Jaaah basis vergoedt waken alleen als dat om verpleegkundige redenen nodig is

• 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

• 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 hebt voor zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz): het zorgkantoor is dan je aanspreekpunt

• 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
- Ziekenvervoer, bijvoorbeeld voor kinderen met een lichamelijke handicap

• Zorgverlener zonder contract

Kies je voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Nee, geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder je eigen risico. Help me even: het 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 of verwijzing

Ja, altijd

- indicatiestelling van een hbo-verpleegkundige
- bij zorg in de laatste levensfase: de hbo-verpleegkundige en de huisarts hebben samen vastgesteld dat intensievere zorg nodig is omdat de laatste levensfase is aangebroken. Dit moet de hbo-verpleegkundige in het zorgdossier vastleggen

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 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 zorg die je gemeente regelt.

Wij vergoeden alleen de 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. Of als je een verhoogd risico hebt om die zorg nodig te hebben. 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. Jaaaah basis vergoedt dat, maar alleen als wij vooraf toestemming 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.

Wachttijst? Neem contact op met de ZorgConsulent

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

Uitleg

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

● Persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)

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

● Dit krijg je vergoed

Als je recht hebt op Verpleging en verzorging in de eigen omgeving 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 2023.

Je vraagt een Zvw-pgb aan met het aanvraagformulier. 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 2023.

● 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 hebt voor zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz): het zorgkantoor is dan je aanspreekpunt

● 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Nee, geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder je eigen risico. Help me even: het 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 of verwijzing

Ja, altijd

- indicatiestelling van een hbo-verpleegkundige
- bij zorg in de laatste levensfase: de hbo-verpleegkundige en de huisarts hebben samen vastgesteld dat intensievere zorg nodig is omdat de laatste levensfase is aangebroken. Dit moet de hbo-verpleegkundige in het zorgdossier vastleggen

Toestemming

Ja, toestemming

Je vraagt ons vooraf toestemming met het [aanvraagformulier](#). Als we die goedkeuren, krijg je een toestemmingsbrief. [Help me even: toestemming 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 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 2023](#). Daarin staat waar je allemaal aan moet denken. Meer informatie vind je ook op www.pgb.nl.

Soms moet je het declaratieformulier Zvw-pgb gebruiken

Je gebruikt dit [formulier](#) 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 hoef 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 zorg¹
- geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen als die standaard aanwezig zijn in de instelling waar je verblijft

● 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 verpleegkundige² dichtbij beschikbaar.

● Wat niet vergoed wordt

- opname om je mantelzorger te ontlasten (respitzorg). 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 voor zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz): 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.

Moet je tijdelijk in de buurt van een gespecialiseerd ziekenhuis overnachten omdat je een hoog risico loopt die gespecialiseerde zorg direct nodig te hebben? Dan geldt de vergoeding Ziekenhuisopname.

● Zorgverlener zonder contract

Kies je voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. [Help me even: de 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. [Help me even: het 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 of 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 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.

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

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

Uitleg

1. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek
2. Verpleegkundige: Deze moet minimaal hbo-gediplomeerd zijn

● 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 fysiotherapie 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 beter of Jaaah best?

Jaaah beter vergoedt 3 behandelingen fysio- of oefentherapie als Jaaah basis (nog) niet vergoedt. Jaaah best vergoedt er 6.

Je kunt ook kiezen voor een online behandeltraject¹ via de Fysiochecknu app. Jaaah beter vergoedt dan 3 hele trajecten. En Jaaah best 6. Combineren mag ook. Bijvoorbeeld bij Jaaah beter 2 behandelingen fysio- of oefentherapie en 1 online behandeltraject via de Fysiochecknu app.

Je moet de fysio- of oefentherapie wel nodig hebben om medische redenen, en dus niet om bijvoorbeeld beter te kunnen sporten.

● Hier kun je terecht

Voor zorg uit Jaaah basis:

- fysiotherapeut
- kinderfysiotherapeut²
- manueel therapeut³
- oefentherapeut Mensendieck of Cesar
- bekkenfysiotherapeut⁴
- oedeemfysiotherapeut⁵
- huidtherapeut⁶: alleen voor oedeem- en littekentherapie

Voor zorg uit Jaaah beter en Jaaah best kun je ook terecht bij:

- een psychosomatisch fysiotherapeut⁷
- Fysiochecknu app voor een online behandeltraject

● 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

Kies je voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

Eigen risico

Nee, geen eigen risico

Vanaf je 18e verjaardag betaal je wel eigen risico. [Help me even: het 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 of 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, medisch specialist⁸, jeugdarts, verpleegkundig specialist of physician assistant⁹.

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

Als je fysio- of oefen therapie 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 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

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

Uitleg

1. Online behandeltraject: Het geheel van digitale fysiotherapie voor jouw klacht. Dit bestaat uit online consulten, digitaal contact met de fysiotherapeut en een persoonlijk oefenprogramma
2. Kinderfysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als kinderfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
3. Manueel therapeut: Deze moet geregistreerd staan als manueel therapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
4. Bekkenfysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als bekkenfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
5. Oedeemfysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als oedeemfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
6. Huidtherapeut: Deze moet lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten
7. Psychosomatisch fysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als psychosomatisch fysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
8. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog
9. Physician assistant: De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Hij kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

● 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.

Heb je lichte klachten? Of wil je klachten voorkomen? Dan kan je met de Fysiochecknu app ook zelf aan de slag. Doe de online fysio check en je krijgt een persoonlijk oefenprogramma in de app.

● Dit krijg je vergoed

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

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

We leggen dit verderop uit.

Heb je Jaaah beter of Jaaah best?

Jaaah beter vergoedt 3 behandelingen fysio- of oefentherapie als Jaaah basis (nog) niet vergoedt. Jaaah best vergoedt er 6.

Voor fysiotherapie kun je ook kiezen voor een online behandeltraject¹ via de Fysiochecknu app. Jaaah beter vergoedt dan 3 hele trajecten. En Jaaah best 6. Combineren mag ook. Bijvoorbeeld bij Jaaah beter 2 behandelingen fysio- of oefentherapie en 1 online behandeltraject fysiotherapie via de Fysiochecknu app.

Je moet de fysio- of oefentherapie wel nodig hebben om medische redenen, en dus niet om bijvoorbeeld beter te kunnen sporten.

Wil je meer weten over de vergoeding uit Jaaah basis?

1. **aandoeningen lijst chronische fysiotherapie**

Heb je behandeling nodig voor een aandoening op de lijst chronische fysiotherapie? Jaaah basis vergoedt fysio- en oefentherapie vanaf de 21e behandeling. De eerste 20 behandelingen betaal 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 Fontaine² hebt. Je krijgt maximaal 37 behandelingen vergoed, over een periode van maximaal 12 maanden.

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 GOLD³-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.

• Hier kun je terecht

Voor zorg uit Jaaah basis:

- fysiotherapeut
- manueel therapeut⁴
- oefentherapeut Mensendieck of Cesar
- bekkenfysiotherapeut⁵
- geriatriefysiotherapeut⁶
- oedeemfysiotherapeut⁷
- huidtherapeut⁸: alleen voor oedeem- en littekentherapie

Voor zorg uit Jaaah beter en Jaaah best kun je ook terecht bij:

- een psychosomatisch fysiotherapeut⁹
- Fysiochecknu app voor een online behandeltraject

• 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.
- Heb je een ongeval¹⁰ gehad? Dan kun je misschien gebruik maken van de vergoeding Fysiotherapie en oefentherapie na een ongeval.

• Zorgverlener zonder contract

Kies je voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

Eigen risico

Ja, in de meeste gevallen

Behandelingen die Jaaah basis vergoedt, vallen onder je eigen risico. Behandelingen die Jaaah beter en Jaaah best vergoeden, vallen niet onder je eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

- **Wat je nodig hebt**

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

Voorschrift of 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 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

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.

Uitleg

1. Online behandeltraject: Het geheel van digitale fysiotherapie voor jouw klacht. Dit bestaat uit online consulten, digitaal contact met de fysiotherapeut en een persoonlijk oefenprogramma
2. Fontaine: Een indeling voor de ernst van vaatlijden (zoals etalagebenen). Deze gaat van stadium I (geen klachten) tot stadium IV (weefselafsterving)
3. GOLD: Een wereldwijd gebruikte indeling voor de ernst van COPD. Deze gaat van stadium I (licht) tot stadium IV (zeer ernstig)
4. Manueel therapeut: Deze moet geregistreerd staan als manueel therapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
5. Bekkenfysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als bekkenfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
6. Geriatriefysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als geriatriefysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
7. Oedeemfysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als oedeemfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
8. Huidtherapeut: Deze moet lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten
9. Psychosomatisch fysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als psychosomatisch fysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
10. Ongeval: Een ongeval is een plotselinge inwerking van geweld van buitenaf op je lichaam, buiten je wil, dat medisch aantoonbaar fysiek letsel heeft veroorzaakt

● Fysiotherapie en oefentherapie na een ongeval (vanaf 18 jaar)

Heb je een ongeval gehad? Bijvoorbeeld aangereden in het verkeer? Dan kan fysio- of oefentherapie nodig zijn.

● Dit krijg je vergoed

Ben je jonger dan 18 jaar? Dan vergoedt Jaaah basis maximaal 18 behandelingen fysio- of oefentherapie. Als je 18 jaar of ouder bent, vergoedt Jaaah basis fysio- of oefentherapie meestal niet. Ook niet na een ongeval.

Heb je Jaaah beter of Jaaah best?

Heb je fysio- of oefentherapie nodig na een ongeval? Dan vergoeden Jaaah beter en Jaaah best maximaal 14 behandelingen in maximaal 12 maanden vanaf de dag van het ongeval. Deze vergoeding geldt voor maximaal 1 ongeval per kalenderjaar.

Een ongeval is een plotselinge inwerking van geweld van buitenaf op jouw lichaam, buiten jouw wil, dat medisch aantoonbaar fysiek letsel heeft veroorzaakt. Een sportblessure zoals een zweepslag is dus geen ongeval. Of rugklachten na het optillen van iets of iemand.

Er gelden 6 voorwaarden:

- je bent 18 jaar of ouder
- het ongeval gebeurde toen je Jaaah beter of Jaaah best had
- het ongeval gebeurde in Nederland
- je klachten zijn ontstaan door het ongeval
- je fysio- of oefentherapeut heeft een contract met ons
- je vraagt ons toestemming voor de behandelingen direct nadat je arts, fysio- of oefentherapeut heeft vastgesteld dat je fysio- of oefentherapie nodig hebt voor je klachten. Dus voordat je (verder) in behandeling gaat

Wij vergoeden alleen de behandelingen die nodig zijn voor herstel van de situatie direct voorafgaand aan het ongeval. Dus alleen om van de klachten te herstellen die direct door het ongeval zijn ontstaan. Er is geen recht op vergoeding als de indicatie voor behandeling al voor het ongeval aanwezig was. Heb je daarnaast nog andere klachten? Of zijn de klachten die je al had, verergerd door het ongeval? Dan geldt daarvoor niet deze vergoeding Fysiotherapie en oefentherapie na een ongeval. Maar de vergoeding fysiotherapie en oefentherapie.

Heb je aan het eind van het jaar nog geen 14 behandelingen gehad en lopen je behandelingen door in het volgende kalenderjaar? Dan vergoeden we de verdere behandelingen alleen als je in dat jaar ook Jaaah beter of Jaaah best hebt.

● Wat niet vergoed wordt

Wij vergoeden geen fysio- of oefentherapie als het ongeval gebeurde:

- als gevolg van jouw eigen alcohol- of drugsgebruik
- terwijl je niet de gebruikelijke beschermingsmaatregelen had genomen. Bijvoorbeeld het dragen van je autogordel of het dragen van scheenbeschermers bij sport
- bij het beoefenen van gevaarlijke sporten of activiteiten, zoals parachutespringen, kitesurfen, raften, deltavliegen, paragliding, parasailing, zweefvliegen, skispringen, waterskiën, abseilen, bungeejumpen en bouldering
- bij het beoefenen van sportactiviteiten waarvoor je wordt betaald

- **Andere vergoedingen**

Heb je geen ongeval gehad? Of na je ongeval ook andere klachten? Dan geldt de vergoeding fysiotherapie vanaf 18 jaar.

- **Zorgverlener zonder contract**

Fysio- of oefentherapie na een ongeval krijg je niet vergoed als je kiest voor een zorgverlener zonder contract.

Wil je weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Nee, geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder je eigen risico. Help me even: het eigen risico

- **Wat je nodig hebt**

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

Voorschrift of 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. Die toestemming moet je vragen direct nadat je arts, fysio- of oefentherapeut heeft vastgesteld dat je fysio- of oefentherapie nodig hebt voor je klachten. Dus voordat je (verder) in behandeling gaat. Help me even: toestemming 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 dat je moet meewerken als wij zorgkosten bij een aansprakelijke persoon of verzekeraar willen terugvragen.

Wij vergoeden alleen de 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.

Geef ons machtigingsnummer door aan je fysio- of oefentherapeut

Als wij toestemming geven, ontvang je van ons een machtiging. Daarin staat een machtigingsnummer. Geef dit nummer door aan je fysio- of oefentherapeut. Die moet het nummer vermelden bij de declaratie.

● 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 fysiotherapie, oefentherapie 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. 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
2. je hebt problemen op meer gebieden (bijvoorbeeld mobiliteit, zelfverzorging en communicatie), en die problemen hangen met elkaar samen
3. behandeling door een team van verschillende zorgverleners geeft beter resultaat om een handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen
4. naar inschatting van je arts levert adequate behandeling in de eerste lijn (door bijvoorbeeld huisarts, psycholoog en fysiotherapeut) onvoldoende resultaat op
5. 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
6. 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
- revalidatiecentrum¹

● Andere vergoedingen

- fysiotherapie en oefentherapie of Ergotherapie voor revalidatie in de eerstelijns
- Geriatrische revalidatie voor revalidatie voor ouderen die uit het ziekenhuis komen

● Zorgverlener zonder contract

Kies je voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. [Help me even: het 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 of verwijzing

Ja, een verwijzing

Voordat je naar de revalidatiearts gaat, moet je een verwijzing hebben van je huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts of medisch specialist².

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 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

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

Uitleg

1. Revalidatiecentrum: Een instelling voor medisch-specialistische zorg die gespecialiseerd is in medisch-specialistische revalidatie
2. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog

● 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 specialist¹ 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

● Zorgverlener zonder contract

Kies je voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. [Help me even: het 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 of 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 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

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.

Uitleg

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

● 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.

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

Kies je voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. Help me even: het 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 of 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 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

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.

