



# Vergoedingenoverzicht Zorgzaam 2022

## **Een overzicht van de vergoedingen van:**

- Zorgzaam Basisverzekering
- Aanvullende Verzekering Zorgzaam Ster 1, 2, 3, 4, 5

# Vergoedingenoverzicht zorgverzekeringen

## Leeswijzer

In dit vergoedingenoverzicht vindt u een overzicht van de vergoedingen van de Zorgzaam Basisverzekering en de aanvullende verzekeringen van Zorgzaam. Als er in het vergoedingenoverzicht een ● staat is deze zorg in de Zorgzaam Basisverzekering verzekerd.

## Bijkomende voorwaarden

Bijkomende voorwaarden, zoals toestemmingsvereisten, noodzakelijke verwijzingen en bevoegde zorgaanbieders zijn opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden van 2022. Wij raden u aan als u zorg nodig hebt, eerst de verzekeringsvoorwaarden te raadplegen. U vindt deze op [www.zorgzaam.nl](http://www.zorgzaam.nl).

## Zorgzaam Basisverzekering

De Zorgzaam Basisverzekering is een naturaverzekering. U hebt ruime keuze uit zorgaanbieders. Een lijst met gecontracteerde zorgaanbieders is te vinden op [www.zorgzaam.nl](http://www.zorgzaam.nl). Wilt u naar een zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar geen afspraken voor de betreffende zorg heeft gemaakt. Dat kan, maar dan betaalt u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf. Meer informatie vindt u in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders 2022 en de verzekeringsvoorwaarden'. De maximale vergoedingen zijn berekend op basis van 80% van de gemiddeld gecontracteerde tarieven zoals die zijn overeengekomen met de gecontracteerde zorgaanbieders.

## Eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de Zorgzaam Basisverzekering een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar. U kunt dit eigen risico vrijwillig verhogen tot € 485, € 585, € 685, € 785 of € 885. U krijgt dan een korting op de premie. Het eigen risico geldt niet voor bijvoorbeeld zorg door uw huisarts, multidisciplinaire zorg, verloskundige zorg en kraamzorg, verpleging en verzorging, de gecombineerde leefstijlinterventie, de door ons aangewezen voorkeursgeneesmiddelen, het stoppen-met-rokenprogramma en eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen. Een eventuele eigen bijdrage en/of maximale vergoeding wordt vermeld bij de desbetreffende zorgsoort. Meer informatie vindt u in de verzekeringsvoorwaarden.

## Aanvullende verzekeringen

De kosten worden vergoed tot maximaal de in Nederland geldende wettelijke tarieven. Als er geen wettelijke tarieven gelden voor de desbetreffende zorg, worden de kosten vergoed tot maximaal de marktconforme tarieven. Maakt u gebruik van gecontracteerde zorgaanbieders? Dan worden de kosten vergoed op basis van het tarief dat met de betrokken zorgaanbieders is overeengekomen. Voor de aanvullende verzekering kan er sprake zijn van aangewezen, erkende of gecontracteerde zorg. Maakt u gebruik van niet-gecontracteerde, niet-erkende of niet-aangewezen zorgaanbieders? Houd er dan rekening mee dat u (een deel van) de nota zelf moet betalen. Meer informatie vindt u in de verzekeringsvoorwaarden.

