

SIZ Aanvullende Verzekering 2007

Hoofdstuk 1 Algemeen gedeelte

Hoofdstuk 2 Budget / Accent / Plus

INHOUDSOPGAVE

Hoofdstuk 1 Algemeen gedeelte

Artikel 1.	Begripsomschrijvingen	
Artikel 2.	Algemene bepalingen	
Artikel 3.	Premie	
Artikel 4.	Overige verplichtingen	
Artikel 5.	Wijziging premie en voorwaarden	
Artikel 6.	Ingang, duur en beëindiging	
Artikel 7.	Uitsluitingen	
Artikel 8.	Klachten	
Artikel 9.	Zorg- en wachtlijstbemiddeling	

Hoofdstuk 2 SIZ Aanvullende Verzekering Budget/Accent/Plus

Geneeskundige zorg

Artikel 1.	Verloskundige zorg en kraamzorg	10
1.1.	Verloskundige zorg	10
1.2.	Kraampakket	10
1.3.	Nazorg moeder	10
1.4.	Nazorg pasgeborene	10
Artikel 2.	Medisch specialistische zorg	10
2.1.	Circumcisie	10
2.2.	Sterilisatie	11
Artikel 3.	Plastische chirurgie	11
3.1.	Correctie oorschelpen (kinderen)	11
3.2.	Plastische chirurgie (overig)	11
3.3.	Plastische chirurgie (bijzondere medische omstandigheden)	11

Alternatieve zorg

Artikel 4.	Alternatieve zorg	11
Artikel 5.	Alternatieve geneesmiddelen	12

Paramedische zorg

Artikel 6.	Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck	12
6.1.	Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden jonger dan 18 jaar	12
6.2.	Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden van 18 jaar en ouder	12
Artikel 7.	Stottertherapie	13
Artikel 8.	Lymf-oedeemtherapie	13

Huidbehandelingen

Artikel 9.	Acnebehandeling	13
Artikel 10.	Camouflagetherapie	13
Artikel 11.	Epilatie	13
Artikel 12.	Psoriasisbehandeling	14

Voetbehandelingen

Artikel 13.	Podotherapie	14
-------------	--------------	----

4	Farmaceutische zorg	
	Artikel 14.	Anticonceptie 14
	Artikel 15.	Vitamines 14
6	Hulpmiddelen	
	Artikel 16.	Brilmontuur, brillenglazen en contactlenzen 14
	Artikel 17.	Pruiken 15
	Artikel 18.	Supphosekousen 15
	Artikel 19.	Steunpessarium 15
	Artikel 20.	PUVA 15
	Artikel 21.	Steunzolen en therapiezolen 15
	Artikel 22.	Thuisbewakingsmonitor 15
	Artikel 23.	Wekapparatuur/plaswekker 16
	Verblijf	
10	Artikel 24.	Herstellingsoord 16
	Artikel 25.	Therapeutisch vakantiecamp voor verzekerden jonger dan 18 jaar 16
	Artikel 26.	Kuuroord 16
	Artikel 27.	Logieskosten 16
	Artikel 28.	Gastenverblijf 17
	Artikel 29.	Hospice 17
	Preventie	
	Artikel 30.	Cursus stoppen met roken 17
	Artikel 31.	Preventieve cursussen en voorlichting 17
	Artikel 32.	Sportgeneeskunde 17
	Artikel 33.	Zorg door een overgangsconsulente 17
	Psychologische zorg	
	Artikel 34.	Psychologische zorg 17
	Artikel 35.	Groepsrevalidatie en groepstherapie voor patiënten met kanker 17
	Reizen	
	Artikel 36.	Spoedeisende zorg tijdens vakantie en tijdelijk verblijf 18
	Artikel 37.	Repatriëring 18
	Artikel 38.	Vaccinatie 18
	Buitenland	
	Artikel 39.	Wettelijke bijdragen in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland 18
	Tandheelkundige zorg	
	Artikel 40.	Preventieve en curatieve tandheelkundige zorg 18
	Artikel 41.	Gnathologie 19
	Artikel 42.	Prothetische voorzieningen 20
	Artikel 43.	Implantologie in de niet-tandeloze kaak 20
	Artikel 44.	Inlays, kronen en bruggen 21
	Artikel 45.	Restauraties door middel van niet-plastische Materialen 21
	Artikel 46.	Orthodontische zorg 21
	46.1.	Orthodontische zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar 21
	46.2.	Bijzondere orthodontische zorg voor verzekerden van 18 jaar of ouder 21

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

In de hierna volgende verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

1. **Aanvullende Verzekering:** de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven SIZ Aanvullende Verzekering, bestaande uit 3 pakketten, die als aanvulling op de SIZ Standaardverzekering gesloten kan worden.
2. **Acupuncturist:** een in Nederland gevestigde acupunctuur, die lid is van de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA), het Nederlands Genootschap voor Acupunctuur (NGvA), de Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de natuurlijke geneeskunst (NWP) of die opgenomen is in het (praktijk)register van de Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV).
3. **Ambulancevervoer:** het vervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid van de Wet ambulancevervoer van zieken en gewonden per ambulance.
4. **Apotheekhoudend huisarts:** een huisarts die volgens de Wet op de geneesmiddelenvoorziening bevoegd is tot het uitoefenen van de artsenijbereidkunst.
5. **Apotheker:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
6. **Arts:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
7. **AWBZ:** de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
8. **Bedrijfsarts:** een arts die als bedrijfsarts geregistreerd staat in het Register van erkende Sociaal Geneeskundigen dat wordt bijgehouden door de Sociaal-Geneskundige Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, eventueel in dienst van een gecertificeerde Arbo-dienst, en met wie of waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft gesloten.
9. **Bekkenfysiotherapeut:** een fysiotherapeut die als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
10. **Besluit zorgverzekering:** Besluit van 28 juni 2005 houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in de artikelen 11, 20, 22, 32, 34 en 89 van de Zorgverzekeringswet.
11. **Besnijdeniscentrum:** een centrum dat zich heeft toegelegd op het verrichten van circumcisies, en waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft gesloten.
12. **Chiropractor:** een in Nederland gevestigde chiropractor (D.C., Bsc of Msc).
13. **Coöperatie:** de Coöperatie VGZ-IZA-Trias-Groep U.A.
14. **Diagnose Behandeling Combinatie (DBC):** het op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg getypeerde geheel van prestaties van zorginstelling en medisch specialist, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de medisch specialist in de zorginstelling consulteert.
15. **Eerstelijnspsycholoog:** degene die als zodanig is ingeschreven in het Register van eerstelijnspsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
16. **Europese Unie en EER-lidstaat:** hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. Ook worden hieronder verstaan de EER-landen (lidstaten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte): Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.
17. **Fraude:** het plegen of trachten te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van schadeverzekering betrokken personen en organisaties, en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendzelen.
18. **Fysiotherapeut:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt ook verstaan een heilgymnastmasseur volgens artikel 108 van de Wet BIG.
19. **Geneesmiddelen:** de in artikel 2.8, eerste lid, aanhef en onder a en b van het Besluit zorgverzekering bedoelde geneesmiddelen.
20. **Gezondheidszorgpsycholoog:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
21. **GGD:** de Gemeentelijke Gezondheidsdienst.
22. **Huidtherapeut:** degene met het diploma Huidtherapie van de Stichting Opleiding Huidtherapie, de Hogeschool van Utrecht of de Hogeschool van Eindhoven.
23. **Huisarts:** een arts die als huisarts is ingeschreven in een van de registers ingesteld door de Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
24. **Instelling:**
 1. een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
 2. een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of

zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

25. **Kaakchirurg:** een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
26. **Kinderfysiotherapeut:** een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
27. **Klassiek homeopaat:** een in Nederland gevestigde klassieke homeopaat, die lid is van de Nederlandse Vereniging voor Klassieke Homeopathie (NVKH), de Nederlandse Organisatie van Klassiek Homeopaten (NOKH) of de Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de natuurlijke geneeskunst (NWP).
28. **Kraamcentrum:** een als zodanig toegelaten instelling volgens de bij of krachtens wet gestelde regels, alsmede de door de maatschappij als zodanig erkende instelling waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft gesloten.
29. **Kraamverzorgende:** een gediplomeerde kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.
30. **Maatschappij:** VGZ Zorgverzekeraar NV, gevestigd in Nijmegen. VGZ Zorgverzekeraar NV is een onderdeel van de Coöperatie VGZ-IZA-Trias-Groep U.A.
31. **Machtiging:** een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens de maatschappij wordt verstrekt voor de verzekerde, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.
32. **Manueel therapeut:** een fysiotherapeut die als manueel therapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of Egg Shell ® therapeuten die werken volgens de methode Van der Bijl.
33. **Medisch specialist:** een arts die is ingeschreven in een van de registers ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
34. **Mondhygiënist:** degene die op grond van artikel 14 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel mondhygiënist.
35. **NZa:** Nederlandse Zorgautoriteit als bedoeld in de Wet marktordening gezondheidszorg.
36. **Oedeemtherapeut:** een fysiotherapeut die als oedeemtherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
37. **Oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck:** degene die op grond van artikel 18 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel oefentherapeut.
38. **Orthodontist:** een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
39. **Osteopaat:** een in Nederland gevestigde osteopaat (DO-MRO, MRO).
40. **Overgangsconsulente:** een verpleegkundige die de specialistische opleiding gevolgd heeft tot overgangsconsulente bij de organisatie Care for Women of die aangesloten is bij de overgangspraktijk Women's Life.
41. **Podotherapeut:** degene die op grond van artikel 26 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel podotherapeut.
42. **Regeling zorgverzekering:** Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1 september 2005, nummer z/v.2611957, houdende regels ter zake van de uitvoering van de Zvw.
43. **RIAGG:** een Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg.
44. **Schoonheidsspecialist:** een schoonheidsspecialist met het diploma Schoonheidsverzorging-B, aangevuld met voor camouflagetherapie het diploma Camouflage, voor elektrisch epilieren het diploma Elektrisch ontharen en voor behandeling van acne het diploma Acne.
45. **SIZ:** de Stichting IZA Ziektekostenverzekeringen.
46. **SIZ Standaardverzekering:** een tussen de maatschappij en de verzekeringnemer ten behoeve van een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering.
47. **Sportmedische instelling:** een instelling die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).
48. **Tandarts:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
49. **Tandprotheticus:** degene die op grond van artikel 2 van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus gerechtigd is tot het voeren van de titel tandprotheticus.
50. **Travel Health Clinic:** een kliniek, verbonden aan een ziekenhuis, voor gezondheidsadviezen, vaccinaties en artikelen die nodig zijn voor een gezond verblijf in de (sub)tropen.
51. **Verdragsland:** een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (voor vakantie/tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaapverdische Eilanden, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.
52. **Verloskundige:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
53. **Verpleegkundige:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

54. **Verzekerde:** degene ten behoeve van wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door de maatschappij, is vermeld.
55. **Verzekeringnemer:** degene die met de maatschappij deze verzekeringsovereenkomst heeft gesloten.
56. **Wet BIG:** Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
57. **Wmg-tarieven:** tarieven zoals vastgesteld of goedgekeurd door de Nederlandse Zorgautoriteit, volgens de Wet marktordening gezondheidszorg.
58. **Zelfstandig behandelcentrum:** een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is geen verblijf van 24 uur of langer toegestaan voor behandelingen waarvan de betreffende DBC onder het A-segment valt.
59. **Ziekenhuis:** een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.
60. **Zorgverzekering:** een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of volgens de wet geregeld niet te boven gaan.
61. **Zvw:** de Zorgverzekeringswet

Artikel 2 Algemene bepalingen

2.1. Grondslag

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die door de verzekeringnemer, al dan niet eigenhandig, op het aanvraagformulier zijn vermeld of op andere schriftelijke wijze aan de maatschappij zijn verstrekt. De maatschappij verstrekt de verzekeringnemer en, als deze een andere is dan de verzekeringnemer, de verzekerde zo spoedig mogelijk na het sluiten van de verzekeringsovereenkomst, en vervolgens voorafgaande aan ieder kalenderjaar, een polis. Op het polisblad worden de verzekerden en de voor hen gesloten verzekeringen vermeld. Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de volgende aanvullende verzekeringen:

SIZ Aanvullende Verzekering:

Budget;
Accent;
Plus.