● 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
- NIPT¹, 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 test laten doen als je tussen de 9 en 14 weken zwanger bent
- 20-weeken echo

Ook met 13 weken kun je een echo laten uitvoeren. Maar alleen als je meedoet aan wetenschappelijk onderzoek. De overheid betaalt die echo dan.

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

Blijkt uit de NIPT of 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 vlokcentest, een vruchtwaterpunctie of een uitgebreidere echo (geavanceerd ultrageluidonderzoek).

De overheid heeft een [website](#) met informatie over prenatale screening.

Je kunt de NIPT ook krijgen zonder medische indicatie. Die wordt tot 1 april 2023 betaald uit een subsidieregeling van de overheid. Je moet dan wel meedoen aan onderzoek (de [TRIDENT-2 studie](#)) en je betaalt zelf € 175. Dit vergoeden wij niet.

Vanaf 1 april 2023 betaalt de overheid de NIPT zonder medische indicatie ook zonder deelname aan het wetenschappelijk onderzoek. De eigen bijdrage van € 175 geldt dan ook niet meer.

Je verloskundige, huisarts of gynaecoloog vraagt de test voor je aan.

● 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)

● Zorgverlener zonder contract

Kies je voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je zorg niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze [Zorgzoeker](#) 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 prenatale screening betaal je geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

Eigen risico

Meestal niet, maar in sommige gevallen wel

Het eigen risico geldt niet voor:

- counseling
- NIPT
- 20-weeken echo
- geavanceerd ultrageluidsonderzoek
- vlokcentest
- vruchtwaterpunctie

Het eigen risico geldt wel voor:

- aanvullend onderzoek, zoals chromosoomonderzoek dat naast de vlokcentest of vruchtwaterpunctie in rekening wordt gebracht

[Help me even: het 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 of verwijzing

Ja, in sommige gevallen

Van je verloskundige, huisarts of gynaecoloog voor de NIPT of prenataal vervolgonderzoek.

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 de 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.

Uitleg

1. NIPT: Niet-invasieve prenatale test (een bloedonderzoek)

● 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 situaties:

1. je bevalt thuis
2. je bevalt in een geboortecentrum¹, of in de polikliniek van het ziekenhuis zonder medische indicatie
3. je bevalt in een ziekenhuis op medische indicatie

1. Je bevalt thuis

Dan vergoedt Jaaah basis de verloskundige zorg door je verloskundige of huisarts. Als er medische problemen zijn en je toch naar het ziekenhuis moet, dan krijg je dat ook vergoed. Dan geldt situatie 3.

2. 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 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 3. Je betaalt dan geen eigen bijdrage.

3. 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

- kraampakket
- steriele waterinjecties
- hotelfaciliteiten of andere luxezorg in het geboortecentrum

- **Andere vergoedingen**

- [Prenatale screening](#)
- [Kraamzorg](#)

- **Zorgverlener zonder contract**

Kies je voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je zorg niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze [Zorgzoeker](#) 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.

In andere gevallen is er een lagere eigen bijdrage voor kraamzorg thuis. De bedragen vind je in de vergoeding [Kraamzorg. Help me even: de eigen bijdrage](#)

Eigen risico

Ja, in sommige gevallen

Het eigen risico geldt niet voor verloskundige zorg. Wel voor hiermee samenhangende zorg, zoals geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek en ambulancevervoer. [Help me even: het 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 of verwijzing

Ja, in sommige gevallen

Als je naar de gynaecoloog gaat, moet je een verwijzing hebben van je huisarts of verloskundige. Voor acute zorg² 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 de 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.

Uitleg

1. Geboortecentrum: Ook wel geboortehotel of kraamhotel genoemd
2. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

● 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 protocol¹.

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. Zij kijken daarbij naar wat jij en je baby nodig hebben. Soms mag je een paar dagen blijven, dan stelt het geboortecentrum het aantal uren kraamzorg vast.

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. Zij kijken daarbij naar wat jij en je baby nodig hebben.

● Hier kun je terecht

- kraamzorgorganisatie (thuis)
- geboortecentrum²
- ziekenhuis

● Wat niet vergoed wordt

- kraampakket: je kunt het kraampakket wel via ons regelen
- 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

Kies je voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 (situatie 1) of weer thuis na een bevalling in het ziekenhuis of geboortecentrum (situatie 2, 3 en 4), dan betaal je voor kraamzorg thuis € 4,80 per uur.

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

- € 19 per persoon per dag (dus € 38 voor moeder en 1 kind samen)
- de extra kosten als het tarief van het ziekenhuis of het geboortecentrum meer is dan € 137 per persoon per dag

Beval je van 1 kind? Dan vergoedt Jaaah basis dus € 230 (2 x € 134 - € 38) 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. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

Eigen risico

Nee, geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder je eigen risico. [Help me even: het 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 of verwijzing

Nee, geen voorschrift of verwijzing

Je kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Toestemming

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

Vraag kraamzorg op tijd aan. Dit kan eenvoudig [online](#) bij de kraamzorgorganisatie van je keuze. Kom je er niet uit? Bel dan met 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 de 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.

Uitleg

1. Protocol: Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg
2. Geboortecentrum: Ook wel geboortehotel of kraamhotel genoemd

● Geneesmiddelen

Jaaah basis vergoedt de meeste medicijnen.

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt vrijwel alle gangbare medicijnen die je op recept geleverd krijgt. Ook de dienstverlening en de begeleiding van de apotheek die daarbij hoort. Als een medicijn niet vergoed wordt, dan vertelt je arts dat meestal wel. Je kunt dat ook zelf opzoeken op medicijnkosten.nl. Daar staat ook per geneesmiddel welke voorwaarden gelden, of er een maximale vergoeding is en of er een eigen bijdrage geldt.

Wil je precies weten hoe het zit? Hieronder zetten we alles op een rij.

Jaaah basis vergoedt de volgende geneesmiddelen:

1. door de overheid aangewezen geneesmiddelen (in bijlage 1 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 2 van de Regeling zorgverzekering
2. geneesmiddelen die de apotheek op kleine schaal zelf maakt ('magistrale bereidingen') of bij een andere apotheek laat maken ('doorgeleverde bereidingen'). 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'.

● Hier kun je terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

● Wat niet vergoed wordt

Dit vergoedt de basisverzekering niet:

- geneesmiddelen bij wetenschappelijk onderzoek
- geneesmiddelen die volgens de wet beschikbaar zijn voor bepaalde schrijvende gevallen
- zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers, als je deze niet chronisch moet gebruiken
- homeopathische en antroposofische geneesmiddelen

● Andere vergoedingen

Jaaah basis vergoedt de volgende middelen ook niet. Maar Jaaah best wel:

- vaccinaties en preventieve geneesmiddelen voor je (vakantie)reis

Voor sommige geneesmiddelen gelden ook andere voorwaarden. Daarom staan deze ergens anders:

- Dieetpreparaten
- voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen
- Anticonceptie

- **Zorgverlener zonder contract**

Kies je voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je zorg niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze [Zorgzoeker](#) 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 eigen bijdrage. Maar totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Boven dit bedrag vergoedt Jaaah basis de eigen bijdragen. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

Eigen risico

Ja, eigen risico

Ook als Jaaah basis je eigen bijdragen boven € 250 vergoedt. [Help me even: 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 of verwijzing

Ja, een voorschrift

Van je behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist (kaakchirurg, orthodontist), verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant¹.

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

De medicijnen waarvoor je ons vooraf toestemming moet vragen staan in een overzicht. [Help me even: toestemming 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).

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. Dat vergoeden wij dan. Is er geen merkloze variant of is een merkgeneesmiddel voor jou medisch gezien nodig? Dan vergoeden wij een merkgeneesmiddel. Is er bij jou geen medische noodzaak, maar wil je toch een merkgeneesmiddel? Dan vergoeden wij de prijs van het betreffende merkloze geneesmiddel. De rest moet je zelf betalen.

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.

Uitleg

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

● 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

Kies je voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. Dat geldt niet voor diëtetiek als onderdeel van ketenzorg. Help me even: het 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 of 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 de 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.

Uitleg

1. BMI: 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

● 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

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

Kies je voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je dieetpreparaten niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. [Help me even: 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 of verwijzing

Ja, een voorschrift

Van je huisarts, of een [artsenverklaring dieetpreparaten](#) van je arts, medisch specialist¹, verpleegkundig specialist, physician assistant² of diëtist.

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

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

- als je kind 2 jaar of ouder is, of
- als je kind tussen 1 en 2 jaar is en meer dan 500 ml dieetvoeding per dag nodig heeft, of
- als je kind tussen 0 en 1 jaar is en meer dan 1.000 ml dieetvoeding per dag nodig heeft

[Help me even: toestemming 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).

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.

Uitleg

1. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog
2. Physician assistant: De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Hij kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

● 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 bescherm laag)
- 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

Bij de materiaal- en techniekkosten van een kunstgebit vergoeden wij het marktconforme bedrag. In ons overzicht materiaal- en techniekkosten staat een indicatie hiervan. Zijn de materiaal- en techniekkosten van het kunstgebit hoger? Dan moet je ons vooraf toestemming vragen. Bij de beoordeling vragen wij je zorgverlener om een toelichting.

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

● Hier kun je terecht

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus
- kaakchirurg¹

Voor de meeste mondzorg sluiten wij geen contracten. Wel voor kaakchirurgie. Wil je naar een kaakchirurg waarmee wij geen contract hebben? Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

● 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 tandheerkunde](#)

• 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 eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

Eigen risico

Nee, geen eigen risico

Tot je 18e verjaardag betaal je geen eigen risico. [Help me even: het 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 of 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 zorg³ 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
- transplantatie van een eigen tand of kies (autotransplantaat)
- behandelingen bij de kaakchirurg die op de limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie⁴ staan
- zorg onder volledige narcose
- een kunstgebit waarvan de materiaal- en techniekkosten hoger zijn dan de bedragen in ons [overzicht materiaal- en techniekkosten](#)
- 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 Tandheerkunde (CBT)

[Help me even: toestemming 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 zorgafsprake die je niet nakomt (no show), en cosmetische behandelingen.

Wij vergoeden alleen de 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.

Uitleg

1. Kaakchirurg: De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg
2. E97: De codes tussen haakjes staan op de rekening van je tandarts
3. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
4. Limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie: Een lijst met behandelingen die je alleen vergoed krijgt na toestemming. De lijst is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

● Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar

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 kaakchirurg, 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.

Heb je Jaaah tand?

Die 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

● Wat niet vergoed wordt

- volledige narcose en de voorbereiding daarvan (A20¹, A30)
- 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
- 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Nee, geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder je eigen risico. Help me even: het 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 of 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 de 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.

Uitleg

1. A20: De codes tussen haakjes staan op de rekening van je tandarts
2. MRA: Dit valt onder de vergoeding hulpmiddelen: MRA

• Tandheelkundige zorg na een ongeval

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 ongeval.

Heb je Jaaah beter, Jaaah best of Jaaah tand?

Die vergoeden maximaal € 10.000 per kalenderjaar, voor maximaal 1 ongeval¹. Hieronder vallen ook materiaal- en techniekkosten, bijvoorbeeld voor een kroon of gedeeltelijk kunstgebit.

Verder geldt:

- het ongeval moet gebeurd zijn terwijl je Jaaah beter, Jaaah best of Jaaah tand had
- wij vergoeden de behandelingen tot 1 jaar na het ongeval

Heb je naast Jaaah beter of Jaaah best ook Jaaah tand? Dan kun je de vergoedingen uit die verzekeringen niet bij elkaar optellen. Je kunt deze vergoeding maar 1 keer gebruiken. En krijgt dus nooit meer dan € 10.000 per kalenderjaar.

Wij vergoeden alleen de behandelingen die nodig zijn voor herstel van de situatie direct voorafgaand aan het ongeval. Dus alleen om de schade aan je gebit te herstellen die direct door het ongeval is ontstaan. Er is geen recht op vergoeding als de indicatie voor behandeling al voor het ongeval aanwezig was. Moest een tand bijvoorbeeld toch al vervangen worden door een kroon? Dan geldt niet deze vergoeding Tandheelkundige zorg na een ongeval. Jaaah beter en Jaaah best vergoeden dit niet. Jaaah tand vergoedt dit soms wel. Dat staat in Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar (Jaaah tand).

• Hier kun je terecht

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus

• Wat niet vergoed wordt

- volledige narcose en de voorbereiding daarvan (A20², A30)
- behandeling van schade aan je gebit door een gebeurtenis waarbij duidelijk is dat deze kan ontstaan. Zoals bijten op een hard voorwerp of het niet dragen van een gebitsbeschermer waar dat regel is
- 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 eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

Eigen risico

Nee, geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder je eigen risico. [Help me even: het 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 of verwijzing

Nee, geen voorschrift of verwijzing

Je kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Toestemming

Ja, toestemming

Voor vergoeding van tandheelkundige zorg na een ongeval uit Jaaah beter, Jaaah best of Jaaah tand moet je vooraf toestemming van ons hebben. Bij spoedeisende zorg mag dit 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 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 zorgafsprake die je niet nakomt (no show), en cosmetische behandelingen.

Wij vergoeden alleen de 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.

Uitleg

1. Ongeval: Met ongeval bedoelen wij in deze vergoeding: een plotselinge inwerking van geweld van buitenaf op je gebit, buiten je wil, waarbij onmiddellijk schade aan je gebit ontstaat
2. A20: De codes tussen haakjes staan op de rekening van je tandarts

● 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. Dit is een percentage van de totale kosten inclusief materiaal- en techniekkosten. Dus de kosten van de tandarts of de tandprotheticus en de 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.

Ook bij de materiaal- en techniekkosten van je kunstgebit vergoeden wij het marktconforme bedrag. In ons overzicht materiaal- en techniekkosten staat een indicatie hiervan. Zijn de materiaal- en techniekkosten van jouw kunstgebit hoger? Dan moet je ons vooraf toestemming vragen. Bij de beoordeling vragen wij je zorgverlener om een toelichting.

Jaaah basis vergoedt deze percentages van de totale kosten (inclusief materiaal- en techniekkosten):

- 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 percentage dat Jaaah basis niet vergoedt, is je 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.

En je implantaten dan?

Jaaah basis vergoedt die alleen als je een heel erg geslonken kaak zonder tanden hebt. Dan geldt 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%

De nummers verwijzen naar de opsomming hierboven. Jaaah tand vergoedt een deel van deze eigen bijdrage.

Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. Help me even: het 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 of verwijzing

Nee, geen voorschrift of verwijzing

Je kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

Voor de volgende zorg moet je toestemming van ons hebben:

- kunstgebit (1, 2 of 3 uit de opsomming hierboven) waarvan de materiaal- en techniekkosten hoger zijn dan de bedragen in ons overzicht materiaal- en techniekkosten
- vervangen van een kunstgebit (2 of 3 uit de opsomming hierboven) als dat minder dan 5 jaar oud is
- klikgebit (4 uit de opsomming hierboven)
- repareren of rebasen van een klikgebit
- zorg in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)

Help me even: toestemming 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

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 beter, Jaaah best of Jaaah tand 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

Voor de meeste mondzorg sluiten wij geen contracten. Wel voor kaakchirurgie. Wil je naar een kaakchirurg waarmee wij geen contract hebben? Dat kan, maar wij vergoeden je zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

● 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico (vanaf 18 jaar)

Deze zorg valt onder je eigen risico. Help me even: het 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 of 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.

Toestemming

Ja, toestemming

Voor deze zorg moet je vooraf toestemming van ons hebben. Help me even: toestemming 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

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

Uitleg

1. Kaakchirurg: De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg
2. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

● 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

- kaakchirurg¹, in het ziekenhuis of een ZBC²

● 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 Fronttandvervanging)

● 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

Kies je voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. Help me even: het 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 of verwijzing

Ja, een verwijzing

Voor je naar de kaakchirurg gaat, moet je een verwijzing hebben van je tandarts, orthodontist, huisarts of medisch specialist³. Voor acute zorg⁴ heb je geen verwijzing nodig.

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

Voor behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie⁵ staan, moet je vooraf toestemming van ons hebben. [Help me even: toestemming 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 de 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.

Uitleg

1. Kaakchirurg: De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg
2. ZBC: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor je niet wordt opgenomen
3. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog
4. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
5. Limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie: Een lijst met behandelingen die je alleen vergoed krijgt na toestemming. De lijst is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

● 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.
2. Als je een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt. Bijvoorbeeld: ernstige Parkinson, een verstandelijke beperking of extreme angst.
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 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.

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 ook je Ziekenhuisopname.

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 3 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.

Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. [Help me even: het 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 of 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 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

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

Uitleg

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

● Geneeskundige ggz

Heb je psychische problemen die de huisarts of POH-ggz niet zelf kan behandelen? Dan kan je huisarts je doorverwijzen naar de geneeskundige ggz.

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt geneeskundige 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-5¹.

De behandeling bestaat meestal uit gesprekken, met bijvoorbeeld een gz-psycholoog² of psychotherapeut. Dat kan soms ook via video-consulten. Ook kunnen e-health programma's onderdeel zijn van de behandeling.

Je krijgt voor de behandeling altijd een indicierend en coördinerend regiebehandelaar.

Zij zijn voor jou (en je naasten) het eerste aanspreekpunt in de verschillende fasen van de behandeling. Soms vervult één persoon allebei deze taken. Een regiebehandelaar kan ook andere behandelaars inzetten en zorgt dan voor goede samenwerking.

● Hier kun je terecht

Een ggz-praktijk of ggz-instelling waar je een regiebehandelaar krijgt. Wie indicierend en coördinerend regiebehandelaar mogen zijn, staat in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ³. Een regiebehandelaar is bijvoorbeeld een psychiater, klinisch psycholoog, gz-psycholoog of klinisch neuropsycholoog. Jouw behandelaar kan je hier meer uitleg over geven.

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 de 'oude' regiebehandelaar dan vergoeden wij dat, voor maximaal 12 maanden. Langer mag niet van de overheid. In die tijd kan de behandeling afgerond worden, of overgedragen aan een basisverzekering-regiebehandelaar.

● Wat niet vergoed wordt

- behandeling van vliegangst
- behandeling van leerstoornissen, zoals dyslexie
- zorg waarvan de effectiviteit niet of onvoldoende bewezen is. Meer informatie hierover staat in het overzicht therapieën ggz
- behandeling van werkproblemen⁴, relatieproblemen en aanpassingsstoornissen⁵

● Andere vergoedingen

- Onze app voor meditatie en mindfulness kan helpen, als je klachten wilt voorkomen
- Psychische zorg bij de huisarts, als je huisarts of POH-ggz⁶ je zelf kan helpen
- Opname voor geneeskundige ggz, als opname in een ggz-instelling of op de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis nodig is

● Zorgverlener zonder contract

Kies je voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. [Help me even: het 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 of verwijzing

Ja, een verwijzing

Voordat je naar een zorgverlener gaat, heb je een verwijzing nodig van je huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, SEH-arts⁷ of de straatdokter. Voor acute zorg⁸ heb je geen verwijzing nodig.

Als je al in behandeling bent in de ggz, dan kan ook jouw regiebehandelaar je doorverwijzen naar andere geneeskundige ggz. Je hoeft dan niet eerst langs je huisarts.

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

Je moet vooraf toestemming van ons hebben als je zorgverlener geen contract met ons heeft en:

- je meer dan 35 consulten nodig hebt, of
- je esketamine neusspray krijgt voorgeschreven

• 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 zorgverlener moet een goedgekeurd kwaliteitsstatuut hebben

Elke zorgverlener moet een eigen kwaliteitsstatuut hebben dat voldoet aan het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Daarin staat aan welke kwaliteitseisen de zorgverlener voldoet, en hoe de zorg er is geregeld. Je vindt het kwaliteitsstatuut op de website van de zorgverlener. Heeft je zorgverlener geen goedgekeurd kwaliteitsstatuut? Dan kan dit gevolgen hebben voor je vergoeding.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die je nodig hebt

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de geneeskundige ggz die psychiaters en klinisch psychologen normaal gesproken verlenen en waarvan de effectiviteit is bewezen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Let op bij zorg in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg. Daardoor krijg je de behandeling misschien niet of niet helemaal vergoed.

Wachttijst? Neem contact op met de ZorgConsulent

Je wilt natuurlijk zo snel mogelijk terecht kunnen. Als er een wachttijst is bij de zorgverlener van je keuze, kun je onze ZorgConsulent vragen te bemiddelen naar een andere zorgverlener. Ook in andere situaties kun je de ZorgConsulent vragen om te bemiddelen.

Uitleg

1. DSM-5: '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. Gz-psycholoog: Ook: gezondheidszorgpsycholoog
3. Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ: In het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ staan de kwaliteitsnormen waaraan een zorgverlener in de geneeskundige ggz moet voldoen. En wat de taken en verantwoordelijkheden van onder andere de indicerend en coördinerend regiebehandelaar zijn
4. Werkproblemen: Bijvoorbeeld burn-out en overspannenheid
5. Aanpassingsstoornissen: 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. POH-ggz: Praktijkondersteuner voor geestelijke gezondheidszorg, die werkt in een huisartsenpraktijk en is opgeleid voor het helpen bij psychische klachten
7. SEH-arts: Spoedeisende hulp arts
8. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

● Opname voor geneeskundige ggz

Heb je ernstige psychische problemen die niet zonder opname kunnen worden behandeld? Dan kan je worden doorverwezen voor een opname voor geneeskundige ggz.

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt een behandeling in de ggz, volgens de vergoeding Geneeskundige ggz. Soms is voor de behandeling ook een opname nodig. Dan geldt ook de vergoeding die je nu leest.

Heb je een indicatie voor geneeskundige ggz en is een opname nodig voor een goed resultaat? Dan vergoedt Jaaah basis een ggz-opname vanaf 18 jaar. Jaaah basis vergoedt ook de verpleging en verzorging, paramedische zorg¹, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij een opname nodig zijn. Krijg je tijdens de opname dagbesteding? Dan vergoeden wij ook die dagbesteding en het vervoer daar naartoe.

● Hier kun je terecht

Een ggz-instelling waar je een regiebehandelaar krijgt. Wie indicierend en coördinerend regiebehandelaar mogen zijn, staat in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ². Dat is meestal een klinisch psycholoog of psychiater. Jouw behandelaar kan je hier meer uitleg over geven.

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 de 'oude' regiebehandelaar dan vergoeden wij dat, voor maximaal 12 maanden. Langer mag niet van de overheid. In die tijd kan de behandeling afgerond worden, of overgedragen aan een basisverzekering-regiebehandelaar.

● Wat niet vergoed wordt

- behandeling van werkproblemen³, relatieproblemen en aanpassingsstoornissen⁴
- zorg waarvan de effectiviteit niet of onvoldoende bewezen is. Meer informatie hierover staat in het overzicht therapieën ggz

● Zorgverlener zonder contract

Kies je voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. Help me even: het 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 of verwijzing

Ja, een verwijzing

Voordat je naar een zorgverlener gaat, heb je een verwijzing nodig van je huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, SEH-arts⁵ of de straatdokter. Voor acute zorg⁶ heb je geen verwijzing nodig.

Als je al in behandeling bent in de ggz, dan kan ook jouw regiebehandelaar je verwijzen voor opname in een (andere) ggz-instelling. Je hoeft dan niet eerst langs je huisarts.

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

Je moet vooraf toestemming van ons hebben als je zorgverlener geen contract met ons heeft.

Help me even: toestemming 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

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de geneeskundige ggz die klinisch psychologen en psychiaters normaal gesproken verlenen en waarvan de effectiviteit is bewezen. Zonder opname als het kan, met opname als het nodig is.

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

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

Je zorgverlener moet een goedgekeurd kwaliteitsstatuut hebben

Elke zorgverlener moet een eigen kwaliteitsstatuut hebben dat voldoet aan het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Daarin staat aan welke kwaliteitseisen de zorgverlener voldoet, en hoe de zorg er is geregeld. Je vindt het kwaliteitsstatuut op de website van de zorgverlener. Heeft jouw zorgverlener geen goedgekeurd kwaliteitsstatuut? Dan kan dit gevolgen hebben voor je vergoeding.

Soms krijg je jouw geneesmiddelen van je ggz-instelling

Krijg je bij je behandeling geneesmiddelen? Dan vallen die meestal onder de vergoeding Geneesmiddelen. Behalve als de ggz-instelling het geneesmiddel levert. Dan valt het geneesmiddel onder deze vergoeding.

Let op bij zorg in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. Daardoor krijg je misschien niet alles vergoed. En voor een opname in het buitenland moet je altijd vooraf toestemming van ons hebben.

Wachttijst? 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 ZorgConsulent vragen je naar een andere zorgverlener te bemiddelen. Ook in andere situaties kun je de ZorgConsulent vragen om te bemiddelen.

Uitleg

1. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek
2. Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ: In het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ staan de kwaliteitsnormen waaraan een zorgverlener in de geneeskundige ggz moet voldoen. En wat de taken en verantwoordelijkheden van onder andere de indicierend en coördinerend regiebehandelaar zijn
3. Werkproblemen: Bijvoorbeeld burn-out en overspannenheid
4. Aanpassingsstoornissen: 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
5. SEH-arts: Spoedeisende hulp arts
6. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

● App voor meditatie en mindfulness

Meer ruimte in je hoofd met een app voor meditatie en mindfulness.

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt geen meditatie en mindfulness.

Heb je Jaaah beter of Jaaah best?

Die vergoeden voor maximaal 12 maanden een abonnement voor digitale zelfhulp via een meditatie app die Jaaah aanbiedt. Met deze meditatie app houd je jezelf mentaal fit. Gebruik de app om rust in je hoofd te krijgen, beter te slapen of meer te focussen.

Je kunt de app 12 maanden gebruiken vanaf de datum dat je toegang tot de app hebt gekregen. Als je bijvoorbeeld de app in maart activeert, kun je deze tot maart van het volgende jaar gebruiken.

Hier kun je terecht

- via de Jaaah app krijg je toegang tot de meditatie app

● Wat niet vergoed wordt

- andere apps dan de app die Jaaah aanbiedt

● 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Nee, geen eigen risico

Voor deze zorg betaal je geen eigen bijdrage. Help me even: het 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 of verwijzing

Nee, geen voorschrift of verwijzing

Je hebt voor toegang tot de meditatie app 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.

Lees eerst meer over de app

Wil je aan de slag met meditatie en mindfulness? Lees dan eerst meer over de app die Jaaah aanbiedt. Dan kun je bepalen of deze app ook echt bij je past.

● 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. anticonceptiestaafe
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 (menorragie) hebt. En let op: laat je een anticonceptiemiddel plaatsen (of verwijderen) door een gynaecoloog? Dan geldt de vergoeding Medisch specialist. Je leeftijd maakt dan niet uit.

Heb je Jaaah beter?

Die vergoedt tot maximaal € 50 per kalenderjaar:

- de bovenstaande anticonceptiemiddelen, als je 21 jaar of ouder bent
- de eigen bijdrage, als Jaaah basis de middelen vergoedt

Dit maximale bedrag geldt voor de middelen en de eigen bijdrage samen.

Heb je Jaaah best?

Die vergoedt de bovenstaande anticonceptiemiddelen en de eigen bijdrage daarvoor helemaal.

● Hier kun je terecht

Anticonceptiemiddelen haal je bij:

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Een anticonceptiestaafe of spiraaltje laat je plaatsen (of verwijderen) door:

- huisarts
- verloskundige
- gynaecoloog

Let op: bij de gynaecoloog is het anticonceptiestaafe of spiraaltje onderdeel van de behandeling. Je koopt het dan niet zelf.

● Zorgverlener zonder contract

Kies je voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker 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. Deze eigen bijdragen zijn totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Hierin tellen ook de eigen bijdragen van (andere) geneesmiddelen mee. Daarboven vergoedt Jaaah basis de eigen bijdragen. Op medicijnkosten.nl kun je zien of er een eigen bijdrage geldt. Jaaah beter en Jaaah best vergoeden de eigen bijdrage voor anticonceptiemiddelen voor een deel of helemaal. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

Eigen risico

Ja, in sommige gevallen

Je betaalt eigen risico voor:

- het anticonceptiemiddel als je 18 jaar of ouder bent en Jaaah basis het middel vergoedt
- het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiestaafe 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. [Help me even: het 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 of 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 anticonceptiestaafe 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).

Het pessarium en koperspiraaltje zijn ook hulpmiddelen

Daarom zijn de [basisregels hulpmiddelen](#) ook van toepassing.

Je krijgt een vaste afleverhoeveelheid mee

Per recept vergoeden wij de kosten van de anticonceptiepil voor maximaal 1 jaar.

Uitleg

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

● 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

Kies je voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. Help me even: het 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 of 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.

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

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 (auditieve 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 hoeft 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 en aangesloten is bij VIVIS of SIAC, en
- een kwaliteitskeurmerk ISO of HKZ heeft

Een multidisciplinair team verleent de zorg.