Soort zorg	Zorgzaam Basisverzekering	Ster 1	Ster 2	Ster 3	Ster 4	Ster 5
<b>Alternatieve zorg</b>						
Een budget te besteden aan de hieronder genoemde zorgsoorten: – Behandelingen en consulten (door aangewezen zorgverlener) Hieronder valt ook alternatieve bewegingstherapie, zoals osteopathie of chiropractie – Homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen		€ 200 per jaar. Voor behandelingen en consulten geldt een maximum van € 25 per dag	€ 300 per jaar. Voor behandelingen en consulten geldt een maximum van € 25 per dag	€ 500 per jaar. Voor behandelingen en consulten geldt een maximum van € 25 per dag	€ 500 per jaar. Voor behandelingen en consulten geldt een maximum van € 40 per dag	€ 650 per jaar. Voor behandelingen en consulten geldt een maximum van € 40 per dag
<b>Anticonceptiemiddelen</b>						
Zoals: anticonceptiepil, anticonceptiestaaftje, spiraaltje, ring of pessarium – <b>Tot 21 jaar</b> – <b>Vanaf 21 jaar:</b> alleen als deze middelen gebruikt worden voor de behandeling van endometriose of menorrhagie (als er sprake is van bloedarmoede)	● voor sommige middelen geldt een eigen bijdrage; de maximale eigen bijdrage voor alle geneesmiddelen samen is € 250 per jaar					
<b>Vanaf 21 jaar:</b> Alleen bij gecontracteerde zorgverleners		maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)	maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)	maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)	maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)	maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)
<b>Audiologische zorg</b>						
Onderzoek naar de gehoorfunctie, advisering hoortoestel. De audicien informeert u als u een verwijzing van een KNO-arts of audiologisch centrum nodig hebt	●					
<b>Besnijdenis</b>						
Medisch noodzakelijke besnijdenis	●					
<b>Bevalling</b>						
Bevalling met medische noodzaak in een ziekenhuis of een geboortecentrum	●					
Bevalling zonder medische noodzaak: – in een geboortecentrum – in een ziekenhuis	● € 230 per dag voor moeder en kind samen (€ 268 min € 38 voor de eigen bijdrage kraamzorg)	volledige vergoeding van het bedrag dat voor uw eigen rekening komt	volledige vergoeding van het bedrag dat voor uw eigen rekening komt	volledige vergoeding van het bedrag dat voor uw eigen rekening komt	volledige vergoeding van het bedrag dat voor uw eigen rekening komt	volledige vergoeding van het bedrag dat voor uw eigen rekening komt
Bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum als onderdeel van integrale geboortezorg	● Er geldt een eigen bijdrage voor moeder en kind samen van € 433					
Bevalling thuis	●					
Cursussen					€ 100 per jaar	€ 100 per jaar
<b>Contactlenzen/brillenglazen (na toestemming<sup>1</sup>)</b>						
Contactlenzen in bijzondere gevallen en brillenglazen alleen voor kinderen tot 18 jaar. De oogarts of zorgaanbieder kan de verzekerde vertellen of de verzekerde in aanmerking komt voor vergoeding uit de Zorgzaam Basisverzekering. Voor vergoeding uit de Zorgzaam Basisverzekering geldt het eigen risico en een eigen bijdrage. Voor kinderen tot 18 jaar geldt het eigen risico niet. Voor kinderen tot 18 jaar geldt wel een eigen bijdrage	●					
<b>Brillen, contactlenzen, ooglasers of lensimplantaties</b>						
De aanschaf van brillen of lenzen. U kunt hiervoor bij iedere opticien terecht.		maximaal € 50 per 3 jaar	maximaal € 125 per 3 jaar	maximaal € 200 per 3 jaar	maximaal € 250 per 3 jaar	maximaal € 300 per 3 jaar
Ooglaserbehandeling/lensimplantatie					€ 500 eenmalig	€ 500 eenmalig
<b>Buitenland</b>						
Spoedeisende zorg tijdens vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland		volledig	volledig	volledig	volledig	volledig
Repatriëring bij onvoorziene zorg door de Zorgzaam Alarmcentrale		volledig	volledig	volledig	volledig	volledig
Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen bij een reis naar het buitenland, alleen bij gecontracteerde zorgverleners		volledig	volledig	volledig	volledig	volledig
Zorg tijdens plaatsing in het buitenland		200% van maximaal Nederlands geldend tarief	200% van maximaal Nederlands geldend tarief	200% van maximaal Nederlands geldend tarief	200% van maximaal Nederlands geldend tarief	200% van maximaal Nederlands geldend tarief

<sup>1</sup> Voor deze zorg heeft u (in een aantal gevallen) vooraf toestemming nodig van VGZ. Nadat wij uw aanvraag hebben ontvangen, ontvangt u binnen 10 werkdagen een reactie. Raadpleeg de verzekeringsvoorwaarden.