Tenzij uit enige bepaling anders blijkt, is hoofdstuk 1 op alle verzekeringen van toepassing.

2.2. Medische noodzaak

Aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden bestaat slechts als en voorzover de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De inhoud en omvang van de vormen van zorg worden mede

bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

2.3. Ontlenen recht

Aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg bestaat uitsluitend als en zolang aan de verzekeringsovereenkomst rechten kunnen worden ontleend, waarbij bepalend is de datum waarop of de periode waarin de betrokken vorm van zorg is verleend. Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend. Als er sprake is van een Diagnose Behandeling Combinatie worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DBC is geopend.

2.4. Fraude

Als de maatschappij fraude constateert kan dit tot gevolg hebben dat de maatschappij:

- aangifte doet bij de politie;
- de verzekering beëindigt;
- registratie doet in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;
- uitgekeerde vergoedingen en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvordert of verhaalt op de verzekeringnemer of de verzekerde.

2.5. Aanspraak op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Als de behoefte aan zorg of een andere dienst het gevolg is van één of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar door dergelijke handelingen bij schade-, levens-, of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 of de Wet toezicht natura-uitvaartverzekeringsbedrijf van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op vergoeding van de kosten van prestaties tot een door het NHT te bepalen, voor alle verzekeringen gelijk percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. De exacte definities en bepalingen voor de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking bij de NHT. Dit clausuleblad maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl.

2.6. Verwerken persoonsgegevens

De bij aanvang van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden verwerkt voor de uitvoering van de verzekering, de hiermee verbandhoudende serviceverlening en voor informatieverstrekking op grond van wettelijke verplichtingen.

2.7. Kennisgevingen

Kennisgevingen gericht aan het laatst bij de maatschappij bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer dan wel de verzekerde te hebben bereikt.

2.8. Vergoeding van de kosten van zorg

Vergoeding van de kosten van zorg vindt uitsluitend plaats

op basis van rechtsgeldige tarieven óf - als de wet niet van toepassing is op een tarief - op basis van het door de maatschappij met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen of vastgestelde tarief. Indien een tarief geldt dat lager is dan het wettelijk maximum, dan is voor de vergoeding bepalend het door of namens de maatschappij vastgestelde bedrag.

De maatschappij heeft het recht om de kosten van zorg, op vergoeding waarvan de verzekerde ten aanzien van de maatschappij aanspraak kan maken op grond van een verzekering, rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder, die de zorg heeft verleend. Hiermee vervalt de aanspraak van de verzekerde op vergoeding.

Als de maatschappij meer vergoedt aan de zorgaanbieder dan waartoe hij ten opzichte van de verzekerde gehouden is of de kosten van zorg komen anderszins voor rekening van de verzekeringnemer op grond van deze verzekeringsvoorwaarden, is de verzekerde de kosten verschuldigd aan de maatschappij. De maatschappij brengt deze kosten in rekening bij de verzekeringnemer die zich verplicht tot betaling. Door het sluiten van de verzekeringsovereenkomst verleent de verzekeringnemer hiertoe volmacht aan de maatschappij. Onverminderd de algemene verrekeningsbevoegdheid van de maatschappij kan deze de hiervoor genoemde kosten verrekenen met de aan de verzekeringnemer of verzekerde verschuldigde bedragen.

2.9. *Lidmaatschap van de Coöperatie*

Door het afsluiten van deze verzekering wordt de verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ-IZA-Trias-Groep U.A., tenzij hij schriftelijk heeft aangegeven daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekeringen. Het lidmaatschap kan op elk gewenst moment door de verzekeringnemer worden beëindigd door opzegging, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap wordt geacht te zijn beëindigd op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.10. *Nederlands recht*

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3 Premie

3.1. *Verschuldigheid*

De verzekeringnemer is premie verschuldigd. Geen premie is verschuldigd voor een verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

3.2. *Betaling van premie*

De verzekeringnemer is verplicht de premie op de bij de aanmelding overeengekomen wijze bij vooruitbetaling te voldoen. Onder premie wordt ook verstaan de heffingen en bijdragen die de maatschappij op grond van (al dan niet buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen aan verzekerden in rekening dient te brengen.

3.3. *Vordering*

Het is de verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen bedragen te verrekenen met een van de maatschappij te ontvangen bedrag.

3.4. *Overlijden*

Ingeval van overlijden van de verzekerde, wordt de reeds betaalde premie terugbetaald vanaf de dag na de dag waarop de verzekerde is overleden.

3.5. *Niet tijdig betalen*

3.5.1 Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, kan de maatschappij onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling, de dekking schorsen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, aanvangende de dag na aanmaning. Ingeval van schorsing geldt dat er geen aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, bestaat vanaf de dag na aanmaning. Behalve ingeval van beëindiging van de overeenkomst, ontstaat weer aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg vanaf de dag volgend op de dag, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten als bedoeld in lid 3.5.5, door de maatschappij zijn ontvangen. Over de periode van schorsing blijft de verzekeringnemer premie verschuldigd.

3.5.2 Als de verzekeringnemer na aanmaning als bedoeld in lid 3.5.1 niet binnen de gestelde termijn voldoet aan verplichting tot betaling van de premie, kan de maatschappij de overeenkomst beëindigen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, aanvangende de dag na aanmaning, onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling.

3.5.3 In afwijking van lid 3.5.1 kan de maatschappij, zonder dat de verzekeringnemer is aangemaand en de aanvangspremie niet binnen een termijn van 30 dagen na ontvangst van het betalingsverzoek is betaald, de dekking schorsen. In dat geval gaat de schorsing in op de dag dat de verzekering van kracht wordt. Als de dekking is opgeschort, kan de maatschappij de overeenkomst beëindigen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, aanvangende de dag na aanmaning, onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling.