● Wat niet vergoed wordt

- ondersteuning bij maatschappelijk functioneren (bijvoorbeeld een doventolk)
- complexe, langdurige en levensbrede zorg aan volwassen doofblinden en prelinguaal doven¹

● Andere vergoedingen

Als je blind of slechtziend bent en je je niet zonder begeleiding kunt verplaatsen, geldt de vergoeding Ziekenvervoer.

● Zorgverlener zonder contract

Kies je voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. [Help me even: het 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 of 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 [NOG](#). 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 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

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 geldt de opname als doorlopend. Dagen dat je buiten het ziekenhuis bent voor vakantie- of weekendverlof tellen wel mee voor het volmaken van de 3 jaar.

Uitleg

1. Prelinguaal doven: Mensen die doof zijn vanaf de geboorte of heel jonge leeftijd, voordat de taalontwikkeling begint
2. FENAC: Federatie van Nederlandse Audiologische Centra

● 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:

- behandeling van stotteren
- behandeling van afasie
- preverbale logopedie
- Hanen ouderprogramma

Je vindt de gespecialiseerde logopedisten in de registers van de [NVLF](#). Check ook of je logopedist een contract met ons heeft, in onze [Zorgzoeker](#).

● 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

Kies je voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je zorg niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

Wil je naar een zorgverlener met een contract?

In onze [Zorgzoeker](#) 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 eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. [Help me even: het 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 of 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 de 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

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 verpleging en verzorging op bed
- Hulpmiddelen voor Anticonceptie
- 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
- Prothesen
- Pruik
- Steunkousen en andere hulpmiddelen bij vaatproblemen
- Verbandmiddelen
- Verbandschoenen
- Woningaanpassing en overige kosten bij thuisdialyse
- Zuurstofapparatuur

● 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 geïmplantéerd? 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 hulpmiddelenwijzer. Heb je toch nog vragen? Neem contact met ons op.

● 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 in de volgende situaties:

- 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 waar je zorg krijgt uit 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

- 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. Help me even: het 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 of verwijzing

Nee, geen voorschrift of verwijzing

Bij niet-spoedeisende zorg regelt je zorgverlener 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 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.

● Ziekenvervoer

In sommige situaties vergoedt Jaaah basis je vervoerskosten naar onder meer het ziekenhuis. Je krijgt dan ziekenvervoer. Dit vervoer vindt plaats per auto, taxi of openbaar vervoer, waarbij je tijdens het vervoer geen zorg nodig hebt. Zoals dat wel het geval is bij ambulancevervoer. Eerder noemden we dit zittend ziekenvervoer.

Als je meer dagen achter elkaar behandeld moet worden, vergoedt Jaaah basis ook logeerkosten.

● Dit krijg je vergoed

Vervoer

Jaaah basis vergoedt ziekenvervoer over maximaal 200 km enkele reis, als minimaal 1 van de volgende situaties voor jou geldt:

- je krijgt nierdialyse
- je krijgt chemotherapie, immuuntherapie of bestraling (radiotherapie) bij kanker
- je kunt je alleen in een rolstoel verplaatsen
- je hebt een beperkt gezichtsvermogen en kunt je niet zonder begeleiding verplaatsen
- je bent jonger dan 18 jaar en je hebt intensieve kindzorg¹
- je krijgt Geriatrische revalidatie
- 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)

Zijn deze situaties 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 hardheidsclausule. Dit hangt af van hoe vaak je moet reizen en van de reisafstand. Om te beoordelen of je volgens de hardheidsclausule recht hebt op ziekenvervoer gebruiken we de volgende formule:

$(\text{aantal maanden}) \times (\text{aantal keren per week}) \times (\text{aantal weken per maand}) \times (\text{aantal km enkele reis}) \times 0,25$ (= wegingsfactor)

Is de uitkomst gelijk aan of groter dan 250 dan bestaat recht op ziekenvervoer. Je moet wel vooraf toestemming van ons hebben. Denk je dat dit voor jou geldt of wil je dat wij het voor je uitrekenen? Neem dan contact met ons op.

In alle situaties hierboven 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 thuis niet de nodige verzorging kan krijgen
- 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: € 0,37 per km
- openbaar vervoer: volledig, op basis van 2e klasse
- (rolstoel)taxi: volledig, als je gebruik maakt van Transvision. Bij een ander taxibedrijf maximaal € 0,97 per kilometer dat je in de taxi zit

Logeren

Jaaah basis vergoedt logeren in plaats van ziekenvervoer als:

- Jaaah basis het vervoer zou vergoeden, en
- je 3 of meer dagen achter elkaar naar je zorgverlener moet

Jaaah basis vergoedt maximaal € 82 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.

• Hier kun je terecht

- Transvision², 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
- Opname voor geneeskundige ggz, als dagbesteding tijdens je opname onderdeel uitmaakt van je behandeling wordt het vervoer daar naartoe ook vergoed
- Ziekenhuisopname, als je tijdelijk in de buurt van een gespecialiseerd ziekenhuis moet overnachten omdat je een hoog risico loopt die gespecialiseerde zorg direct nodig te 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 voor deze zorg een eigen bijdrage. Hoe hoog die is, ligt eraan of je kiest voor vervoer of logeren:

- voor vervoer: € 113 per kalenderjaar voor vervoer naar en van je zorgverlener, of bij logeren: voor het vervoer naar en van je logeerafres
- voor logeren zelf: geen eigen bijdrage, maar alle kosten boven de maximale vergoeding per dag betaal je zelf

Je betaalt deze eigen bijdrage niet in de volgende situaties:

- 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

Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. Help me even: het 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 of verwijzing

Nee, geen voorschrift of verwijzing

Je arts moet wel een deel van het aanvraagformulier invullen.

Toestemming

Ja, toestemming

Je moet voor ziekenvervoer en logeren 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 vragen

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. Vraag wel eerst toestemming bij ons. Transvision is van maandag t/m vrijdag van 8.00 tot 18.00 uur te bereiken op telefoonnummer 0900 333 33 30. Na de telefonische intake bij hen kun je je ritten ook online boeken via hun reserveringstool.

• 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 Google Maps. Wij vergoeden alleen de kilometers waarbij je zelf passagier bent.

Declareer met het declaratieformulier ziekenvervoer

Wil je ziekenvervoerskosten declareren? Gebruik het declaratieformulier ziekenvervoer. Op het formulier staat wat je moet meesturen.

Uitleg

1. Intensieve kindzorg: 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. Transvision: Transvision is van maandag t/m vrijdag van 8.00 tot 18.00 uur te bereiken op telefoonnummer 0900 333 33 30

● Buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen

In sommige landen loop je extra risico op infectieziekten, bijvoorbeeld hepatitis of malaria. Je kunt je hiertegen laten vaccineren, of (meestal tegen malaria) medicijnen slikken.

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt geen vaccinaties of preventieve geneesmiddelen voor reizen naar het buitenland.

Heb je Jaaah beter?

Dan krijg je geen vergoeding voor buitenlandvaccinaties of preventieve geneesmiddelen.

Heb je Jaaah best?

Die vergoedt maximaal € 100,- per kalenderjaar aan consulten, vaccinaties en preventieve geneesmiddelen voor de volgende infectieziekten:

- hepatitis A en B
- difterie, tetanus en polio (dtp)
- gele koorts
- tyfus
- cholera
- meningokokken
- rabiës
- malaria

● Hier kun je terecht

- huisarts
- apotheek
- [GGD](#)
- thuisvaccinatie.nl
- vaccinatiecentrum

● Wat niet vergoed wordt

- het vaccinatieboekje
- administratiekosten
- andere middelen die aangeraden worden bij een reis naar het buitenland, zoals DEET en ORS (middel tegen uitdroging bij diarree of braken)

● 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 eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

Eigen risico

Nee, geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder je eigen risico. [Help me even: het 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 of verwijzing

Ja, in sommige gevallen

Voor preventieve geneesmiddelen en vaccins die je zelf bij de apotheek haalt, moet je een voorschrift (recept) hebben.

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).

● 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 onverwachts nodig hebt en meteen moet krijgen en die niet kan wachten tot je weer terug bent in eigen land. Zodat je jouw reis of verblijf niet hoeft af te breken.

● Dit krijg je vergoed

Vergoeding volgens Jaaah basis

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: vergoeding volgens regels van het land waar je zorg krijgt

Woon je in een EU-, EER- of verdragsland en krijg je de spoedeisende zorg in een ander EU-, EER- of verdragsland? Dan kun je ook kiezen voor vergoeding volgens de regels van het land waar je zorg krijgt. Door gebruik te maken van je Europese zorgpas (EHIC) of Verdragsformulier 111.

Heb je Jaaah beter?

Dan krijg je geen aanvullende vergoeding voor spoedeisende zorg in het buitenland.

Heb je Jaaah best of Jaaah op reis?

Vertrek je voor maximaal 180 dagen naar het buitenland? En heb je daar onvoorzien¹ spoedeisende zorg nodig? Dan vergoeden Jaaah best en Jaaah op reis:

- zorgkosten die voor eigen rekening blijven, als de zorg onder Jaaah basis valt en duurder was dan als je de zorg in Nederland had gekregen. Jaaah basis vergoedt deze zorg tot maximaal de wettelijke of marktconforme prijs². De vergoeding volgens Jaaah basis maakt hiervan deel uit
- geneesmiddelen die in Nederland of het land van je behandeling geregistreerd zijn, maar die Jaaah basis niet vergoedt
- middelen die in Nederland geregistreerd staan als niet-geneesmiddel tot maximaal € 250 per kalenderjaar
- hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen

Heeft je zorgverlener in het buitenland een garantie nodig dat Jaaah de zorgkosten vergoedt? Of dat Jaaah een voorschot betaalt? Met Jaaah best of Jaaah op reis regelt onze alarmcentrale dat voor je, als je daarom vraagt. Maar alleen als Jaaah basis, Jaaah best of Jaaah op reis die zorgkosten vergoedt.

Heb je medicijnen nodig die je op je verblijfplaats niet kunt krijgen? Als het mogelijk is regelt onze alarmcentrale dan toezending daarvan, als je daarom vraagt. Maar alleen als Jaaah basis, Jaaah best of Jaaah op reis die medicijnen vergoedt.

Regeling bij zwangerschap en bevalling

Als je tijdens een zwangerschap naar het buitenland reist, kunnen er medische complicaties optreden in je zwangerschap of bij de bevalling. Jaaah best of Jaaah op reis vergoedt de zorg voor die complicaties als deze niet te voorzien waren.

Wij zien de reguliere zorg rond zwangerschap en bevalling als voorziene zorg. Je kunt daarvoor geen gebruik maken van de vergoedingen van Jaaah best of Jaaah op reis. Jaaah best en Jaaah op reis vergoeden ook geen zorg voor complicaties rond je zwangerschap en bevalling waarop je een verhoogd risico loopt door je reis. Dat is zo in de volgende situaties:

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

• Hier kun je terecht

Een zorgverlener die in de door de overheid gebruikte registers staat in het land waar je je behandeling krijgt. Zonder zo'n register moet de zorgverlener in het register van de erkende beroepsgroep staan in dat land, als dat er is. De beroepsgroep moet de zorg als gebruikelijk zien.

• Wat niet vergoed wordt

- extra kosten in verband met een één- of tweepersoonskamer
- hogere lonen voor artsen of kosten die daarmee te maken hebben, bijvoorbeeld bij inzet van een Chefarzt of Oberarzt (Duitsland) of supplementen (België)

Jaaah best en Jaaah op reis vergoeden daarnaast ook niet:

- eigen risico dat je moet betalen

• 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 (voorziene) 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

Zou je in Nederland een eigen bijdrage betalen? Dan betaal je die ook in het buitenland. Kies je voor vergoeding volgens de regels van het land waar je de zorg krijgt? Dan betaal je een eigen bijdrage als die regels dat bepalen. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, meestal

Valt de zorg in Nederland onder je eigen risico? Dan geldt dat ook voor de zorg in het buitenland. Kies je voor vergoeding volgens de regels van het land waar je de zorg krijgt? Dan betaal je eigen risico als die regels dat bepalen. Help me even: het 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 of verwijzing

Nee, geen voorschrift of verwijzing

Je kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Toestemming

Nee, geen toestemming. Maar je moet wel contact opnemen met de alarmcentrale

Heb je in het buitenland zorg nodig? Dan moet je zo snel mogelijk contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance³. Doe je dat niet, dan kan dat gevolgen hebben voor de vergoeding.

● 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.

Je geeft toestemming voor uitwisseling medische gegevens

Je geeft toestemming aan de medisch adviseur van onze alarmcentrale Zorgassistance om, als dat nodig is, gegevens over te dragen aan onze medisch adviseur. Dit zijn bijvoorbeeld gegevens over je behandeling of repatriëring.

Wij vergoeden alleen de 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.

Langer dan 180 dagen naar het buitenland? Dan geen vergoeding van Jaaah best of Jaaah op reis

Als je voor langer dan 180 dagen naar het buitenland vertrekt, dan geldt de aanvullende vergoeding van Jaaah best en Jaaah op reis niet. Ook niet de eerste 180 dagen na je vertrek.

Uitleg

1. Onvoorzien: Zorg die medisch gezien niet kan wachten, omdat direct ingrijpen nodig is. De zorg was bij vertrek niet te verwachten
2. Marktconforme prijs: Dit is het bedrag dat de zorgverlener rekent en dat niet onredelijk hoog is vergeleken met wat andere zorgverleners in het land van behandeling voor dezelfde zorg rekenen
3. Alarmcentrale Zorgassistance: +31 (0)88 668 97 77

● Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg

Als je zorg nodig hebt, kun je hiervoor meestal ook naar het buitenland. Dat is zorg die gepland kan worden, maar die je niet meteen nodig hebt. 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 van zorg in het buitenland boven onze maximale vergoedingen in 2 situaties. Als je zorg nodig hebt die Jaaah basis wel vergoedt maar:

1. je moet daar gezien je medische situatie te lang op wachten, of
2. je kunt die in Nederland niet krijgen

Woon je in een EU- of EER-land of Zwitserland en ga je voor zorg naar een ander EU- of EER-land of Zwitserland? Dan is in die situaties soms vergoeding mogelijk volgens de regels van het land waar je de behandeling krijgt.

● Wat niet vergoed wordt

- zorg die niet voldoet aan de voorwaarden van Jaaah basis
- extra kosten in verband met een één- of tweepersoonskamer
- hogere lonen voor artsen of kosten die daarmee te maken hebben, bijvoorbeeld bij inzet van een Chefarzt of Oberarzt (Duitsland) of supplementen (België)
- administratiekosten die je maakt omdat je voor de behandeling naar het buitenland gaat. Bijvoorbeeld als het ziekenhuis kosten rekent, omdat ze je dossier uit Nederland moeten beoordelen en verwerken

Waar kan ik terecht? Wat zijn de voorwaarden?