Soort zorg	Zorgzaam Basisverzekering	Ster 1	Ster 2	Ster 3	Ster 4	Ster 5
Niet spoedeisende zorg (na toestemming <sup>1)</sup> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tot maximaal het tarief dat wij in Nederland zouden vergoeden. De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van de door u gekozen zorgaanbieder en of deze een contract met ons heeft.</li> </ul>					
<b>Diëtetiek</b>						
Diëtetiek, voorlichting met een medisch doel over voeding en gewoonten	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maximaal 3 behandelingen per kalenderjaar</li> </ul>					
Diëtetiek na ernstige COVID-19: <ul style="list-style-type: none"> <li>Eerste 6 maanden</li> <li>Tweede 6 maanden</li> </ul> De overheid heeft bepaald dat deze zorg vergoed wordt tot uiterlijk 1 augustus 2022. Om in aanmerking te komen voor zorg na ernstig COVID-19 gelden nadere voorwaarden. Meer informatie en voorwaarden vindt u op onze website	<ul style="list-style-type: none"> <li>7 behandelingen</li> <li>7 behandelingen</li> </ul>					
<b>Borstkolf</b>						
Huur/aanschaf (elektrische) borstkolf					eenmalig maximaal € 80	eenmalig maximaal € 80
<b>Erfelijkheidsonderzoek</b>						
Onderzoek van en naar Basisverzekering erfelijke afwijkingen	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>					
<b>Ergotherapie</b>						
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maximaal 10 behandelingen per kalenderjaar</li> </ul>			aanvullend 5 behandelingen per jaar	aanvullend 5 behandelingen per jaar	aanvullend 5 behandelingen per jaar
Ergotherapie na ernstige COVID-19: <ul style="list-style-type: none"> <li>Eerste 6 maanden</li> <li>Tweede 6 maanden</li> </ul> De overheid heeft bepaald dat deze zorg vergoed wordt tot uiterlijk 1 augustus 2022. Om in aanmerking te komen voor zorg na ernstig COVID-19 gelden nadere voorwaarden. Meer informatie en voorwaarden vindt u op onze website	<ul style="list-style-type: none"> <li>10 behandelingen</li> <li>10 behandelingen</li> </ul>					
<b>Fertiliteitsbevorderende behandelingen (IVF)</b>						
In-vitrofertilisatie (IVF) voor vrouwen tot 43 jaar Er gelden nadere voorwaarden	<ul style="list-style-type: none"> <li>1e, 2e, en 3e poging</li> </ul>			eenmalig de volledige kosten van een vierde poging per te realiseren zwangerschap als aanvulling op de eerste, tweede en derde poging, die u vanuit de zorgverzekering ontvangen hebt, als de verzekerde vrouw 42 jaar of jonger is. Inclusief de bij de behandeling noodzakelijke geneesmiddelen	eenmalig de volledige kosten van een vierde poging per te realiseren zwangerschap als aanvulling op de eerste, tweede en derde poging, die u vanuit de zorgverzekering ontvangen hebt, als de verzekerde vrouw 42 jaar of jonger is. Inclusief de bij de behandeling noodzakelijke geneesmiddelen	eenmalig de volledige kosten van een vierde poging per te realiseren zwangerschap als aanvulling op de eerste, tweede en derde poging, die u vanuit de zorgverzekering ontvangen hebt, als de verzekerde vrouw 42 jaar of jonger is. Inclusief de bij de behandeling noodzakelijke geneesmiddelen
Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen voor vrouwen tot 43 jaar	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>					
<b>Fysiotherapie en oefentherapie</b>						
Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden vanaf 18 jaar. Behandelingen manuele therapie vallen hier ook onder. Hiervoor krijgt u maximaal 9 behandelingen per indicatie vergoed	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chronische aandoeningen volgens bijlage 1 Besluit zorgverzekering vanaf de 21e behandeling (na toestemming<sup>1)</sup>)</li> </ul>	maximaal 3 behandelingen per kalenderjaar <sup>2</sup>	maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar <sup>2</sup>	maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar <sup>2</sup>	maximaal 32 behandelingen per kalenderjaar <sup>2</sup>	maximaal 32 behandelingen per kalenderjaar <sup>2</sup>
Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie vanaf 18 jaar	<ul style="list-style-type: none"> <li>De eerste 9 behandelingen</li> </ul>					
Gesuperviseerde oefentherapie (looptraining) bij etalagebenen, stadium 2 Fontaine	<ul style="list-style-type: none"> <li>37 behandelingen verspreid over 12 maanden</li> </ul>					
Oefentherapie onder toezicht van een oefentherapeut of fysiotherapeut bij artrose van heup- of kniegewricht	<ul style="list-style-type: none"> <li>12 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden</li> </ul>					

<sup>1</sup> Voor deze zorg heeft u (in een aantal gevallen) vooraf toestemming nodig van VGZ. Nadat wij uw aanvraag hebben ontvangen, ontvangt u binnen 10 werkdagen een reactie. Raadpleeg de verzekeringsvoorwaarden.

<sup>2</sup> Let op: Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben of gaat u naar een niet door ons gecontracteerde zorgverlener in het buitenland, die vergelijkbare zorg levert? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoeding in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners aanvullende verzekeringen en de Lijst maximale vergoedingen buitenland op onze website.