3.5.4 Aanmaningen als bedoeld in dit artikel worden schriftelijk gedaan.

3.5.5 Als de maatschappij maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk, voor rekening van de verzekeringnemer.

Artikel 4 Overige verplichtingen

4.1. *Verplichtingen*

De verzekeringnemer en de verzekerde zijn verplicht:

- de behandelend huisarts, medisch specialist of tandarts-specialist te vragen de reden van opname desgevraagd bekend te maken aan de medisch adviseur van de maatschappij;
- aan de maatschappij, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van de gewenste informatie, die nodig is voor een goede uitvoering van de verzekering;
- de maatschappij te informeren over feiten, die met zich mee kunnen brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en verstrekt de maatschappij in dat verband de benodigde inlichtingen. In dit verband treft de verzekerde geen enkele regeling met een derde, zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van de maatschappij. De verzekerde ont-

houdt zich van handelingen waardoor de maatschappij in zijn belangen kan worden geschaad;

- de maatschappij onverwijld op de hoogte te brengen van alle feiten en omstandigheden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals bijvoorbeeld verhuizing, geboorte, overlijden, wijziging bank- of gironummer. Als door verzuim van de verzekeringnemer of de verzekerde ten onrechte een premie of een te hoge premie in rekening wordt gebracht, bestaat geen aanspraak op terugbetaling;
- ingeval van vergoeding van de kosten van zorg de originele nota's binnen één jaar na dagtekening bij de maatschappij in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de maatschappij is gehouden. De door de computer vervaardigde nota's dienen te zijn geparafeerd door de zorgaanbieder. Ingediende nota's, waarop uitkering wordt gedaan worden niet geretourneerd aan de verzekerde;
- een op grond van deze verzekeringsvoorwaarden vereiste verwijzing over te (laten) leggen, als de maatschappij hierom vraagt.

4.2. Belangen

Wanneer de belangen van de maatschappij worden geschaad door het niet nakomen van de in lid 4.1. genoemde verplichtingen kan de maatschappij de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, schorsen.

Artikel 5 Wijziging premie en voorwaarden

5.1. Wijziging premie en voorwaarden

De maatschappij heeft het recht deze verzekeringsvoorwaarden en de premie voor de daarin geregelde verzekeringen te wijzigen. De maatschappij doet van de voorgenomen wijziging mededeling aan de verzekeringnemer. Een dergelijke wijziging geschiedt voor iedere verzekering op een door de maatschappij vast te stellen datum.

5.2. Opzeggingsrecht

Als de maatschappij de premie verhoogt en/of de voorwaarden van de verzekering ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft de verzekeringnemer echter niet, als een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen.

Artikel 6 Ingang, duur en beëindiging

6.1. Ingang en duur

De verzekering gaat in op de dag waarop de SIZ Standaardverzekering aanvangt of op 1 januari van een kalenderjaar. De verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de verzekering stilzwijgend verlengd, steeds voor de periode van een kalenderjaar.

6.2. Wijziging verzekering

Een verzekering kan steeds per 1 januari worden gewijzigd in een andere verzekering. De verzekeringnemer dient de

wijziging vóór 1 november door te geven aan de maatschappij.

6.3. Einde van rechtswege

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

- 6.3.1. de maatschappij door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden;
- 6.3.2. de verzekerde overlijdt.

De verzekeringnemer stelt de maatschappij onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die tot het einde van de verzekering hebben geleid of kunnen leiden. Als de maatschappij op grond van de hiervoor bedoelde gegevens tot de conclusie komt dat de verzekering zal eindigen of geëindigd is, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mee.

6.4. Opzegging door de verzekeringnemer

De verzekeringnemer kan de verzekering opzeggen:

- vóór 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar;
- tegelijk met de beëindiging van de SIZ Standaardverzekering;
- in de situaties vermeld in artikel 5.2.

6.5. Opzegging door de maatschappij

De maatschappij kan de verzekering opzeggen of schorsen:

- wegens het niet tijdig betalen van de verschuldigde premie;
- als de verzekeringnemer en/of de verzekerde heeft gehandeld met het opzet de maatschappij te misleiden of als de maatschappij geen verzekering zou hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. De maatschappij kan de verzekering in dat geval opzeggen, binnen twee maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang. De maatschappij is in die gevallen geen uitkering verschuldigd of hij kan de uitkering verminderen. De maatschappij kan de op grond daarvan ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

6.6. Gezondheidsrisico

De maatschappij kan de verzekering niet beëindigen of wijzigen op grond van verzwaring van het gezondheidsrisico, voorzover dat is gelegen in de persoon van de verzekerde.

6.7. Wijze van opzeggen

Zowel de verzekeringnemer als de maatschappij kan de verzekering slechts schriftelijk opzeggen.

Artikel 7 Uitsluitingen

Er bestaat geen aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg:

- 7.1. die verband houden met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het totstandkomen van de verzekering en waarmee de verzekerde bekend was of kon zijn of waarvan hij toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gemaakt aan de maatschappij. Deze uitsluiting is niet van toepassing als de verzekering zonder

- medische of tandheekkundige selectie tot stand is gekomen;
- 7.2. van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van de maatschappij door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten, kosten van niet nagekomen afspraken of kosten wegens het niet tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- 7.3. die veroorzaakt zijn door grove schuld of opzet;
- 7.4. die bestaan uit eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- 7.5. waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de AWBZ, als de verzekerde voor deze wet verzekerd was;
- 7.6. waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening als de verzekering bij de maatschappij niet zou bestaan. In dat geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal op grond van deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen welke het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken;
- 7.7. waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van een zorgverzekering volgens de Zorgverzekeringswet of een daarmee overeenkomende ziektekostenverzekering;

- 7.8. veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiteterij, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf;
- 7.9. als gevolg van schade die het indirecte gevolg is van het handelen of nalaten van de maatschappij.