Voor zorg in het buitenland gelden dezelfde voorwaarden als voor zorg in Nederland. Kijk dus bij de vergoeding als je wilt weten welke voorwaarden er gelden. En bij welke 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 die je meteen moet krijgen, geldt de vergoeding Buitenland: spoedeisende 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. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

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. [Help me even: het 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 of verwijzing

Ja, bijna altijd

Als je voor de zorg of het geneesmiddel in Nederland een verwijzing of voorschrift nodig hebt, geldt dat ook in het buitenland. Je moet die hebben voordat je de zorg in het buitenland krijgt.

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

Voor zorg in het buitenland moet je toestemming van ons hebben in 3 situaties:

- als je voor de zorg in Nederland toestemming moet hebben, geldt dat ook in het buitenland
- voor opname of dagopname¹
- als je de zorg in Nederland niet (tijdig) kunt krijgen (ook als je vergoeding wilt volgens de regels van het land waar je de behandeling krijgt)

[Help me even: toestemming vragen](#)

Ook als er geen toestemming nodig is, raden we je aan om ziekenhuiszorg in het buitenland aan te vragen. 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 de 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.

Een second opinion kan ook

Twijfel je over de gestelde diagnose of voorgestelde behandeling? Jaaah basis vergoedt een second opinion door een andere arts. Daarvoor kun je ook naar het buitenland. Maar de buitenlandse arts neemt de behandeling niet over. Met het oordeel van de buitenlandse arts ga je terug naar je eigen specialist in Nederland. Als je aan alle voorwaarden voldoet, vergoedt Jaaah basis die second opinion. Daarbij gelden onze maximale vergoedingen.

Uitleg

1. Dagopname: Je gaat op de dag van behandeling - met dagverpleging - weer naar huis. Je overnacht dus niet in het ziekenhuis

● Repatriëring

Word je tijdens een reis ernstig ziek, of heb je ernstig letsel door een ongeval? Dan geldt voor de medische zorg die je nodig hebt de vergoeding **Buitenland: spoedeisende zorg**. Het kan zijn dat onze alarmcentrale Zorgassistance vindt dat er een medische noodzaak is om je naar een Nederlands ziekenhuis te vervoeren voor bijvoorbeeld (vervolg)behandeling of verder herstel. Dat noemen we repatriëring.

Heb je zorg in het buitenland nodig? Dan moet je zo snel mogelijk contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance. Dit kan 24/7 via telefoonnummer +31 (0)88 668 97 77.

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt soms het vervoer. Dan geldt de vergoeding Ambulancevervoer.

Heb je Jaaah beter?

Dan krijg je geen vergoeding voor repatriëring.

Heb je Jaaah best of Jaaah op reis?

Vertrek je voor maximaal 180 dagen naar het buitenland? Dan vergoeden Jaaah best en Jaaah op reis:

- vervoer naar een ziekenhuis in Nederland met de medische begeleiding die daarbij hoort
- extra kosten van verblijf tot maximaal € 150 per dag, als je ergens anders naartoe vervoerd moet worden maar dat om medische redenen nog niet kan

Maar alleen als onze alarmcentrale Zorgassistance dit regelt.

● Hier kun je terecht

- onze alarmcentrale Zorgassistance¹

● Wat niet vergoed wordt

- vervoer naar huis, als dat door je ziekte of letsel niet kan met het geplande vervoermiddel
- vervoer naar huis, als je dat zelf wilt, maar onze alarmcentrale dat niet nodig vindt

● 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Nee, geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder je eigen risico. Als Jaaah basis het vervoer vergoedt, geldt het eigen risico wel. Help me even: het 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 of verwijzing

Nee, geen voorschrift of verwijzing

Je hebt voor repatriëring geen verwijzing nodig.

Toestemming

Ja, toestemming

Onze alarmcentrale Zorgassistance bepaalt of repatriëring nodig is. En regelt dit. Als je de repatriëring zelf regelt, krijg je mogelijk niet alles vergoed. Onze alarmcentrale Zorgassistance is altijd bereikbaar op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 77. Jaaah best en Jaaah op reis vergoeden telefoonkosten vanuit het buitenland naar onze alarmcentrale.

- **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 geeft toestemming voor uitwisseling medische gegevens

Je geeft toestemming aan de medisch adviseur van onze alarmcentrale Zorgassistance om, als dat nodig is, gegevens over te dragen aan onze medisch adviseur. Dit zijn bijvoorbeeld gegevens over je behandeling of repatriëring.

Langer dan 180 dagen naar het buitenland? Dan geen vergoeding van Jaaah best of Jaaah op reis

Als je voor langer dan 180 dagen naar het buitenland vertrekt, dan geldt de vergoeding van Jaaah best en Jaaah op reis niet. Ook niet de eerste 180 dagen na je vertrek.

Uitleg

1. Alarmcentrale Zorgassistance: +31 (0)88 668 97 77

● Vergoeding bij overlijden in het buitenland

Niemand wil natuurlijk dat het gebeurt, maar soms overlijdt iemand tijdens een verblijf in het buitenland.

Heb je zorg in het buitenland nodig? Dan moet je zo snel mogelijk contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance. Dit kan 24/7 via telefoonnummer +31 (0)88 668 97 77.

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis kent geen vergoeding bij overlijden in het buitenland.

Heb je Jaaah beter?

Dan geldt geen vergoeding bij overlijden in het buitenland.

Heb je Jaaah best of Jaaah op reis?

Vertrek je voor maximaal 180 dagen naar het buitenland? En kom je daar te overlijden? Dan vergoeden Jaaah best en Jaaah op reis 1 van de volgende mogelijkheden:

- uitvaart in het land van overlijden, en de heen- en terugreis daarvoor van je familieleden in de 1e of 2e graad, samen tot maximaal € 7.500. We vergoeden voor de reis met de auto € 0,27 per kilometer, vliegreis economy class en openbaar vervoer laagste klasse, of
- vervoer van het stoffelijk overschot naar een land dat je nabestaanden kiezen, maar alleen als onze alarmcentrale Zorgassistance dit regelt

● Hier kun je terecht

- onze alarmcentrale Zorgassistance¹

● 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 dienst betaal je geen eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Nee, geen eigen risico

Deze dienst valt niet onder je eigen risico. Help me even: het 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 of verwijzing

Nee, geen voorschrift of verwijzing

Je hebt voor deze dienst geen verwijzing nodig.

Toestemming

Nee, geen toestemming. Maar iemand moet wel contact opnemen met de alarmcentrale

Bij je overlijden moet iemand zo snel mogelijk contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance. Als anderen het vervoer zelf regelen, wordt mogelijk niet alles vergoed. Onze alarmcentrale Zorgassistance is altijd bereikbaar op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 77. Jaaah best en Jaaah op reis vergoeden telefoonkosten vanuit het buitenland naar onze alarmcentrale.

● 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).

Langer dan 180 dagen naar het buitenland? Dan geen vergoeding van Jaaah best of Jaaah op reis

Als je voor langer dan 180 dagen naar het buitenland vertrekt, dan geldt de vergoeding van Jaaah best of Jaaah op reis niet. Ook niet de eerste 180 dagen na je vertrek.

Uitleg

1. Alarmcentrale Zorgassistance: +31 (0)88 668 97 77

● 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 vooraf toestemming vragen.

De ZorgConsulent 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. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, meestal

Als het gaat om zorg die onder je eigen risico valt. Je vindt dat terug in de vergoedingen. Help me even: het 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 of 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 toestemming 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.

● Inhoudsopgave

Basisregels hulpmiddelen Jaaah

164

Ik heb een hulpmiddel nodig

164

Ik krijg een hulpmiddel voor het eerst

164

Ik gebruik een hulpmiddel

165

● 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

● Ik heb een hulpmiddel nodig

1. Regels die de vergoeding bepalen

Heb je een hulpmiddel nodig? Dan bepalen wij of wij dat hulpmiddel vergoeden aan de hand van:

- de algemene regels
- de basisregels hulpmiddelen die je nu leest
- de vergoeding [Hulpmiddelen](#)
- de vergoeding van het hulpmiddel waar het om gaat

Deze 4 soorten regels zijn dus altijd van toepassing.

Al deze regels zijn onder andere gebaseerd op de wettelijke vergoeding in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Wijken de basisregels hulpmiddelen of vergoedingen hulpmiddelen daarvan af? Dan geldt de wettelijke vergoeding.

2. Een geschikt hulpmiddel

Een hulpmiddel moet geschikt zijn voor het doel waarvoor je het gaat gebruiken: het moet adequaat zijn. Dit is een aanvulling op [algemene regel 24](#). 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 toestemming vragen.

3. Toestemming vragen

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 toestemming aan voordat je het hulpmiddel koopt of krijgt.

4. Als je een ander hulpmiddel nodig hebt

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**

5. Een gebruiksklaar hulpmiddel

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.

6. Bruikleen of kopen

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.

7. Bruikleen

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.

8. Bij bruikleen geen eigen risico

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.

9. Als je toch wilt kopen

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.

10. Een reserve-hulpmiddel

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.

11. Als je het hulpmiddel niet meer nodig hebt

Heb je een bruikleenhulpmiddel niet meer nodig? Dan moet je het teruggeven aan de leverancier.

- **Ik gebruik een hulpmiddel**

12. Kosten van normaal gebruik

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.

13. Je hulpmiddel vervangen of aanpassen

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.

14. Zorgvuldig gebruik en onderhoud

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 basisverzekering Jaaah

● Inhoudsopgave

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering	168
Pruik	168
Prothesen	170
Borstprothesen	173
Hulpmiddelen bij problemen met ademen	175
CPAP-apparaat	178
MRA	180
Zuurstofapparatuur	182
Hulpmiddelen bij problemen met bewegen	184
Orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen	188
Kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen)	191
Orthesen	193
Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie	195
Hulpmiddelen bij problemen met zien	197
Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders	200
Hulpmiddelen bij problemen met horen	203
Allergeenvrije schoenen en hielbeschermers	206
Verbandmiddelen	208
Verbandschoenen	210
Hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting	212
Incontinentiemateriaal	215
Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed	217
Injectiespuiten en injectiepenen om zelf geneesmiddelen toe te dienen	220
Steunkousen en andere hulpmiddelen bij vaatproblemen	222
Hulpmiddelen bij diabetes	224
Infuus pomp voor geneesmiddelen	228
Kappen voor schedelbescherming	230
Hulpmiddelen voor voeding	232
Hulpmiddelen bij problemen met spreken	234
Persoonsalarmering	236
Hulpmiddelen bij pijnbestrijding (TENS)	238
Hulpmiddelen bij trombose	240
Woningaanpassing en overige kosten bij thuisdialyse	242
Daisyspelers	244
Hulphonden	246

● Pruik

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt maximaal € 454,50 voor een pruik, als je helemaal of voor een deel kaal wordt of bent door een medische behandeling of een aandoening. Als de leverancier van de pruik geen contract met ons heeft, vergoeden wij maximaal € 340,88.

De minimale gebruikstermijn van een pruik is 1 jaar.

● Hier kun je terecht

- leverancier van pruiken

● Wat niet vergoed wordt

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

● Leverancier zonder contract

Kies je voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je hulpmiddel niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze [Zorgzoeker](#) 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

Je betaalt geen eigen bijdrage omdat de wet dat bepaalt, zoals bij bijvoorbeeld orthopedische schoenen of een kunstgebit. Maar je betaalt wel meerkosten: als de pruik meer kost dan € 454,50, betaal je het bedrag daarboven zelf. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. [Help me even: 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 of verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of oncologieverpleegkundige.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je de pruik koopt, moet je toestemming hebben. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

- **Laatste puntjes...**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Prothesen

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt prothesen voor het vervangen van:

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

Daarnaast vergoedt Jaaah basis ook een liner of stompkous, als je die bij je prothese nodig hebt.

Jaaah basis vergoedt ook prothesen voor het vervangen of bedekken van:

- oogbol, inclusief scleraschalen¹ en -lenzen zonder visuscorrectie
- gezicht, inclusief neus en oren

Verderop 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 Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie.

Gebitsprothesen vallen onder de vergoeding Gebitsprothese ('kunstgebit') vanaf 18 jaar of Tandheelkundige zorg tot 18 jaar.

● Leverancier zonder contract

Voor gezichtsprothesen sluiten wij geen contracten. We vergoeden de marktconforme prijs. Als je toestemming van ons krijgt, staat erbij wat we precies vergoeden.

Kies je bij de andere prothesen voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, in sommige gevallen

Krijg je het hulpmiddel in eigendom, dan geldt het eigen risico. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat bij welke hulpmiddelen dat zo is. Bij bruikleen geldt geen eigen risico. Help me even: 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 of verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat van welke zorgverlener je het voorschrift krijgt.

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat of toestemming nodig is en hoe je die regelt.

• Details per hulpmiddel

Prothesen voor armen en handen, schouders, heupen en bekken

- je moet een voorschrift hebben van je medisch specialist of physician assistant
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- de minimale gebruikstermijn is 3 jaar

Prothesen voor benen en voeten

- je moet een voorschrift hebben van je medisch specialist of physician assistant
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- je krijgt dit hulpmiddel in bruikleen. Ben je jonger 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

- je moet een voorschrift hebben van je medisch specialist of physician assistant
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- je krijgt dit hulpmiddel in bruikleen
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

Stompkousen

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of physician assistant
- je hebt geen toestemming nodig
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- je krijgt maximaal 6 stompkousen per jaar

Liner

- je moet een voorschrift hebben van je medisch specialist of physician assistant
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- de minimale gebruikstermijn is 1 jaar

Stemprothesen

- je moet een voorschrift hebben van je medisch specialist
- je hebt geen toestemming nodig
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Oogprothesen, scleraschalen en scleralenzen zonder visuscorrectie

- je moet een voorschrift hebben van je oogarts
- je hebt geen toestemming nodig
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- de minimale gebruikstermijn van scleralenzen is 1 jaar

Gezichtsprothesen (inclusief neus en oren)

- je moet een voorschrift hebben van je medisch specialist
- je hebt toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

• Laatste puntjes...

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

Uitleg

1. Scleraschalen: Een scleraschaal is een prothese die de oogbol voor een deel bedekt. Een scleralens lijkt op een contactlens, met een gekleurde iris

● Borstprothesen

● Dit krijg je vergoed

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

Kies je voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. Help me even: 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 of 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 minimale gebruikstermijn van 1 jaar, heb je vooraf toestemming nodig. Die vraag je via het contactformulier. Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

- **Laatste puntjes...**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Hulpmiddelen bij problemen met ademen

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt uitwendige hulpmiddelen die problemen met ademen helemaal of voor een deel verhelpen.