Soort zorg	Zorgzaam Basisverzekering	Ster 1	Ster 2	Ster 3	Ster 4	Ster 5
<ul style="list-style-type: none"> <li>Oefentherapie bij COPD vanaf Gold klasse II en hoger</li> <li>Het aantal behandelingen is afhankelijk van de indeling in de GOLD groep A, B1, B2, C of D.</li> <li>1e 12 maanden</li> <li>na 12 maanden (per periode van 12 maanden)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>aantal behandelingen: <ul style="list-style-type: none"> <li>groep A 5</li> <li>groep B1 27</li> <li>groep B2, C en D 70</li> </ul> </li> <li>aantal behandelingen: <ul style="list-style-type: none"> <li>groep A 0</li> <li>groep B1 3</li> <li>groep B2, C en D 52</li> </ul> </li> </ul>					
Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden tot 18 jaar. Behandelingen manuele therapie vallen hier ook onder. Hiervoor krijgt u maximaal 9 behandelingen per indicatie vergoed	<ul style="list-style-type: none"> <li>maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar</li> <li>vanaf 21e behandeling bij chronische aandoeningen volgens bijlage 1 Besluit zorgverzekering (na toestemming<sup>1</sup>)</li> </ul>	maximaal 3 behandelingen per kalenderjaar <sup>2</sup>	maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar <sup>2</sup>	maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar <sup>2</sup>	maximaal 32 behandelingen per kalenderjaar <sup>2</sup>	maximaal 32 behandelingen per kalenderjaar <sup>2</sup>
<b>Voor alle leeftijden:</b> Fysiotherapie en oefentherapie na ernstige COVID-19: <ul style="list-style-type: none"> <li>Eerste 6 maanden</li> <li>Tweede 6 maanden</li> </ul> De overheid heeft bepaald dat deze zorg vergoed wordt tot uiterlijk 1 augustus 2022. Om in aanmerking te komen voor zorg na ernstig COVID-19 gelden nadere voorwaarden. Meer informatie en voorwaarden vindt u op onze website	<ul style="list-style-type: none"> <li>50 behandelingen</li> <li>50 behandelingen</li> </ul>					
<b>Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)</b>						
<b>vanaf 18 jaar</b> Een erkend programma gericht op gedragsverandering vanwege overgewicht in combinatie met (een risico op) bepaalde aandoeningen of obesitas. Bent u 16 jaar of 17 jaar? Dan komt u in aanmerking voor een GLI als u een matig verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR) heeft en uw huisarts inschat dat u baat kunt hebben bij een GLI voor volwassenen	●					
<b>Geneeskundige zorg voor specifieke groepen</b>						
Zorg gericht op kwetsbare patiënten, zoals ouderen en mensen met een verstandelijke beperking. Onder deze zorg vallen ook bepaalde dagbehandelingen in een groep, in een aantal gevallen na toestemming <sup>1</sup>	●					
<b>Geneesmiddelen</b>						
Geneesmiddelen opgenomen in bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering en het Reglement farmaceutische zorg, in een aantal gevallen na toestemming <sup>1</sup>	● (voor sommige geneesmiddelen geldt een eigen bijdrage tot maximaal € 250 per kalenderjaar voor alle geneesmiddelen samen)				volledig	volledig
Dieetpreparaten, na toestemming <sup>1</sup> : medische voeding met een andere vorm en een andere samenstelling dan normale voeding. Er zijn verschillende soorten, onder andere drinkvoeding en sondevoeding	●					
<b>Hoortoestel en tinnitusmaskeerder</b>						
	● er geldt een eigen bijdrage van 25% voor verzekerden van 18 jaar en ouder		vergoeding van de eigen bijdrage vanuit het budget hulpmiddelen	vergoeding van de eigen bijdrage vanuit het budget hulpmiddelen	vergoeding van de eigen bijdrage vanuit het budget hulpmiddelen	vergoeding van de eigen bijdrage vanuit het budget hulpmiddelen
<b>Huidbehandelingen</b>						
Een budget te besteden aan de hieronder genoemde zorgsoorten (door aangewezen zorgverlener): <ul style="list-style-type: none"> <li>acnebehandeling</li> <li>camouflagetherapie</li> <li>ontharen</li> </ul>			€ 300 per jaar	€ 300 per jaar	€ 300 per jaar	€ 300 per jaar
<b>Hulpmiddelen en verbandmiddelen</b>						
Hulpmiddelen en verbandmiddelen opgenomen in de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen, in een aantal gevallen na toestemming <sup>1</sup>	● voor sommige hulpmiddelen geldt een eigen bijdrage of een maximale vergoeding					

<sup>1</sup> Voor deze zorg heeft u (in een aantal gevallen) vooraf toestemming nodig van VGZ. Nadat wij uw aanvraag hebben ontvangen, ontvangt u binnen 10 werkdagen een reactie. Raadpleeg de verzekeringsvoorwaarden.

<sup>2</sup> Let op: Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben of gaat u naar een niet door ons gecontracteerde zorgverlener in het buitenland, die vergelijkbare zorg levert? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoeding in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners aanvullende verzekeringen en de Lijst maximale vergoedingen buitenland op onze website.