Artikel 8 Klachten

Klachten over de uitvoering van de verzekering kunnen aan de maatschappij worden voorgelegd. Als de maatschappij haar definitieve standpunt over een klacht kenbaar heeft gemaakt of binnen een maand na het indienen van de klacht niet heeft gereageerd, kan de verzekeringnemer of de verzekerde de klacht voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), ter attentie van de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG ZEIST, www.skgz.nl. De ombudsman bemiddelt bij klachten, maar brengt geen bindend advies uit.

Artikel 9. Zorg- en wachtlijstbemiddeling

De verzekerde heeft aanspraak op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet aanvaardbare lange wachttijd voor medisch specialistische of kaakchirurgische zorg door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens deze verzekering. Als er sprake is van een niet aanvaardbare lange wachttijd kan de verzekerde een beroep doen op de afdeling Wachtlijstbemiddeling van de maatschappij. De maatschappij bekijkt samen met de verzekerde welke mogelijkheden er zijn.

Geneeskundige zorg

Artikel 1 Verloskundige zorg en kraamzorg

1.1. Verloskundige zorg

Omschrijving: de kosten die voor rekening van de verzekerde komen in verband met een (poli)klinische bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis. Het betreft hier het verschil tussen het tarief dat het ziekenhuis in rekening brengt en het bedrag zoals genoemd in de Regeling zorgverzekering.

Vergoeding:

Budget	volledig
Accent	volledig
Plus	volledig

Bijzonderheden:

1. recht op vergoeding bestaat uitsluitend in die gevallen waarin de verzekerde aanspraak op de zorg heeft op grond van de zorgverzekering;
2. de Regeling zorgverzekering maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl.

1.2. Kraampakket

Omschrijving: een door SIZ, in overleg met verloskundigen samengesteld kraampakket. Naast de gebruikelijke zaken die in een kraampakket zitten ontvangt u een speciale attentie.

Vergoeding:

Budget	volledig
Accent	volledig
Plus	volledig

Bijzonderheden:

u kunt het kraampakket aanvragen via IZA Kraamzorgservice, telefoonnummer 0900 – 899 85 00.

1.3. Nazorg moeder

Omschrijving: ondersteuning van de moeder die vanwege medische complicaties, ontstaan tijdens of na de bevalling, binnen de reguliere kraamzorguren niet de noodzakelijke ondersteuning heeft kunnen ontvangen. De zorg omvat de verzorging van de moeder en de omgang met het kind, alsmede het inpassen van de zorg in het dagelijkse ritme. Deze zorg wordt geboden aansluitend aan de 10e dag gerekend vanaf de dag van de bevalling. Het aantal zorguren wordt geïndiceerd door het kraamcentrum.

Door: kraamverzorgende verbonden aan een kraamcentrum.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen
Accent	ten hoogste 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen
Plus	ten hoogste 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen

1.4. Nazorg pasgeborene

Omschrijving: de noodzakelijke ondersteuning en advisering, en het geven van instructies ten aanzien van de verzorging van en de omgang met het kind, alsmede het inpassen van de zorg in het dagelijks ritme. Het gaat hierbij om nazorg bij ontslag van het kind uit het ziekenhuis na de 10e dag na de geboorte, waarbij de medische situatie in het ziekenhuis zodanig was dat de moeder geen begeleiding heeft kunnen ontvangen met betrekking tot de verzorging van haar kind. Het aantal zorguren wordt geïndiceerd door het kraamcentrum.

Door: kraamverzorgende verbonden aan een kraamcentrum.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen
Accent	ten hoogste 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen
Plus	ten hoogste 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen

Bijzonderheden:

nazorg pasgeborene kan niet in combinatie met kraamzorg worden geboden of vergoed.

Artikel 2 Medisch specialistische zorg

2.1. Circumcisie

Omschrijving: medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis) in een ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of besnijdeniscentrum.

Door: medisch specialist of huisarts met wie de maatschappij daarover afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	volledig
Plus	volledig

Verwijzing door: huisarts of medisch specialist.

Machtiging: ja, met toelichting van de behandelend uroloog.

2.2. Sterilisatie

Omschrijving: sterilisatie in een ziekenhuis of in een zelfstandig behandelcentrum.

Door: medisch specialist of huisarts met wie de maatschappij daarover afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding:

Budget	volledig
Accent	volledig
Plus	volledig

Artikel 3 Plastische chirurgie

3.1. Correctie oorschelpen (kinderen)

Omschrijving: behandeling van plastisch-chirurgische aard in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum die strekt tot correctie van uitstaande oorschelpen voor kinderen tot en met 12 jaar.

Door: medisch specialist.

Vergoeding:

Budget	volledig
Accent	volledig
Plus	volledig

Verwijzing door: huisarts of medisch specialist.

Machtiging: ja, met toelichting van de behandelend plastisch chirurg of KNO-arts.

3.2. Plastische chirurgie (overig)

Omschrijving: behandeling van plastisch-chirurgische aard in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum. Er dient sprake te zijn van een vormverbeterende ingreep na verminking door een ongeval of ziekte, bij een ernstige afwijking die bij de geboorte aanwezig en geconstateerd is of voor het opheffen van objectieveerbare functiestoornissen. Het gaat hierbij om de volgende zaken:

1. uitstaande oorschelpen bij verzekerden vanaf 18 jaar;
2. verlamde of verslachte bovenoogleden, welke gepaard gaan met aantoonbare beperkingen van het gezichtsveld;
3. buikwandcorrectie waarbij sprake is van ernstige aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of omdat er sprake is van een verminking welke het gevolg is van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting. Een normaal gewicht, passend bij de lichaamslengte, is een voorwaarde;
4. borstcorrectie in geval van:
 - plaatsing van borstprotheses als er in aanleg geen borstweefsel is;
 - wisseling van de borstprothese vanwege lekkage of ernstige kapselvorming.

Door: medisch specialist.

Vergoeding:

Budget	Geen vergoeding
Accent	volledig
Plus	volledig

Verwijzing door: huisarts of medisch specialist.

Machtiging: ja, met toelichting van de behandelend plastisch chirurg of KNO-arts.

