

Over deze kaart

Op deze kaart staan de **belangrijkste kenmerken** van de VGZ Rotterdampakket, voor u als inwoner van een van de IJSSELgemeenten: Capelle aan den IJssel, Krimpen aan den IJssel en Zuidplas, van VGZ.

Wilt u meer weten? Leest u dan de [polisvoorwaarden](#).

Let op: deze kaart gaat alleen over de aanvullende verzekering en niet over de basisverzekering. Meer info: www.vgz.nl/ijsselegemeenten.

Welk soort verzekering is dit?

Een basisverzekering vergoedt niet alle kosten. U kunt deze kosten verzekeren met een aanvullende verzekering. U kiest zelf of u een aanvullende zorgverzekering afsluit. Een basisverzekering is verplicht. Een aanvullende verzekering is niet verplicht.



Wat is verzekerd?

- ✓ Welke zorgkosten krijgt u vergoed? Dat leest u in het [vergoedingenoverzicht](#).

De belangrijkste vergoedingen zijn:

Fysiotherapie

- ✓ U krijgt een vergoeding voor fysiotherapie, oefentherapie (cesar of mensendieck), oedeemtherapie, littekentherapie of manuele therapie. Wij vergoeden maximaal 20 behandelingen per jaar. Voor manuele therapie zijn dit maximaal 9 behandelingen per indicatie per jaar.

Wij hebben afspraken gemaakt met een [een ruim aantal](#) fysiotherapeuten.

Extra informatie

De behandelingen manuele fysiotherapie maken onderdeel uit van het vermelde maximum per jaar.

Brillen en contactlenzen

- ✓ U krijgt een vergoeding voor brillen en contactlenzen op sterkte. Wij vergoeden maximaal € 125 per 3 jaar voor brillen en contactlenzen samen.

Alternatieve zorg

- ✓ U krijgt van elke rekening voor alternatieve behandelingen een vergoeding. Zoals homeopathie, chiropractie en acupunctuur. Deze vergoeding geldt ook voor alternatieve geneesmiddelen. Wij vergoeden maximaal € 300 per jaar. En maximaal € 40 per behandeling en consult per dag.



Wat is niet verzekerd?

- ✗ Vergoedt de basisverzekering uw zorg? Dan vergoedt de aanvullende verzekering deze niet.



Zijn er dekkingsbeperkingen?

- ! Zorg die wel verzekerd is, vergoeden wij niet altijd helemaal. Dit noemen we dekkingsbeperkingen. Hieronder staat welke dekkingsbeperkingen er zijn.

Heeft uw zorg, geneesmiddel of hulpmiddel niet de kwaliteit die wij voor u willen? Dan vergoeden wij deze niet volledig. Hier leest u onze [kwaliteitseisen](#).

Extra informatie

Voor alternatieve zorg hebben we zorgverleners aangewezen. U vindt deze zorgverleners in de [Zorgzoeker](#).

Afspraken met zorgverleners

- ! Wij hebben afspraken gemaakt met fysiotherapeuten, oefentherapeuten, oedeemtherapeuten, huidtherapeuten en alternatieve zorgverleners. Hebben wij geen afspraak met uw zorgverlener? Dan vergoeden wij de kosten van fysiotherapie, oefentherapie, oedeemtherapie, littekentherapie en manuele therapie niet volledig en de kosten van alternatieve zorg niet.

Wilt u naar een zorgverlener waarmee wij afspraken hebben? U vindt deze op onze [Zorgzoeker](#).

Extra informatie

In de lijst [Maximale vergoedingen nietgecontracteerde zorgverleners aanvullende verzekeringen](#) vindt u de maximale vergoeding per behandeling (zitting) fysiotherapie, oefentherapie, oedeemtherapie, littekentherapie en manuele therapie als je naar een zorgverlener gaat waarmee we geen afspraken hebben gemaakt.

Tandarts

- ✓ U krijgt een vergoeding voor zorg van de tandarts en mondhygiënist.

U krijgt 100% vergoeding van elke rekening voor:

- periodieke controle
- incidenteel consult
- gebitsreiniging
- vullingen
- verdovingen
- foto's maken en beoordelen
- wortelkanaalbehandeling
- kaakgewrichtsbehandelingen
- kaakchirurgie

U krijgt 80% vergoeding voor elke rekening voor:

- tandvleesbehandelingen
- kronen en bruggen
- kunstgebitten/implantaten die uw basisverzekering niet vergoedt

Wij vergoeden maximaal € 500 per jaar.

Orthodontie

- ✓ Verzekerden tot 18 jaar:

U krijgt van elke rekening voor orthodontie een vergoeding van 100%. Wij vergoeden maximaal € 2.500 per persoon. Dit is een totaalbedrag voor alle jaren dat u bij ons verzekerd bent.