Soort zorg	Zorgzaam Basisverzekering	Ster 1	Ster 2	Ster 3	Ster 4	Ster 5
<p>Een budget te besteden aan wettelijke bijdragen/ eigen betalingen voor (extra's die te maken hebben met) de hieronder genoemde hulpmiddelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Audiologische hulpmiddelen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- wettelijke eigen bijdrage vanaf 18 jaar voor een hoortoestel en tinnitusmaskeerder</li> <li>- batterijen, losse oplaadbare batterijen en bijbehorende opladers voor hoorhulpmiddelen</li> </ul> </li> <li>- Mammaprothese, artikelen die worden gebruikt na een borstamputatie</li> <li>- Pruik of mutssja's</li> <li>- Steunpessarium</li> <li>- Hand-of vingerspalk voor tijdelijk gebruik (door gecontracteerde zorgverlener)</li> <li>- (huur-)kosten van een plaswetter voor verzekerden van 6 tot 18 jaar</li> <li>- ADL-hulpmiddelen. Dit zijn hulpmiddelen voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen, zoals kleine hulpmiddelen die u helpen bij het wassen, aankleden of het koken en eten</li> <li>- Wettelijke eigen bijdrage voor brillenglazen, filterglazen of contactlenzen</li> </ul>			€ 250 per jaar	€ 250 per jaar	€ 500 per jaar	€ 500 per jaar
<b>Huisartsenzorg</b>						
Hieronder valt ook: begeleiding bij het stoppen met roken, voetzorg bij diabetes mellitus en multidisciplinaire zorg (ketenzorg)	●					
<b>Kraamzorg</b>						
Thuis of in een geboortecentrum	● ten hoogste 10 dagen (er geldt een eigen bijdrage van € 4,70 per uur)				volledige vergoeding van de eigen bijdrage	volledige vergoeding van de eigen bijdrage
In een ziekenhuis bij een bevalling met medische noodzaak	●					
Uitgestelde kraamzorg / kraamzorg na adoptie			maximaal 12 uur	maximaal 12 uur	maximaal 12 uur	maximaal 12 uur
Kraampakket van Zorgzaam				ja	ja	ja
<b>Lactatiekundig consult</b>						
				€ 200 per bevalling	€ 200 per bevalling	€ 200 per bevalling
<b>Lidmaatschap patiëntenvereniging</b>						
						maximaal € 25 per kalenderjaar
<b>Logopedie</b>						
Herstel of verbetering van spraakfunctie of spraakvermogen	●					
Logopedie na ernstige COVID-19: De overheid heeft bepaald dat deze zorg wordt vergoed tot uiterlijk 1 augustus 2022. Om in aanmerking te komen voor zorg na ernstig COVID-19 gelden nadere voorwaarden. Meer informatie en voorwaarden vindt u op onze website	●					
<b>Mantelzorgmakelaar</b>						
Op verwijzing van Zorgzaam Zorgadvies en bemiddeling			maximaal € 500	maximaal € 500	maximaal € 500	maximaal € 500
<b>Medisch-specialistische zorg</b>						
Voor deze zorg geldt dat u voor enkele behandelingen vooraf toestemming <sup>1</sup> nodig hebt	●					
<b>Mondzorg</b>						
Tandheelkundige zorg en orthodontische zorg in bijzondere gevallen: tandheelkundige zorg (inclusief eventuele implantaten en techniekkosten) en orthodontische zorg bij specifieke medische indicaties (na toestemming <sup>1</sup> )	● (er kan een eigen bijdrage gelden)					
Kaakchirurgie vanaf 18 jaar met uitzondering van het aanbrengen van implantaten, behandeling van tandvlees en ongecompliceerde extracties. Voor kaakosteotomie (een operatie waarbij één of beide kaken worden gecorrigeerd) na toestemming <sup>1</sup>	●					
Kunstgebitten (gebitsprothesen) vanaf 18 jaar Uitneembaar volledig kunstgebit, inclusief techniekkosten, na toestemming <sup>1</sup>	● er geldt een eigen bijdrage van 25%		volledige vergoeding van de eigen bijdrage	volledige vergoeding van de eigen bijdrage	volledige vergoeding van de eigen bijdrage	volledige vergoeding van de eigen bijdrage
Uitneembaar volledig kunstgebit op implantaten, inclusief techniekkosten, na toestemming <sup>1</sup>	● er geldt een eigen bijdrage van 8% (bovenkaak) en 10% (onderkaak)		volledige vergoeding van de eigen bijdrage	volledige vergoeding van de eigen bijdrage	volledige vergoeding van de eigen bijdrage	volledige vergoeding van de eigen bijdrage
Uitneembaar volledig kunstgebit, inclusief techniekkosten: normale gebitsprothese op de ene kaak en een implantaatgedragen prothese op de andere kaak	● er geldt een eigen bijdrage van 17%		volledige vergoeding van de eigen bijdrage	volledige vergoeding van de eigen bijdrage	volledige vergoeding van de eigen bijdrage	volledige vergoeding van de eigen bijdrage

<sup>1</sup> Voor deze zorg heeft u (in een aantal gevallen) vooraf toestemming nodig van VGZ. Nadat wij uw aanvraag hebben ontvangen, ontvangt u binnen 10 werkdagen een reactie. Raadpleeg de verzekeringsvoorwaarden.