Bijzonderheden:

kosten die ten laste van de zorgverzekering of een daarmee overeenkomende ziektekostenverzekering kunnen of hadden kunnen worden gebracht, komen niet voor vergoeding in aanmerking.

3.3. Plastische chirurgie (bijzondere medische omstandigheden)

Omschrijving: behandeling van plastisch-chirurgische aard in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum. Er dient sprake te zijn van bijzondere medische omstandigheden of psychosomatische noodzaak. Het gaat hierbij om medische zaken die niet genoemd zijn onder plastische chirurgie (overig).

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	50%
Plus	50%

Verwijzing door: huisarts of medisch specialist.

Machtiging: ja, met toelichting van de behandelend plastisch chirurg of KNO-arts.

Bijzonderheden:

kosten die ten laste van de zorgverzekering of een daarmee overeenkomende ziektekostenverzekering kunnen of hadden kunnen worden gebracht, komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Alternatieve zorg

Artikel 4 Alternatieve zorg

Omschrijving: onder alternatieve zorg wordt verstaan: consulten en/of behandelingen door:

- A.
- een arts, niet zijnde een huisarts of een medisch specialist;
 - een acupuncturist;
 - een klassiek homeopaat,

Vergoeding:

Budget	€ 28,- per behandeling, tot ten hoogste € 280,- per kalenderjaar
Accent	€ 28,- per behandeling, tot ten hoogste € 280,- per kalenderjaar
Plus	€ 28,- per behandeling, tot ten hoogste € 280,- per kalenderjaar

B. - een chiropractor,

Vergoeding:

Budget	€ 28,- per behandeling, tot ten hoogste € 280,- per kalenderjaar
Accent	€ 28,- per behandeling, tot ten hoogste € 280,- per kalenderjaar
Plus	€ 28,- per behandeling, tot ten hoogste € 280,- per kalenderjaar

C. - een osteopaat,

Vergoeding:

Budget	€ 28,- per behandeling, tot ten hoogste € 280,- per kalenderjaar
Accent	€ 28,- per behandeling, tot ten hoogste € 280,- per kalenderjaar
Plus	€ 28,- per behandeling, tot ten hoogste € 280,- per kalenderjaar

Artikel 5 Alternatieve geneesmiddelen

Omschrijving: geneesmiddelen die voldoen aan alle van de volgende afzonderlijke punten:

- geneesmiddelen die op grond van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen worden gekenmerkt;
- geneesmiddelen die zijn voorgeschreven door een osteopaat, chiropractor, acupuncturist, klassiek homeopaat, arts, behandelend medisch specialist, kaakchirurg, tandarts of verloskundige;
- geneesmiddelen die geleverd zijn door een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 262,- per kalenderjaar
Accent	ten hoogste € 262,- per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 262,- per kalenderjaar

Paramedische Zorg

Artikel 6 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

6.1. Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Omschrijving: zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden.

Door: (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	ten hoogste € 300,- per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 600,- per kalenderjaar

Als de behandeling wordt verzorgd door een zorgaanbieder:

1. met wie de maatschappij een overeenkomst heeft gesloten: volledig tot de hiervoor genoemde bedragen;
2. met wie de maatschappij geen overeenkomst heeft gesloten:

ten hoogste de tarieven zoals genoemd in het Reglement restitutie SIZ 2007 tot de hiervoor genoemde bedragen.

Bijzonderheden:

1. recht op aanspraak (kinder)fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck bestaat vanaf de 19e behandeling. De eerste 18 behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering;
2. als het een aandoening betreft volgens bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering dan vindt vergoeding plaats vanuit de zorgverzekering. Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl;
3. het Reglement restitutie SIZ 2007 maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl;
4. met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie of vorm van fitness die er toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen;
5. manuele therapie volgens de methode Van der Bijl wordt vergoed tot ten hoogste 9 consulten met een maximum vergoeding van € 24,- per consult;
6. een overzicht van de door de maatschappij gecontracteerde zorgaanbieder is te raadplegen via www.siz.nl. Informatie over welke zorgaanbieder gecontracteerd is door de maatschappij is ook telefonisch op te vragen, telefoonnummer: 015-2511650.

6.2. Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving: zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden.

Door: fysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut, bekkenfysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	ten hoogste € 300,- per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 600,- per kalenderjaar

Als de behandeling wordt verzorgd door een zorgaanbieder:

1. met wie de maatschappij een overeenkomst heeft gesloten: volledig tot de hiervoor genoemde bedragen;
2. met wie de maatschappij geen overeenkomst heeft gesloten: ten hoogste de tarieven zoals genoemd in het Reglement restitutie SIZ 2007 tot de hiervoor genoemde bedragen.

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Als u naar een fysiotherapeut gaat met wie de maatschappij een overeenkomst heeft gesloten dan is een verwijzing niet noodzakelijk.

Machtiging: ja, als het behandeling betreft van een aandoening volgens bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering.

Bijzonderheden:

1. als het een aandoening betreft volgens bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering dan worden de eerste 9 behande-

lingen vergoed tot ten hoogste het onder vergoeding genoemde bedrag. Vanaf de 10e behandeling vindt vergoeding plaats vanuit de zorgverzekering. Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl;

2. het Reglement restitutie SIZ 2007 maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl;
3. met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie of vorm van fitness die er toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen;
4. manuele therapie volgens de methode Van der Bijl wordt vergoed tot ten hoogste 9 consulten met een maximum vergoeding van € 24,- per consult;
5. een overzicht van de door de maatschappij gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen via www.siz.nl. Informatie over welke zorgaanbieder gecontracteerd is door de maatschappij is ook telefonisch op te vragen, telefoonnummer: 015-2511650.

Artikel 7 Stottertherapie

Omschrijving: stottertherapie volgens de methode BOMA, Del Ferro of Hausdörfer.

Door: instituut dat zich specifiek heeft toegelegd op de methode BOMA, Del Ferro of Hausdörfer.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 420,- voor de gehele looptijd van de verzekering
Accent	ten hoogste € 420,- voor de gehele looptijd van de verzekering
Plus	ten hoogste € 420,- voor de gehele looptijd van de verzekering

Verwijzing door: huisarts of medisch specialist.