Verzekerden van 18 jaar en ouder:

U krijgt van elke rekening voor orthodontie een vergoeding van 100%. Wij vergoeden maximaal € 500 per persoon. Dit is een totaalbedrag voor alle jaren dat u bij ons verzekerd bent.

Spoedeisende zorg in het buitenland

- ✓ Heeft u spoedeisende zorg in het buitenland nodig? Dan krijgt u een extra vergoeding, bovenop de basisverzekering. U krijgt deze vergoeding alleen als u tijdelijk in het buitenland bent voor maximaal 365 dagen.
-

Tandarts na een ongeval

- ✓ U krijgt een vergoeding voor kosten van de tandarts na een ongeval. Wij vergoeden tot maximaal € 10.000 per ongeval.

Extra informatie

Voor de Tand Ongevallen krijgt u geen vergoeding voor onder andere:

- behandeling in het buitenland
- orthodontie na een ongeval
- kosten als gevolg van grove schuld
- opzet en gebruik van alcohol of andere verdovende middelen
- schade ontstaan bij het eten
- herstel van schade/indicatie die er voor het ongeval al was

Toestemming of verwijzing

- ! Voor sommige zorg heeft u een verwijzing van een zorgverlener nodig. Of toestemming van ons. Heeft u geen verwijzing of toestemming, dan krijgt u geen vergoeding. Het gaat om tandartskosten als gevolg van een ongeval.

Wilt u meer weten? Leest u dan de [polisvoorwaarden](#).

Vergoeding wettelijke eigen bijdragen

- ✓ In de basisverzekering betaalt u voor sommige zorg een deel van de kosten zelf. Deze eigen bijdrage is verplicht volgens de wet.

Wij vergoeden de eigen bijdrage voor:

- Geneesmiddelen: volledige vergoeding
- Ziekenvervoer: volledige vergoeding
- Hulpmiddelen (i): volledige vergoeding
- Zittend ziekenvervoer: volledige vergoeding
- Gebitsprothesen: volledige vergoeding
- Vergoeding Wettelijke eigen bijdrage Wmo voor bepaalde zorg. Het Centraal Administratie Kantoor (CAK) int deze eigen bijdrage in de vorm van een abonnementstarief: volledige vergoeding.

Extra informatie

Het gaat om de volgende hulpmiddelen met een eigen bijdrage:

- Hoortoestel / tinnitusmaskeerder
- Brillenglazen/lenzen op medische indicatie
- (Semi-)orthopedisch- of allergeenvrij schoeisel

Vergoeding van eigen risico

- ✓ Voor inwoners met een inkomen tot 150% van de bijstandsnorm: volledige vergoeding van het verplicht eigen risico dat voor uw rekening komt vanuit de basisverzekering VGZ Ruime Keuze.



Waar ben ik gedekt?

- ✓ U bent verzekerd in Nederland. Voor sommige vormen zorg uit deze aanvullende verzekering heeft u ook recht op vergoeding in het buitenland.

U bent in combinatie met een basisverzekering wereldwijd verzekerd voor spoedeisende zorg en repatriëring.



Wat zijn mijn verplichtingen?

Verandert er iets in uw huishouden (zoals een geboorte of scheiding)? Geef dat aan ons door via [Mijn VGZ](#) of de [VGZ app](#). Een adreswijziging of bericht van overlijden ontvangen wij automatisch via de gemeente.

Ontvangt u een rekening van een zorgverlener? Stuur deze dan naar ons. Dat kan via [Mijn VGZ](#) of de [VGZ app](#).



Hoe en wanneer betaal ik?

Iedereen van 18 jaar en ouder moet premie betalen. U kunt kiezen hoe u betaalt. Per maand of per jaar.

- Betalen kan via automatische afschrijving.
- Betaal op tijd, dan voorkomt u extra kosten.
- Het verplicht eigen risico kunt u in delen betalen.

Hoe u wilt betalen kunt u aan ons laten weten via [Mijn VGZ](#) of de [VGZ app](#).



Wanneer begint en eindigt de dekking?

De verzekering begint op de datum die op uw polis staat. U kunt de verzekering elk jaar per 1 januari opzeggen. Zorg dat wij uiterlijk 31 december uw opzegging hebben ontvangen. U moet uw nieuwe aanvullende verzekering voor 1 februari afsluiten. U bent dan met terugwerkende kracht vanaf 1 januari verzekerd.

Extra informatie

Overstapservice: meldt u zich uiterlijk 31 december aan bij een andere zorgverzekeraar? Dan zorgt uw nieuwe zorgverzekeraar dat uw verzekering bij ons stopt.



Hoe zeg ik mijn contract op?

U kunt opzeggen via onze klantenservice. Uw aanvullende verzekering kunt u zelf beëindigen in [Mijn VGZ](#). U kunt ook gebruikmaken van de overstapservice van uw nieuwe verzekeraar. U vindt onze contactgegevens op [onze website](#).