Soort zorg	Zorgzaam Basisverzekering	Ster 1	Ster 2	Ster 3	Ster 4	Ster 5
Opvullen (rebasen) en repareren van uw volledig kunstgebit	● er geldt een eigen bijdrage van 10% van de kosten		volledige vergoeding van de eigen bijdrage	volledige vergoeding van de eigen bijdrage	volledige vergoeding van de eigen bijdrage	volledige vergoeding van de eigen bijdrage
<b>Tandheelkundige zorg tot 18 jaar</b> - Tandheelkundige zorg met uitzondering van orthodontie - Kronen, bruggen autotransplantaten en implantaten in bijzondere gevallen (na toestemming <sup>1</sup> ) U heeft óók toestemming (een machtiging) van ons nodig: - Vanaf de 11e sealing (een laagje over de kies); - Voor het moeizaam trekken van: - Voortanden - Melktanden - Melkkiezen	●					
<b>Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar</b> Tandheelkundige zorg. Niet vergoed worden de kosten van orthodontische zorg, algehele narcose of sedatie en het bleken van tanden (inclusief techniek-en materiaalkosten)			€ 250 per jaar: 100% periodieke controle (C002) en incidenteel consult (C003) en 75% overige algemene tandzorg	€ 500 per jaar: 100% periodieke controle (C002) en incidenteel consult (C003) en 75% overige algemene tandzorg	€ 2000 per jaar: 100% periodieke controle (C002) en incidenteel consult (C003) en 80% overige algemene tandzorg	€ 2000 per jaar: 100% periodieke controle (C002) en incidenteel consult (C003) en 80% overige algemene tandzorg
Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke prothesen en tandvlesbehandelingen			75%	75%	75%	75%
					Voor kronen, bruggen, implantaten en gedeeltelijke prothesen geldt een wachttijd van 12 maanden <sup>3</sup>	Voor kronen, bruggen, implantaten en gedeeltelijke prothesen geldt een wachttijd van 12 maanden <sup>3</sup>
<b>Tandheelkundige zorg na een ongeval</b> Onvoorziene tandheelkundige zorg om schade aan uw gebit door een ongeval te herstellen, na toestemming <sup>1</sup>		maximaal € 10.000 per ongeval	maximaal € 10.000 per ongeval	maximaal € 10.000 per ongeval	maximaal € 10.000 per ongeval	maximaal € 10.000 per ongeval
Orthodontie voor verzekerden tot 18 jaar				80% tot een maximum € 1.500 voor de hele looptijd van de verzekering	80% tot een maximum € 3.000 voor de hele looptijd van de verzekering Voor orthodontie geldt een wachttijd van 12 maanden <sup>3</sup>	100% tot een maximum € 3.000 voor de hele looptijd van de verzekering Voor orthodontie geldt een wachttijd van 12 maanden <sup>3</sup>
<b>Plastisch chirurgische behandelingen</b>						
Voor een specifieke medische indicatie (na toestemming <sup>1</sup> )	●					
Medisch noodzakelijke bovenooglidcorrecties bij ernstige vermindering van het gezichtsveld (na toestemming <sup>1</sup> )	● bij een specifieke medische indicatie			volledig bij gecontracteerde zorgverlener	volledig bij gecontracteerde zorgverlener	volledig bij gecontracteerde zorgverlener
Medisch noodzakelijke buikwandcorrecties (na toestemming <sup>1</sup> )	● bij een specifieke medische indicatie			volledig bij gecontracteerde zorgverlener	volledig bij gecontracteerde zorgverlener	volledig bij gecontracteerde zorgverlener
Medisch noodzakelijke flapoorcorrecties voor verzekerden tot 18 jaar				volledig bij gecontracteerde zorgverlener	volledig bij gecontracteerde zorgverlener	volledig bij gecontracteerde zorgverlener
<b>Prenatale screening</b>						
Counseling prenataal onderzoek en structureel echoscopisch onderzoek in het 2 <sup>e</sup> trimester van de zwangerschap	●					
Combinatietest, NIPT en invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie) op medische indicatie	●					
<b>Preventie</b>						

<sup>1</sup> Voor deze zorg heeft u (in een aantal gevallen) vooraf toestemming nodig van VGZ. Nadat wij uw aanvraag hebben ontvangen, ontvangt u binnen 10 werkdagen een reactie. Raadpleeg de verzekeringsvoorwaarden.