Machtiging: ja.

Artikel 8 Lymf-oedeemtherapie

Door: huidtherapeut.

Vergoeding:

Budget	90% van de kosten tot ten hoogste € 33,- per behandeling van 60 minuten of langer.
Accent	90% van de kosten tot ten hoogste € 33,- per behandeling van 60 minuten of langer.
Plus	90% van de kosten tot ten hoogste € 33,- per behandeling van 60 minuten of langer.

Verwijzing door: medisch specialist.

Machtiging: ja.

Bijzonderheden:

1. bij aanvang van de therapie worden voor het eerste kalenderjaar ten hoogste 60 behandelingen vergoed, daarna ten hoogste 10 behandelingen per kalenderjaar;
2. vergoeding van de kosten van lymf-oedeemtherapie door een huidtherapeut in verband met een chronische aandoening volgens bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering is

vanaf de 10e behandeling opgenomen in de zorgverzekering. Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl

Huidbehandelingen

Artikel 9 Acnebehandeling

Omschrijving: acnebehandeling en de behandeling van acnelittekens in het gezicht.

Door: huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 26,- per behandeling voor ten hoogste 15 behandelingen per kalenderjaar.
Accent	ten hoogste € 26,- per behandeling voor ten hoogste 15 behandelingen per kalenderjaar.
Plus	ten hoogste € 26,- per behandeling voor ten hoogste 15 behandelingen per kalenderjaar.

Indicatie: ernstige vorm van acne.

Verwijzing door: huisarts of medisch specialist.

Artikel 10 Camouflagetherapie

Omschrijving: behandeling gericht op het minder opvallend maken van littekens, spataderen, wijnvlekken en donkere of lichte vlekjes in de huid, inclusief de benodigde middelen.

Door: huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 170,- per 3 kalenderjaren
Accent	ten hoogste € 170,- per 3 kalenderjaren
Plus	ten hoogste € 170,- per 3 kalenderjaren

Indicatie: ernstige (blijvende) ontsieringen van het gelaat en/of de hals.

Verwijzing door: huisarts of medisch specialist.

Artikel 11 Epilatie

Omschrijving: behandeling gericht op het definitief verwijderen van storende haargroei in het gelaat.

Door: huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 440,- per kalenderjaar
Accent	ten hoogste € 440,- per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 440,- per kalenderjaar

Indicatie: extreme haargroei in het gelaat.

Verwijzing door: huisarts of medisch specialist.

Artikel 12 Psoriasisbehandeling

Omschrijving: behandeling gericht op het bestrijden van de chronische huidziekte psoriasis door middel van balneotherapie.

Door: dagbehandelingscentrum.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 39,- per behandeling tot maximaal 25 behandelingen per kalenderjaar
Accent	ten hoogste € 39,- per behandeling tot maximaal 25 behandelingen per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 39,- per behandeling tot maximaal 25 behandelingen per kalenderjaar

Indicatie: ernstige vorm van psoriasis.

Verwijzing door: dermatoloog.

Voetbehandelingen

Artikel 13 Podotherapie

Omschrijving: behandelingen van voetafwijkingen, huid- en nagelaandoeningen, of problemen aan het steun- en bewegingsapparaat die voortvloeien uit de voeten;

Door: podotherapeut.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	ten hoogste € 115,- per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 115,- per kalenderjaar

Verwijzing door: huisarts of medisch specialist.

Bijzonderheden: voor vergoeding van de kosten van steunzolen, zie artikel 21, steunzolen en therapiezolen.

Farmaceutische Zorg

Artikel 14 Anticonceptie

Omschrijving: anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder die op grond van de Regeling Zorgverzekering verstrekt mogen worden zoals anticonceptiepil, morning-afterpil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium.

Geleverd door: apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding: de vergoeding is tot ten hoogste het bedrag zoals vastgelegd in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). De vergoeding omvat ook de kosten van het honorarium voor het plaatsen van een implanonstaafje of spiraaltje.

Budget	volledig
Accent	volledig
Plus	volledig

Voorschrift: huisarts of medisch specialist voor het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel.

Bijzonderheden:

1. het geneesmiddelenvergoedingssysteem maakt deel uit van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl;
2. per voorschrift bestaat aanspraak op de anticonceptiepil voor een periode van een jaar;
3. verzekerden jonger dan 21 jaar hebben op grond van de zorgverzekering aanspraak op anticonceptiemiddelen.

Artikel 15 Vitamines

Omschrijving: vitamines bij een chronische ziekte.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	volledig
Plus	volledig

Indicatie: chronische ziekte die gepaard gaat met een ernstig vitaminetekort.

Voorschrift: medisch specialist.

Machtiging: ja.

Hulpmiddelen

Artikel 16 Brilmontuur, brillenglazen en contactlenzen

Omschrijving: de aanschaf van een bril of contactlenzen.

Vergoeding: In een periode van twee kalenderjaren bestaat aanspraak op vergoeding van één van de volgende opties:

1. geleverd door **Pearle Opticiens**:
 - een enkelvoudige complete bril (brilmontuur en corrigerende brillenglazen) óf;
 - een multifocale complete bril (brilmontuur en corrigerende brillenglazen),

	Enkelvoudige bril	Multifocale bril
Budget	geen vergoeding	geen vergoeding
Accent	ten hoogste € 150,-	ten hoogste € 200,-
Plus	ten hoogste € 250,-	ten hoogste € 300,-

óf;

2. geleverd door **Eye Wish Opticiens**:
 - een enkelvoudige complete bril (brilmontuur en corrigerende brillenglazen) óf;
 - een multifocale complete bril (brilmontuur en corrigerende brillenglazen),

	Enkelvoudige bril	Multifocale bril
Budget	geen vergoeding	geen vergoeding
Accent	ten hoogste € 150,-	ten hoogste € 200,-
Plus	ten hoogste € 250,-	ten hoogste € 300,-

óf;

3. een tegemoetkoming in de kosten van corrigerende brillengla-

zen, brillmonturen of corrigerende contactlenzen, die geleverd worden door **een opticien naar eigen keuze**.