Verderop 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. Die 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

Voor longvibrators sluiten wij geen contracten. Jaaah basis vergoedt de marktconforme prijs.

Kies je bij de andere hulpmiddelen voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je hulpmiddel niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze [Zorgzoeker](#) 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 eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

Eigen risico

Ja, in sommige gevallen

Krijg je het hulpmiddel in eigendom, dan geldt het eigen risico. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat bij welke hulpmiddelen dat zo is. Bij bruikleen geldt geen eigen risico. [Help me even: 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 of verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat van welke zorgverlener je het voorschrift krijgt.

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat of toestemming nodig is en hoe je die regelt.

• Details per hulpmiddel

Voorzetkamers en wat daarbij hoort

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of longverpleegkundige
- je hebt geen toestemming nodig
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Vernevelaars en wat daarbij hoort

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of longverpleegkundige
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het contactformulier. Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- je krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

Apparatuur voor positieve uitademingsdruk

- je moet een voorschrift hebben van je longarts of kinderarts
- je hebt geen toestemming nodig
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Slijmuitzuigapparatuur

- je moet een voorschrift hebben van je medisch specialist
- je hebt geen toestemming nodig
- je krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

Tracheacanule met stomabeschermer

- je moet een voorschrift hebben van je medisch specialist
- je hebt geen toestemming nodig
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Longvibrator

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts
- je hebt geen toestemming nodig
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Slaappositietrainer

Hulpmiddel als je lichte of matige slaapapneu hebt en op je rug slaapt. Het apparaat geeft een trilling, waardoor je traint om op je zij te liggen.

- je moet een voorschrift hebben van je longarts, KNO-arts of neuroloog
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- je krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

● **Laatste puntjes...**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● CPAP-apparaat

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt een CPAP(Continuous Positive Airway Pressure)-apparaat als je matige tot ernstige slaapapneu¹ hebt. Maar alleen na een proefperiode met positief resultaat.

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

● Hier kun je terecht

- leverancier van CPAP-apparaten

● Wat niet vergoed wordt

- hulpmiddelen die alleen bedoeld zijn om snurken te verminderen
- CPAP-apparaat als je een MRA gebruikt, behalve als je volgens de richtlijnen beide tegelijk nodig hebt

● Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met ademen:

- Hulpmiddelen bij problemen met ademen
- Zuurstofapparatuur
- MRA

Chronische ondersteuning van de ademhaling valt onder de vergoeding Mechanische beademing.

● Leverancier zonder contract

Kies je voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de 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. Help me even: 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 of verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben van je longarts, KNO-arts of neuroloog.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je het CPAP-apparaat krijgt, moet je toestemming hebben. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

● 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. En ons opnieuw toestemming vragen.

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

Uitleg

1. Slaapapneu: Slaapapneu heet officieel Obstructief Slaap Apneu Syndroom (OSAS). Bij slaapapneu stopt de ademhaling tijdens je slaap vaak en voor meer dan 10 seconden

● MRA

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt een MRA¹ als je lichte tot matige slaapapneu² hebt of als een CPAP-apparaat bij jou niet werkt.

De minimale gebruikstermijn van een MRA is 5 jaar.

● Hier kun je terecht

- NVTS-erkende tandarts
- kaakchirurg
- orthodontist
- leverancier van een MRA. Bij het opmeten van het MRA moet wel een NVTS-erkende tandarts, een kaakchirurg of een orthodontist betrokken zijn

● 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

Chronische ondersteuning van de ademhaling valt onder de vergoeding Mechanische beademing.

● Leverancier of kaakchirurg zonder contract

Kies je voor een leverancier of kaakchirurg waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Met tandartsen en orthodontisten sluiten we geen contracten. Je kan voor je MRA bij elke NVTS-erkende tandarts terecht.

Wil je naar een leverancier of kaakchirurg met een contract?

In onze Zorgzoeker check je snel met welke leveranciers en kaakchirurgen 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. Help me even: 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 of verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben van je longarts of KNO-arts.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je het MRA koopt, moet je toestemming hebben. Meestal regelt je leverancier, tandarts, kaakchirurg of orthodontist dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het contactformulier. Je stuurt het voorschrift mee en de offerte van de leverancier of zorgverlener.

- **Laatste puntjes...**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

Uitleg

1. MRA: Mandibulair Repositie Apparaat. Een MRA schuift je onderkaak naar voren. Zo blijven je luchtwegen tijdens het slapen vrij
2. Slaapapneu: Slaapapneu heet officieel Obstructief Slaap Apneu Syndroom (OSAS). Bij slaapapneu stopt de ademhaling tijdens je slaap vaak en voor meer dan 10 seconden

● Zuurstofapparatuur

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt zuurstofapparatuur als die problemen met ademen helemaal of voor een deel verhelpt. En stoffen die je met zuurstofapparatuur krijgt toegediend: zuurstof en andere stoffen met een certificaat volgens de Wet op de medische hulpmiddelen, bedoeld om beter te kunnen ademen.

Gebruikt je zuurstofapparaat stroom? Dan vergoedt Jaaah basis € 0,06 per uur dat je het gebruikt. Ieder uur moet geregistreerd zijn door de leverancier van het hulpmiddel.

Je kunt niet zelf kiezen welke zuurstofapparatuur je krijgt. Dat bepalen je behandelend arts en leverancier aan de hand van wat je nodig hebt.

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

Ga je naar het buitenland? Dan vergoedt Jaaah basis 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

Kies je voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, in sommige gevallen

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

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. Help me even: 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 of verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je de zuurstofapparatuur krijgt, moet je toestemming hebben. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het contactformulier. Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

- **Laatste puntjes...**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Hulpmiddelen bij problemen met bewegen

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt soms meer dan een orthese bij beperkingen met houding en beweging (motorische handicap).

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.

Verderop bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die hieronder vallen.

● 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, of lopen
- een stoel met alleen een sta-op functie
- 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
- Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed

● Leverancier zonder contract

Kies je voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de 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. Help me even: 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 of verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat van welke zorgverlener je het voorschrift krijgt.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je het hulpmiddel krijgt, moet je toestemming hebben. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat hoe je die regelt.

• Details per hulpmiddel

Robotarm en dynamische armondersteuning

- je moet een voorschrift met toelichting hebben van je medisch specialist
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het contactformulier. Je stuurt het voorschrift met toelichting mee en een offerte van de leverancier

Robotmanipulator

- je moet een voorschrift hebben van je revalidatiearts en een schriftelijk advies van de ergotherapeut
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het contactformulier. Je stuurt het voorschrift en het schriftelijk advies en een offerte van de leverancier
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

Eetapparaat

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het contactformulier. Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

Trippelstoel

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts en een schriftelijk advies van de ergotherapeut
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het contactformulier. Je stuurt het voorschrift en het schriftelijk advies en een offerte van de leverancier

Loopwagen of loopfiets

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts en een schriftelijk advies van de ergotherapeut
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het contactformulier. Je stuurt het voorschrift en het schriftelijk advies en een offerte van de leverancier

Aangepaste tafel of stoel

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts en een schriftelijk advies van de ergotherapeut
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift en het schriftelijk advies en een offerte van de leverancier
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

Apparatuur voor omgevingsbediening

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

Aangepaste apparatuur om de computer te bedienen

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en het schriftelijk advies en een offerte van de leverancier

Bladomslagapparaat

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

Aangepaste telefoon via omgevingsbesturing

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts
- Je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

Telefoonhoornhouder

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- let op! Als de houder € 250 of minder kost, geldt het eigen risico wél, omdat je dit hulpmiddel dan in eigendom krijgt

Telefoonnummerkiezer

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

Stabeugel, (dynamische) zit- of ligorthese

- je moet een voorschrift hebben van je medisch specialist en bij vervanging van je behandelend arts
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

Anti-decubitus zitkussen

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

- **Laatste puntjes...**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt orthopedische schoenen of andere schoenvoorzieningen als:

- je een ernstige aandoening hebt, en
- je daardoor beperkingen met houding en beweging (motorische handicap) hebt, en
- je orthopedische schoenen of andere schoenvoorzieningen altijd nodig hebt om dit te corrigeren

Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder lees je welke voorzieningen dat allemaal zijn.

Orthopedische schoenen zijn speciaal op maat gemaakte schoenen. Er zijn verschillende andere schoenvoorzieningen:

- semi-orthopedische schoenen: bestaande schoenen die zo worden aangepast dat het je voetklachten oplost
- een aanpassing aan gewone schoenen (confectie)
- orthopedische binnenschoenen

● 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
- Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed

● Leverancier zonder contract

Kies je voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker 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' hieronder staat voor welke hulpmiddelen dit geldt. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. [Help me even: 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 of verwijzing

Ja, een voorschrift

Je hebt een voorschrift nodig. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat van welke zorgverlener je het voorschrift krijgt.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je de schoenen koopt of laat aanpassen, moet je toestemming hebben. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder lees je hoe je die regelt.

• Details per hulpmiddel

(Semi-)orthopedische schoenen

- je moet een voorschrift hebben van je medisch specialist
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- je betaalt een eigen bijdrage van € 126 per paar. Ben je jonger dan 16 jaar, dan is dit € 63 per paar
- de minimale gebruikstermijn is 18 maanden. Ben je jonger dan 16 jaar dan is deze 6 maanden

Wisselpaar (semi-)orthopedische schoenen vanaf 16 jaar

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- je betaalt een eigen bijdrage van € 126 per paar
- de minimale gebruikstermijn is 18 maanden
- je kunt een wisselpaar aanvragen als je je 1e paar (semi-)orthopedische schoenen 3 maanden hebt

Orthopedische binnenschoenen

- je moet een voorschrift hebben van je medisch specialist
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

Orthopedische voorziening aan confectieschoenen

- je moet een voorschrift hebben van je medisch specialist
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- je mag maximaal 2 paar schoenen of 2 stuks per 18 maanden laten aanpassen

- **Laatste puntjes...**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen)

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt kortdurende uitleen van de bij 'Details per hulpmiddel' hieronder genoemde hulpmiddelen als je aan deze 3 voorwaarden voldoet:

1. je hebt een ernstige aandoening waardoor je beperkingen hebt met houding en beweging (motorische handicap)
2. je bent door die aandoening beperkt bij wassen en naar het toilet gaan, het maken van transfers of je verplaatsen
3. je hebt voor maximaal 26 weken een hulpmiddel nodig om dit te corrigeren of verbeteren. Als het nodig is, kunnen we deze termijn iets verlengen

Als je je niet goed kunt verplaatsen, vergoedt Jaaah basis 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.

● 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, of lopen
- een stoel met alleen een sta-op functie
- 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
- Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed

● Leverancier zonder contract

Kies je voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de 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. Help me even: 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 of verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat van welke zorgverlener je het voorschrift krijgt.

Toestemming

Nee, geen toestemming

Je hebt voor deze hulpmiddelen geen toestemming nodig. Met het voorschrift kun je het hulpmiddel direct bij een leverancier halen.

• Details per hulpmiddel

Rolstoel

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts

Gipssteun

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts

Drempelhulp

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts

Transferplank, draaischijf en tillift

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of wijkverpleegkundige

Luchtring

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts

Losse toiletverhoger, losse toiletstoel, losse douchestoel en badplank

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of wijkverpleegkundige

• Laatste puntjes...

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Orthesen

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt orthesen als je aan deze 2 voorwaarden voldoet:

1. je hebt een ernstige aandoening waardoor je beperkingen hebt met houding en beweging (motorische handicap)
2. je hebt altijd een orthese nodig om dit te corrigeren.

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 kunnen helpen bij problemen met bewegen:

- Hulpmiddelen bij problemen met bewegen
- Orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen
- Daisyspelers
- Hulphonden (ADL-honden)
- kortdurende uitleen
- Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed

● Leverancier zonder contract

Kies je voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. Help me even: 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 of verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben van je 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. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

- **Laatste puntjes...**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie

● Dit krijg je vergoed

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 om scherp of goed te zien, of
- 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:

- Jaaah basis zou 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 (zuivere accommodatieve esotropie)

● Hier kun je terecht

- leverancier van brillenglazen of filterglazen en lenzen

● Wat niet vergoed wordt

- brillenglazen of filterglazen als je 18 jaar of ouder bent
- brilmonturen

● Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met zien:

- [Hulpmiddelen bij problemen met zien](#)
- [Daisyspelers](#)
- [Hulphonden](#) (blindengeleidehonden)

● Leverancier zonder contract

Kies je voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je hulpmiddel niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze [Zorgzoeker](#) 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 € 59,50 per glas, tot maximaal € 119 per kalenderjaar. Voor lenzen is dat € 59,50 per lens, als je deze langer dan 1 jaar kunt gebruiken. En € 59,50 per te corrigeren oog per kalenderjaar als je de lenzen korter dan 1 jaar kunt gebruiken. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. [Help me even: 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 of verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben van je oogarts.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je de brillenglazen of lenzen koopt, moet je toestemming hebben. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

- **Laatste puntjes...**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Hulpmiddelen bij problemen met zien

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt, als je problemen hebt met zien, hulpmiddelen die:

- beperkingen bij lezen, schrijven of het gebruik van apparaten voor elektronische communicatie of informatievoorziening helemaal of voor een deel verhelpen
- beperkingen bij oriëntatie of om obstakels heenlopen helemaal of voor een deel verhelpen

Verderop 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 handloop of leesliniaal

● Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met zien:

- Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie
- Daisyspelers
- Hulphonden (blindengeleidehond)

● Leverancier zonder contract

Kies je voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, in sommige gevallen

Krijg je het hulpmiddel in eigendom, dan geldt het eigen risico. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat bij welke hulpmiddelen dat zo is. Bij bruikleen geldt geen eigen risico. Help me even: 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 of verwijzing

Ja, een voorschrift

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener je het voorschrift krijgt.

Toestemming

Ja, meestal

Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat of toestemming nodig is en hoe je die regelt.