<sup>3</sup> De wachttijd geldt niet als:

- U een gewezen militair bent en u meldt zich aan bij Zorgzaam
- U een meegeplaatst gezinslid bent van een in het buitenland geplaatste militair en u meldt zich aan bij Zorgzaam
- U uw aanvullende verzekering, per de plaatsingsdatum, verhoogt naar een Zorgzaam Ster 4 of 5 als dat noodzakelijk is in verband met plaatsing in het buitenland.

Soort zorg	Zorgzaam Basisverzekering	Ster 1	Ster 2	Ster 3	Ster 4	Ster 5
Een budget te besteden aan de hieronder genoemde zorgsoorten: - Consult en advies voor vrouwen - Cursussen (o.a. omgaan met ziekte of aandoening) - EHBO-cursus - Leefstijlcheck - Reanimatiecursus - Sportmedisch advies - Valpreventie			€ 100 per jaar	€ 100 per jaar	€ 200 per jaar	€ 200 per jaar
<b>Psychologische zorg</b>						
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) vanaf 18 jaar (bij opname na toestemming <sup>1</sup> )	●					
<b>Reiskosten bezoek ernstig zieke kinderen</b>						
<b>Revalidatie</b>						
Onderzoek, advisering en behandeling bij specifieke indicaties na toestemming <sup>1</sup> . Hieronder valt ook quick scan en oncologische revalidatie	●					
Geriatrische revalidatie	● basisverzekering maximaal 6 maanden					
<b>Sterilisatie</b>						
Sterilisatie man (vasectomie), alleen bij gecontracteerde zorgverleners. U kunt ook naar een huisarts. Deze hoeft geen contract met ons te hebben			volledig	volledig	volledig	volledig
Sterilisatie vrouw, alleen bij gecontracteerde zorgverleners			volledig	volledig	volledig	volledig
<b>Stoppen-met-rokenprogramma</b>						
Stoppen-met-rokenprogramma en geneesmiddelen voorgeschreven in het kader van het programma	● eenmaal per kalenderjaar					
<b>Transplantatie van weefsels en organen</b>						
Als de transplantatie wordt verricht in een EU-land of EER-lidstaat	●					
<b>Verblijf</b>						
Verblijf in een herstellingsoord/zorghotel (bij gecontracteerde zorgverlener), mogelijk als: 1. Het aansluit op ontslag uit een ziekenhuis of behandeling in een zelfstandig behandelcentrum, na afronding van uw behandelingen 2. Uw mantelzorger overbelast is of tijdelijk wegvalt en er geen andere opvang thuis mogelijk is 3. U wilt herstellen van (mentale) overbelasting of burn-out	●		€ 100 per dag, maximaal € 1.000 per jaar	€ 100 per dag, maximaal € 1.000 per jaar	€ 100 per dag, maximaal € 2.000 per jaar	€ 100 per dag, maximaal € 2.000 per jaar
Verblijf in een hospice (door een erkende zorgverlener)			€ 40 per dag	€ 40 per dag	€ 40 per dag	€ 40 per dag
Verblijf in: - (Psychiatrisch) ziekenhuis - GGZ-instelling, na toestemming <sup>1</sup> - Instelling voor eerstelijnsverblijf - Revalidatie-instelling, na toestemming <sup>1</sup> - Kinderzorghuis in verband met intensieve kindzorg - Verblijf in de nabijheid van een ziekenhuis als dat nodig is voor medisch specialistische zorg, na toestemming <sup>1</sup>	●     ● maximaal € 77,50 per nacht					
Verblijf in een logeer- of familiehuus: - Bij ziekenhuisopname van uw minderjarig kind of partner - Als u 2 dagbehandelingen moet ondergaan op aaneengesloten dagen in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt				€ 45 per nacht	€ 45 per nacht	€ 45 per nacht
Verblijf in Gasthuis Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of familiehuus Daniël den Hoed als u hier poliklinisch onder behandeling bent		volledig	volledig	volledig	volledig	volledig
<b>Voetbehandelingen</b>						
Een budget te besteden aan de hieronder genoemde zorgsoorten: - Voetbehandelingen als u reuma (reumatoïde artritis) heeft - Voetbehandelingen als u diabetes heeft met zorgprofiel <sup>1</sup> . In bepaalde gevallen valt voetzorg bij diabetes mellitus onder de basisverzekering als onderdeel van huisartsenzorg - Podotherapie	●		€ 100 per jaar	€ 100 per jaar	€ 200 per jaar	€ 200 per jaar
Steunzolen en therapiezolen						€ 70 per jaar
<b>Ziekenhuisopname</b>						

<sup>1</sup> Voor deze zorg heeft u (in een aantal gevallen) vooraf toestemming nodig van VGZ. Nadat wij uw aanvraag hebben ontvangen, ontvangt u binnen 10 werkdagen een reactie. Raadpleeg de verzekeringsvoorwaarden.