● Details per hulpmiddel

Bijzondere optische hulpmiddelen, zoals telescoop(bril), (digitale) handloep, loeplamp en lichtloep

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of van een voorschrijver die werkt bij een regionaal instituut voor blinden en slechtzienden
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Ptoisbril of kappenbril

- je moet een voorschrift hebben van je oogarts
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Beeldschermloep

- je moet een voorschrift hebben van je medisch specialist
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- je krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

Tactiel-leesapparatuur en wat daarbij hoort

- je moet een voorschrift hebben van je medisch specialist
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- je krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

Grootletterssoftware voor computer

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- je krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

Invoer- en uitvoerapparatuur voor bediening van computers

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- je krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

Spraaksoftware voor mobiele telefoon

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- je krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

Memorecorder

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het contactformulier. Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Voorleesapparatuur voor geschreven tekst

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het contactformulier. Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Voorleesapparatuur voor tv-ondertiteling

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het contactformulier. Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Blindentaststok

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts
- je hebt geen toestemming nodig
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- de minimale gebruikstermijn is 3 jaar

● **Laatste puntjes...**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt hoortoestellen en tinnitusmaskeerders als je ernstig gehoorverlies hebt, of ernstig oorsuizen. Gehoorverlies is ernstig bij een verlies van 35 dB (decibel) of meer. De audicien stelt dit 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.

Verderop staan de details per hulpmiddel.

● 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

Voor eenvoudige luisterhulpmiddelen sluiten wij geen contracten. We vergoeden de marktconforme prijs. Als je toestemming van ons krijgt, staat erbij wat we precies vergoeden.

Kies je bij de andere hoorhulpmiddelen voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker 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. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. Help me even: 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 of verwijzing

Ja, bijna altijd

Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder 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. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat hoe je die regelt.

• Details per hulpmiddel

Hoortoestellen

- je moet een voorschrift hebben van je KNO-arts of een audiologisch centrum. Ben je 67 jaar of ouder, dan kun je zonder voorschrift naar de audicien
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee, een offerte van de leverancier, een recent toon- en spraakaudiogram, een ingevulde Hoorvragenlijst en een tevredenheidsverklaring
- als je 18 jaar of ouder bent, betaal je de eigen bijdrage van 25% van de aanschafkosten. 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 vergoedt Jaaah basis 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

- je moet een voorschrift hebben van je KNO-arts of een audiologisch centrum. Ben je 67 jaar of ouder, dan kun je zonder voorschrift naar de audicien
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- als je 18 jaar of ouder bent, betaal je de eigen bijdrage van 25% van de aanschafkosten
- de minimale gebruikstermijn is 24 maanden. Ben je jonger dan 16 jaar, dan is deze 6 maanden

Tinnitusmaskeerder

- je moet een voorschrift hebben van je KNO-arts of een audiologisch centrum
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- als je 18 jaar of ouder bent, betaal je de eigen bijdrage van 25% van de aanschafkosten. 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 vergoedt Jaaah basis 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

- je moet een voorschrift hebben van je KNO-arts of een audiologisch centrum
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het contactformulier. Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

● Laatste puntjes...

Je audicien moet aan het Hoorprotocol voldoen

Jaaah basis vergoedt hoorhulpmiddelen alleen als je audicien werkt volgens het actuele Hoorprotocol 2.0. Je audicien kan je daar meer over vertellen.

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Hulpmiddelen bij problemen met horen

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt ook andere hoorhulpmiddelen dan een hoortoestel, tinnitusmaskeerder en eenvoudige luisterhulp. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat welke hulpmiddelen dat zijn.

Je moet aan deze 3 voorwaarden voldoen:

1. je hebt ernstig gehoorverlies, of ernstig oorsuizen en je gebruikt een hoortoestel, tinnitusmaskeerder of eenvoudige luisterhulp, en
2. je kunt daarmee nog niet goed horen, of communicatieapparatuur niet goed gebruiken, en
3. het andere hoorhulpmiddel kan dit verbeteren

Jaaah basis vergoedt deze hoorhulpmiddelen ook in plaats van een hoortoestel, tinnitusmaskeerder of eenvoudige luisterhulp.

Gehoorverlies is ernstig bij een verlies van 35 dB (decibel) of meer. De audicien stelt dit 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 hoorhulpmiddelen. We noemen dat dan een bijzondere persoonlijke zorgvraag.

Jaaah basis vergoedt ook hoorhulpmiddelen voor op je werk of in het onderwijs als deze aan 3 voorwaarden voldoen. Het hoorhulpmiddel:

1. is een aanvulling op het hoortoestel of trilmecanisme dat je al hebt en is voor jou persoonlijk bedoeld, en
2. is draadloos verbonden met je hoortoestel of trilmecanisme, en
3. 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

Kies je voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

● 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, in sommige gevallen

Krijg je het hulpmiddel in eigendom, dan geldt het eigen risico. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat bij welke hulpmiddelen dat zo is. Bij bruikleen geldt geen eigen risico. [Help me even: 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 of verwijzing

Ja, bijna altijd

Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder 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 hebben. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat hoe je die regelt.

• Details per hulpmiddel

Ringleiding, FM-apparatuur of infraroodapparatuur

- je hebt geen voorschrift nodig
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt een offerte mee van de leverancier
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

Teksttelefoon en beeldtelefoon

- je moet een voorschrift hebben van je KNO-arts of een audiologisch centrum
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- je krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

Wek- en waarschuwingsapparatuur

- je moet een voorschrift hebben van je KNO-arts of een audiologisch centrum
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Soloapparatuur en wat daarbij hoort

- je moet een voorschrift hebben van je KNO-arts of een audiologisch centrum
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom

- **Laatste puntjes...**

Je audicien of leverancier moet aan het Hoorprotocol voldoen

Jaaah basis vergoedt hoorhulpmiddelen alleen als je audicien of andere leverancier werkt volgens het actuele Hoorprotocol 2.0. Je audicien of leverancier kan je daar meer over vertellen.

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Allergeenvrije schoenen en hielbeschermers

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt op maat gemaakte allergeenvrije schoenen en hielbeschermers 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 zorgverlener 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 allergeenvrije schoenen als je in redelijkheid niet kunt volstaan met gewone allergeenvrije schoenen (confectie).

Verderop bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die hieronder vallen.

● Hier kun je terecht

- leverancier van allergeenvrije schoenen en hielbeschermers

● Wat niet vergoed wordt

- gewone allergeenvrije schoenen (confectie)
- zelfzorgmiddelen

● Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij huidproblemen:

- Verbandmiddelen
- Verbandschoenen
- Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed

● Leverancier zonder contract

Voor hielbeschermers sluiten wij geen contracten. We vergoeden de marktconforme prijs. Als je toestemming van ons krijgt, staat erbij wat we precies vergoeden.

Kies je bij allergeenvrije schoenen voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker 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' hieronder staat voor welke hulpmiddelen dat geldt. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. [Help me even: 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 of verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat van welke zorgverlener je het voorschrift krijgt.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je de schoenen of hielbeschermers koopt, moet je toestemming hebben. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat hoe je die regelt.

• Details per hulpmiddel

Op maat gemaakte allergeenvrije schoenen

- je moet een voorschrift hebben van je dermatoloog
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- je betaalt een eigen bijdrage van € 126 per paar. Ben je jonger dan 16 jaar, dan is dit € 63 per paar
- de minimale gebruikstermijn is 18 maanden. Ben je jonger dan 16 jaar, dan is deze 6 maanden

Wisselpaar allergeenvrije schoenen vanaf 16 jaar

- je moet een voorschrift hebben van je dermatoloog
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- je betaalt een eigen bijdrage van € 126 per paar
- de minimale gebruikstermijn is 18 maanden

Hielbeschermers tegen doorliggen

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of wondverpleegkundige
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

• Laatste puntjes...

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Verbandmiddelen

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt verbandmiddelen bij:

- een complexe wond, of een hoog risico daarop
- een chronische huidaandoening, of
- 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 zorgverlener 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

Verderop 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

● Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij huidproblemen:

- Allergeenvrije schoenen en hielbeschermers
- Verbandschoenen
- Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed

● Leverancier zonder contract

Kies je voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. Help me even: 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 of verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat van welke zorgverlener je het voorschrift krijgt.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je de verbandmiddelen koopt, moet je toestemming hebben. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat hoe je die regelt.

• Details per hulpmiddel

Bandagelenzen (zonder correctie)

- je moet een voorschrift hebben van je oogarts
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het contactformulier. Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

Verbandmiddelen

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts, verpleegkundig specialist of wondverpleegkundige
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het contactformulier. Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier, of het ZN-aanvraagformulier Verbandhulpmiddelen

• Laatste puntjes...

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Verbandschoenen

● Dit krijg je vergoed

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

Kies je voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. Help me even: 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 of verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of gespecialiseerd verpleegkundige.

Toestemming

Nee, geen toestemming

Je hebt voor deze hulpmiddelen geen toestemming nodig. Met het voorschrift kun je het hulpmiddel direct bij een leverancier halen.

● **Laatste puntjes...**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt de hulpmiddelen die bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staan als 1 van de volgende situaties voor jou geldt:

- door een ziekte, aandoening of behandeling heb je minder of geen controle meer bij het ophouden van urine of ontlasting, of
- door een ziekte of aandoening kun je urine of ontlasting niet op normale wijze kwijt

Heb je een stoma? Dan vergoedt Jaaah basis ook hulpmiddelen om je huid te beschermen. En de materialen die bij je stoma nodig zijn. Welke materialen dat zijn staat bij 'Details per hulpmiddel' hieronder.

In bijzondere situaties vergoedt Jaaah basis ook beschermende onderleggers. We noemen dat dan een bijzondere persoonlijke zorgvraag. Die 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
- plaswekker tegen nachtelijk bedplassen

● 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

Kies je voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. [Help me even: 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 of verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat van welke zorgverlener je het voorschrift krijgt.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je het hulpmiddel koopt, moet je toestemming hebben. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat hoe je die regelt.

• Details per hulpmiddel

Urine-opvangzakken

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of gespecialiseerd stoma- of continëntieverpleegkundige
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

Katheters

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of gespecialiseerd stoma- of continëntieverpleegkundige
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

Spoelapparatuur (ontlasting)

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of gespecialiseerd stoma- of continëntieverpleegkundige
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

Stomamateriaal

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of gespecialiseerd stomaverpleegkundige
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- je hebt recht op een maximale hoeveelheid materiaal. Die zie je hieronder. Als je meer stomamateriaal nodig hebt, dan kunnen wij daar toestemming voor geven

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Stomamateriaal	Maximale hoeveelheid
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 (afdekpleisters 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 voor matras of (rol)stoel

- je moet een voorschrift met motivatie hebben van je behandelend arts of gespecialiseerd stoma- of continëntieverpleegkundige
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

• Laatste puntjes...

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Incontinentiemateriaal

● Dit krijg je vergoed

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 vergoedt Jaaah basis deze materialen zolang de therapie duurt.

Wil je de therapie niet volgen terwijl dit voor jou wel zou kunnen helpen? Dan vergoedt Jaaah basis het incontinentiemateriaal niet.

De continëntieverpleegkundige 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

Kies je voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. [Help me even: 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 of 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 hebben. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

- **Laatste puntjes...**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt hulpmiddelen die nodig zijn om op verantwoorde manier verpleging en verzorging op bed te krijgen. Of, als je geen verpleging en verzorging op bed hebt, om op verantwoorde wijze zelfstandig te blijven. Je kunt deze hulpmiddelen ook (tijdelijk) krijgen als je ze nodig hebt in verband met bevalling en kraamzorg. Welke hulpmiddelen dat zijn, staat bij 'Details per hulpmiddel' hieronder.

Jaaah basis vergoedt aangepaste bedden en daarvoor bedoelde matrassen als je aan deze 3 voorwaarden voldoet:

1. je hebt verpleging en verzorging op bed nodig, en je hebt daar een indicatie voor
2. het gaat om hulp bij ADL-verrichtingen¹ op bed, of een combinatie hiervan met verpleging en verzorging
3. je hebt deze hulp en verpleging en verzorging meerdere keren per dag nodig

Onderleggers om je matras te beschermen vergoedt Jaaah basis alleen als deze de enige manier zijn om problemen met hygiëne door bloed of wondvocht op te lossen.

● Hier kun je terecht

- leverancier van hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed

● Andere vergoedingen

Voor hulpmiddelen die je tijdelijk nodig hebt omdat je problemen hebt met bewegen, geldt de vergoeding Kortdurende uitleen.

● Leverancier zonder contract

Kies je voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, in sommige gevallen

Alleen voor bedbeschermende onderleggers. Want die krijg je in eigendom. De andere hulpmiddelen krijg je in bruikleen. Daarvoor geldt geen eigen risico. Help me even: 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 of verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat van welke zorgverlener je het voorschrift krijgt.

Toestemming

Ja, in sommige gevallen

Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat of toestemming nodig is en hoe je die regelt.

• Details per hulpmiddel

Bed in speciale uitvoering (inclusief matras)

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of wijkverpleegkundige
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het contactformulier. Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

Bed, matras en overtrek voor de behandeling of preventie van doorligwonden (decubitus)

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts, wondverpleegkundige of wijkverpleegkundige
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het contactformulier. Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

Dekenboog, bedhekken, bedrugsteun, bedgalg, papegaai en portaal

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of wijkverpleegkundige
- je hebt geen toestemming nodig

Infuusstandaard

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of wijkverpleegkundige
- je hebt geen toestemming nodig

Bedtafel

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of wijkverpleegkundige
- je hebt geen toestemming nodig

Glij- en rollaken

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of wijkverpleegkundige
- je hebt geen toestemming nodig

Bedverkorter, bedverlenger en bedverhoger

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of wijkverpleegkundige
- je hebt geen toestemming nodig

Ondersteek

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of wijkverpleegkundige
- je hebt geen toestemming nodig

Bedbeschermende onderleggers

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of wijkverpleegkundige
- je hebt geen toestemming nodig

● Laatste puntjes...

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

Uitleg

1. ADL-verrichtingen: Algemene handelingen die dagelijks nodig zijn, zoals aankleden, uitkleden en wassen

● Injectiespuiten en injectiepenen om zelf geneesmiddelen toe te dienen

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt injectiespuiten en injectiepenen 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 beperking met houding en beweging (motorische handicap) hebt of omdat je slecht ziet? Dan vergoedt Jaaah basis in plaats daarvan aangepaste spuiten of penen.

● Hier kun je terecht

- leverancier van injectiespuiten en injectiepenen

● Andere vergoedingen

Heb je diabetes? Voor injectiespuiten en injectiepenen om insuline toe te dienen geldt de vergoeding Hulpmiddelen bij diabetes.

Gebruik je injectiespuiten of injectiepenen om geneesmiddelen toe te dienen die bij je ziekenhuisbehandeling horen? Dan geldt de vergoeding Medisch specialist.

● Leverancier zonder contract

Kies je voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. Help me even: 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 of verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts.

Toestemming

Ja, toestemming

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Voordat je het hulpmiddel koopt, moet je toestemming hebben. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

- **Laatste puntjes...**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● **Steunkousen en andere hulpmiddelen bij vaatproblemen**

● **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 steunkousen of een compressie-apparaat nodig om trombose of oedeem te voorkomen.

Jaaah basis vergoedt de bij 'Details per hulpmiddel' hieronder genoemde hulpmiddelen als je aan deze 2 voorwaarden voldoet:

1. je aders of lymfevaten zorgen niet meer goed voor het transport van bloed of lymfevocht, en
2. je hebt altijd een hulpmiddel nodig om dit te compenseren

Voor steunkousen geldt ook nog dat deze een drukklasse 2 of hoger moeten hebben. Dat zijn 'therapeutisch elastische kousen'. Als je die niet zelf aan en uit kunt doen, vergoedt Jaaah basis ook een aantrek- en uittrekhelp.

● **Hier kun je terecht**

- leverancier van steunkousen of andere hulpmiddelen bij vaatproblemen

● **Wat niet vergoed wordt**

- steunkousen na het weghalen van spataderen
- steunkousen met drukklasse 1

● **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 in de eigen omgeving.

Krijg je steunkousen vanwege een operatie of andere ziekenhuisbehandeling? Dan geldt de vergoeding Medisch specialist.

● **Leverancier zonder contract**

Kies je voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, in sommige gevallen

Krijg je het hulpmiddel in eigendom, dan geldt het eigen risico. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat bij welke hulpmiddelen dat zo is. Bij bruikleen geldt geen eigen risico. Help me even: 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 of verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat van welke zorgverlener je het voorschrift krijgt.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je het hulpmiddel koopt of krijgt, moet je toestemming hebben. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat hoe je die regelt.

• Details per hulpmiddel

Steunkousen

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of huidtherapeut
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- Jaaah basis vergoedt 2 paar kousen of 2 stuks per 12 maanden

Eenvoudige aan- en uittrekhulp

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts, fysiotherapeut of ergotherapeut
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- de minimale gebruikstermijn is 2 jaar

Ortho-mate

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- je krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Compressie-apparaat

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts en een rapportage met behandelplan van de fysiotherapeut
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- je krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

• Laatste puntjes...

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Hulpmiddelen bij diabetes

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt hulpmiddelen bij diabetes als 1 van deze situaties voor jou geldt:

- je hebt diabetes type 1 en wordt met insuline behandeld, of
- je hebt diabetes type 2, je bent bijna uitbehandeld met geneesmiddelen die je bloedsuiker verlagen en je arts overweegt behandeling met insuline

Meestal meet je je bloedsuiker met 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 is het soms nodig om je bloedsuiker vaker (flash monitoring) of continu (real time monitoring) te meten. Bijvoorbeeld bij een intensief insulineschema. Jaaah basis vergoedt deze bloedglucosemeters met sensoren alleen als je aan bepaalde criteria¹ voldoet.

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.

Verderop 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.

Voor real time glucose monitoring bij andere aandoeningen dan diabetes, bijvoorbeeld bij glycogeenstapelingsziekte (GSD), geldt de vergoeding Medisch specialist.

● Leverancier zonder contract

Kies je voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. Help me even: 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 of verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat van welke zorgverlener je het voorschrift krijgt.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je het hulpmiddel koopt, moet je toestemming hebben. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat hoe je die regelt.

• Details per hulpmiddel

Bloedafname-apparaat (prikpen)

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of diabetesverpleegkundige
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- de minimale gebruiksduur is 2 jaar

Lancetten voor bloedafname

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of diabetesverpleegkundige
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- Jaaah basis vergoedt een maximale hoeveelheid lancetten²

Teststrips

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of diabetesverpleegkundige
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Heb je meer teststrips nodig dan het maximale aantal dat we hier noemen? Ook dan moet je vooraf toestemming vragen
- Jaaah basis vergoedt een maximale hoeveelheid teststrips³

Bloedglucosemeter

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of diabetesverpleegkundige
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- de minimale gebruiksduur is 3 jaar

Real Time Continue Glucose Monitor (rt-CGM) en wat daarbij hoort

- je moet een voorschrift hebben van je medisch specialist
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier, of het ZN-aanvraagformulier FGM en/of CGM
- de minimale gebruiksduur staat in de toestemming

Flash Glucose Monitor (FGM) en wat daarbij hoort

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier, of het ZN-aanvraagformulier FGM en/of CGM
- de minimale gebruikstermijn is 3 jaar

Ketonenteststrips en wat daarbij hoort

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of diabetesverpleegkundige
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- Jaaah basis vergoedt maximaal 40 ketonenteststrips per jaar. Als je meer ketonenteststrips nodig hebt, dan kunnen wij daar toestemming voor geven

Insulinepennen

- je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts of diabetesverpleegkundige
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- de minimale gebruikstermijn is 3 jaar
- je hebt recht op 1 reservepen

Insulinepomp en wat daarbij hoort

- je moet een voorschrift hebben van je medisch specialist of diabetesverpleegkundige
- je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- de minimale gebruikstermijn is 4 jaar

• Laatste puntjes...

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

Uitleg

1. Criteria: Die criteria vind je op www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/diabeteshulpmiddelen-zvw
2. Lancetten: 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
3. Teststrips: 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

● Infuuspomp voor geneesmiddelen

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt de draagbare, uitwendige infuuspomp voor geneesmiddelen 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

Kies je voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je hulpmiddel niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze [Zorgzoeker](#) 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 eigen bijdrage. [Help me even: de 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. [Help me even: 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 of 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 hebben. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

- **Laatste puntjes...**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Kappen voor schedelbescherming

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt een kap om je schedel te beschermen als je aan deze 2 voorwaarden voldoet:

1. je hebt een bewustzijnsstoornis die regelmatig terugkomt en niet kan worden behandeld, en
2. 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

Kies je voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. Help me even: 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 of verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je de kap koopt, moet je toestemming hebben. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het contactformulier. Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

- **Laatste puntjes...**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Hulpmiddelen voor voeding

● Dit krijg je vergoed

Er zijn 3 manieren om voeding binnen te krijgen: via de mond, direct in de maag of darmen of in de bloedbaan. De vergoeding die je nu leest gaat over toediening in de maag of darmen.

Jaaah basis vergoedt de voedingssonde voor voeding via de maag of darmen, en de producten die daarbij horen, als:

1. deze buiten het ziekenhuis wordt ingebracht, en
2. je een aandoening of ziekte aan je maag of darmen hebt, waardoor je geen gewone voeding kunt eten, en
3. je 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.

● Hier kun je terecht

- leverancier van voedingssondes en voedingspompen

● Wat niet vergoed wordt

- nieuwe batterijen of oplaadapparatuur

● Andere vergoedingen

Voor de infuuspomp en producten die daarbij horen, om voeding direct in je bloedbaan te brengen, geldt de vergoeding Medisch specialist. Dat geldt ook voor voedingssondes en de producten die daarbij horen die je in het ziekenhuis krijgt ingebracht.

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

Kies je voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de 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. Help me even: 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 of 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 hebben. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

- **Laatste puntjes...**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Hulpmiddelen bij problemen met spreken

● Dit krijg je vergoed

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 dat 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

Kies je voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, in sommige gevallen

Je krijgt deze hulpmiddelen meestal in bruikleen. Dan geldt er geen eigen risico. Krijg je het hulpmiddel in eigendom of koop je het zelf? Dan geldt het eigen risico wel. Help me even: 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 of verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je het hulpmiddel krijgt, moet je toestemming hebben. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het contactformulier. Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Soms is een verslag van de logopedist nodig om je aanvraag te beoordelen.

● **Laatste puntjes...**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Persoonsalarmering

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt persoonsalarmering als je aan deze 6 voorwaarden voldoet:

1. je kunt jezelf sociaal en bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) redden
2. je hebt een lichamelijke handicap en 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
6. de persoonsalarmering maakt het mogelijk om zelfstandig te blijven wonen

● 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.

● Leverancier zonder contract

Kies je voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de 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. Help me even: 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 of verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts.

Toestemming

Ja, toestemming

Je hebt vooraf toestemming nodig. Die vraag je met het contactformulier. Je stuurt een indicatieformulier mee, dat je arts heeft ingevuld, en een offerte van de leverancier.

- **Laatste puntjes...**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Hulpmiddelen bij pijnbestrijding (TENS)

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt een TENS¹ 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

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

Kies je voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. Help me even: 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 of 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 hebben. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het contactformulier. Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

- **Laatste puntjes...**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

Uitleg

1. TENS: Transcutane Elektrische Neuro Stimulatie. Het is een apparaat dat zwakke elektrische prikkels geeft op de huid voor pijnvermindering

● Hulpmiddelen bij trombose

● Dit krijg je vergoed

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, en
2. je hebt voor langere tijd bloedverdunners 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.

Meet de trombosedienst je stollingstijd? 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.

● Leverancier zonder contract

Voor deze hulpmiddelen sluiten wij geen contracten. We vergoeden de marktconforme prijs. Als je toestemming van ons krijgt, staat erbij wat we precies vergoeden.

● 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. Help me even: 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 of verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts.

Toestemming

Ja, toestemming

Je hebt vooraf toestemming nodig. Dit regelt de trombosedienst voor je.

- **Laatste puntjes...**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

• Woningaanpassing en overige kosten bij thuisdialyse

• Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt (tijdelijke) woningaanpassingen die nodig zijn voor thuisdialyse. Zijn die aanpassingen niet meer nodig? Dan vergoedt Jaaah basis ook het herstel van je woning in de oorspronkelijke staat.

Ook geeft Jaaah basis je een weekvergoeding voor extra kosten van water en elektriciteit. Hieronder staat hoeveel 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.

• Leverancier zonder contract

Voor de woningaanpassing sluiten wij geen contracten. We vergoeden de marktconforme prijs. Als je toestemming van ons krijgt, staat erbij wat we precies vergoeden.

• 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. Help me even: 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 of verwijzing

Ja, een voorschrift

Je moet een voorschrift hebben van je behandelend arts.

Toestemming

Ja, toestemming

Je hebt vooraf toestemming nodig. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het contactformulier. Je stuurt het voorschrift mee en een offerte voor de woningaanpassing.

Declareer met het declaratieformulier thuisdialyse

Wil je de weekvergoeding voor thuisdialyse declareren? Gebruik het declaratieformulier thuisdialyse.

- **Laatste puntjes...**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

Uitleg

1. CAPD: Continue Ambulante Peritoneaal Dialyse
2. CCPD: Continue Cyclische Peritoneaal Dialyse

● Daisyspelers

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt de daisyspeler als je aan deze 3 voorwaarden voldoet:

1. je hebt een ernstige aandoening waardoor je beperkingen hebt met houding en beweging (motorische handicap), je bent blind of slechtziend of je bent uitbehandeld voor dyslexie, en
2. door deze aandoening kun je niet zonder hulp lezen, en
3. 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

● 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

Kies je voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

Eigen risico

Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder je eigen risico. Help me even: 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 of 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, waarin staat dat je bent uitbehandeld. Een verklaring van je huisarts of via school is niet genoeg.

Toestemming

Ja, toestemming

Voordat je de daisyspeler koopt, moet je toestemming hebben. Meestal regelt je leverancier dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het contactformulier. Je stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Heb je een daisyspeler nodig in verband met uitbehandelde dyslexie? Dan stuur je de verklaring mee van de orthopedagoog of gz-psycholoog en een offerte van de leverancier.

- **Laatste puntjes...**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Hulphonden

● Dit krijg je vergoed

Jaaah basis vergoedt verschillende hulphonden om je te ondersteunen in het dagelijks leven als je een ernstige beperking hebt. Hieronder staat welke hulphonden dat zijn en aan welke voorwaarden je moet voldoen.

De blindengeleidehond

Een blindengeleidehond helpt je om je veilig te verplaatsen, in huis en buiten in het verkeer.

Jaaah basis vergoedt een blindengeleidehond als je aan deze 2 voorwaarden voldoet:

1. je bent volledig blind of zo slechtziend dat je op een blindengeleidehond bent aangewezen, en
2. de blindengeleidehond levert een belangrijke bijdrage aan je mobiliteit of oriëntatie in het maatschappelijk verkeer, wat niet te bereiken is met 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 (omgevingsgeluiden).

Jaaah basis vergoedt een signaalhond als je aan deze 3 voorwaarden voldoet:

1. je bent volledig doof waardoor je beperkt bent in je mobiliteit en in ADL-handelingen, en
2. dat is niet te corrigeren met Hulpmiddelen bij problemen met horen en Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders, en
3. je hebt een signaalhond nodig om je bij mobiliteit en het uitvoeren van ADL-handelingen te ondersteunen door het signaleren van omgevingsgeluiden. De signaalhond vergroot je zelfstandigheid. Dat kan bijvoorbeeld blijken uit een afname van zorgondersteuning

De ADL-hond

ADL staat voor algemene dagelijkse levensverrichtingen. Het zijn algemene en huishoudelijke handelingen die je dagelijks uitvoert.

Jaaah basis vergoedt een ADL-hond als je aan deze 3 voorwaarden voldoet:

1. je hebt een ernstige aandoening waardoor je blijvend beperkt bent in je mobiliteit en in ADL-handelingen, en
2. dat is niet te corrigeren met Hulpmiddelen bij problemen met bewegen, Orthesen, Orthopedische schoenen en Daisyspelers, en
3. 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. De ADL-hond vergroot je zelfstandigheid. Dat kan bijvoorbeeld blijken uit een afname van zorgondersteuning

Voor al deze hulphonden

Jaaah basis vergoedt ook maximaal € 260 per 3 maanden voor het levensonderhoud en medische en dagelijkse verzorging van je hulphond. Je ontvangt dit bedrag achteraf. De vergoeding voor januari, februari en maart ontvang je dus 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 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
- Orthesen
- Orthopedische schoenen
- kortdurende uitleen
- Daisyspelers

• Leverancier zonder contract

Kies je voor een opleidingsinstituut waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij je hulphond niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wil je naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker 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 eigen bijdrage. Help me even: de 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. Help me even: 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 of verwijzing

Ja, een voorschrift (medische indicatie) en praktische indicatie

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

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 hebben. Meestal regelt het opleidingsinstituut dat voor je. Anders vraag je zelf toestemming via het [contactformulier](#). Je stuurt de medische indicatie mee, de praktische indicatie en een offerte van het opleidingsinstituut.

• Laatste puntjes...

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

jaaah.

Een zorgverzekering van ONVZ.

jaaah.nl

[instagram.com/jaaahzorgverzekering](https://www.instagram.com/jaaahzorgverzekering)

[facebook.com/jaaahzorgverzekering](https://www.facebook.com/jaaahzorgverzekering)