Soort zorg	Zorgzaam Basisverzekering	Ster 1	Ster 2	Ster 3	Ster 4	Ster 5
Verblijf in: - GGZ-instelling (na toestemming <sup>1</sup> ) - Instelling voor eerstelijnsverblijf - Kinderzorghuis in verband met intensieve kindzorg - (Psychiatrisch) ziekenhuis - Revalidatie-instelling (na toestemming <sup>1</sup> )	●					
<b>Ziekenvervoer</b>						
Ambulancevervoer	● Tot maximaal 200 km (enkele reis)					
<b>Zittend ziekenvervoer bij specifieke medische indicaties (na toestemming<sup>1</sup>)</b>						
Eigen vervoer	● € 0,32 per km (Er geldt een eigen bijdrage van € 111 per jaar)					
Openbaar vervoer of taxi	● (Er geldt een eigen bijdrage van € 111 per jaar)					
Wettelijke eigen bijdrage ziekenvervoer						volledig
Logeerkosten in plaats van vervoerskosten bij ten minste drie aaneengesloten dagen behandeling (na toestemming <sup>1</sup> )	● Maximaal € 77 per nacht					
<b>Zorgbemiddeling</b>						
	●					
<b>Zintuiglijk gehandicaptenzorg</b>						
Multidisciplinaire zorg in verband met een visuele, auditieve of communicatieve beperking	●					

<sup>1</sup> Voor deze zorg heeft u (in een aantal gevallen) vooraf toestemming nodig van VGZ. Nadat wij uw aanvraag hebben ontvangen, ontvangt u binnen 10 werkdagen een reactie. Raadpleeg de verzekeringsvoorwaarden.

## Mijn Zorgzaam

Met deze handige online service kunt u uw zorgverzekering wijzigen, declaraties indienen, uw berichten bekijken en uw persoonlijke gegevens beheren. Kijk op [www.mijnzorgzaam.nl](http://www.mijnzorgzaam.nl).

## Declareren

Kies voor het gemak van online uw declaraties indienen:

- Ontvang binnen zes dagen uw vergoeding
  - Inloggen is veilig en snel met DigiD
  - Uw persoonlijke gegevens zijn al ingevuld
  - Voeg een foto of een scan toe van de nota
- Inloggen doet u via [www.mijnzorgzaam.nl](http://www.mijnzorgzaam.nl)

Kijk voor meer informatie op [www.zorgzaam.nl/declareren](http://www.zorgzaam.nl/declareren).

## De Zorgzaam zorg app

- Eenvoudig declareren met een foto of pdf
- Zorgkostenfactuur direct betalen met iDEAL
- In 1 oogopslag zien wat u krijgt vergoed voor 5 belangrijke zorgsoorten
- Stand van uw eigen risico bekijken
- Zorgpas en belangrijke telefoonnummers altijd bij de hand

## Zorg nodig?

### Vind uw zorgaanbieder in 5 stappen

1. Ga naar [www.zorgzaam.nl/zorgzoeker](http://www.zorgzaam.nl/zorgzoeker)
2. Zoek op zorg of de naam van uw zorgaanbieder
3. Bekijk of de zorgaanbieder voor de zorg die u nodig hebt een contract met ons heeft
4. Vergelijk de beoordelingen van klanten
5. Kies uw zorgaanbieder

## Meer weten?

### Helpdesk Zorgzaam

Beschikbaarheid maandag t/m vrijdag van 08.00 uur tot 17.00 uur  
Telefoonnummer (072) 527 76 77  
Vanuit het buitenland +31 72 527 76 77

### Zorgzaam

[www.zorgzaam.nl](http://www.zorgzaam.nl)

Postbus 445  
5600 AK Eindhoven  
E-mail zorgadvies en bemiddeling: [zbspecials@vgz.nl](mailto:zbspecials@vgz.nl)

Dit vergoedingenoverzicht bevat een samenvatting van de verzekeringsvoorwaarden. Een volledig overzicht van de verzekeringsvoorwaarden vindt u op [www.zorgzaam.nl](http://www.zorgzaam.nl). Dit overzicht is onder voorbehoud van druk- en typefouten.