Budget	geen vergoeding
Accent	ten hoogste € 96,-
Plus	ten hoogste € 193,-

Bijzonderheden:

1. de vergoeding zoals opgenomen onder vergoeding, punt 1 en 2 wordt verleend volgens het Reglement gezichtshulpmiddelen SIZ 2007. Het Reglement gezichtshulpmiddelen SIZ 2007 maakt onderdeel uit van de verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl;
2. na een staaroperatie bestaat binnen de genoemde termijn eenmalig het recht op vergoeding van een extra gezichtshulpmiddel zoals hiervoor aangegeven;
3. voor kinderen tot en met 16 jaar bestaat aanspraak op deze vergoeding ieder kalenderjaar.

Artikel 17 Pruiken

Omschrijving: een tegemoetkoming in de kosten die voor rekening van de verzekerde komen in verband met de aanschaf van een pruik volgens de Regeling zorgverzekering. Het betreft hier het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt en het bedrag zoals genoemd in de Regeling zorgverzekering.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	ten hoogste € 300,-
Plus	ten hoogste € 300,-

Bijzonderheden:

1. recht op vergoeding bestaat alleen als aanspraak bestaat op een pruik op grond van de zorgverzekering;
2. de Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl.

Artikel 18 Supphosekousen

Omschrijving: steungevende, elastische kousen.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	ten hoogste 4 paar per kalenderjaar
Plus	ten hoogste 4 paar per kalenderjaar

Voorschrift: huisarts of medisch specialist.

Artikel 19 Steunpessarium

Omschrijving: een ringvormig instrument om bij liggingsafwijkingen of verzakkingen van de baarmoeder of vagina deze op de plaats te houden of te ondersteunen.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	volledig
Plus	volledig

Voorschrift: behandelend arts.

Artikel 20 PUVA

Omschrijving: huurkosten van apparatuur ten behoeve van lichttherapie voor thuisgebruik.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	volledig
Plus	volledig

Voorschrift: huidarts.

Machtiging: ja.

Artikel 21 Steunzolen en therapiezolen

Omschrijving: inlegzolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	ten hoogste € 94,- per paar met een maximum van 2 paar per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 94,- per paar met een maximum van 2 paar per kalenderjaar

Voorschrift: huisarts of medisch specialist.

Artikel 22 Thuisbewakingsmonitor

Omschrijving: waarschuwingsmonitor bedoeld voor signalering van ernstige hartritmestoornissen en/of ernstige ademhalingsstoornissen in de door de maatschappij met de leverancier afgesproken uitvoering.

Geleverd door: leverancier met wie de maatschappij een overeenkomst heeft gesloten.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	bruikleen voor een periode van ten hoogste 24 maanden
Plus	bruikleen voor een periode van ten hoogste 24 maanden

Voorschrift: kinderarts.

Machtiging: nee, tenzij verlenging noodzakelijk is na de 12^e maand.

Bijzonderheden:

een overzicht van de door de maatschappij gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen via www.siz.nl. Informatie over welke zorgaanbieder gecontracteerd is door de maatschappij is ook telefonisch op te vragen, telefoonnummer: 015-2511650.

Artikel 23 Wekapparatuur/plaswekker

Omschrijving: wekapparatuur of plaswekker voor kinderen van 7 jaar en ouder, inclusief de eventueel benodigde bandages.

Vergoeding:

1. geleverd door **Van Lent Systems BV** in Oss, telefoonnummer 0412 - 64 06 90,

Budget	geen vergoeding
Accent	volledig
Plus	volledig

óf;

2. geleverd door **een leverancier met wie de maatschappij geen overeenkomst heeft gesloten,**

Budget	geen vergoeding
Accent	€ 50,-
Plus	€ 50,-

Verblijf

Artikel 24 Herstellingsoord

Omschrijving: verblijf in een van de volgende herstellingsoorden:

- Herstellingsoord Stichting Daidalos in Driebergen;
- het Wilhelminahuis in Valburg;
- Herstelcentrum de Wiltzangk in Bilthoven;
- Herstelhotel de KIM in Noordwijk;
- Herstellingsoord Overbosch in Hilversum;
- Landgoed de Hezenberg in Hattem;
- Christelijk therapeutisch centrum de Neshoeve in Ridderkerk.

Vergoeding:

Budget	50% voor ten hoogste een periode van 6 weken
Accent	50% voor ten hoogste een periode van 6 weken
Plus	50% voor ten hoogste een periode van 6 weken

Bijzonderheden:

als aanspraak bestaat op de in dit artikel genoemde zorg vanuit de AWBZ bestaat er geen aanspraak op grond van dit artikel.

Artikel 25 Therapeutisch vakantiecamp voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Omschrijving: verblijf in een van de volgende therapeutische vakantiecampen:

- vakantiecamp van Stichting de Luchtballon voor astmatische kinderen;
- vakantiecamp van de Diabetes Jeugdvereniging Nederland;
- vakantiecamp van de Stichting Kinderoncologische Vakantiecampen.

Vergoeding:

Budget	90% gedurende ten hoogste één maand
Accent	90% gedurende ten hoogste één maand
Plus	90% gedurende ten hoogste één maand

Machtiging: ja.

Artikel 26 Kuuroord

Omschrijving: behandeling in de kuuroorden:
- Thermaalbad Arcen in Arcen;
- Scandic Sanadome in Nijmegen;
- Kurcentrum Fontana in Nieuweschans;
- Thermae 2000 in Valkenburg (L).

Vergoeding:

Budget	€ 910,- per kalenderjaar
Accent	€ 910,- per kalenderjaar
Plus	€ 910,- per kalenderjaar

Indicatie: artritis psoriatica, Morbus Bechterew, Morbus Forestier of reumatoïde artritis.

Verwijzing door: reumatoloog.

Machtiging: ja.

Artikel 27 Logieskosten

Omschrijving: verblijf:

1. in een logeershuis dat is verbonden aan een in Nederland gelegen ziekenhuis, zoals een Ronald McDonald-huis of een Kiwanishuis;
2. in het gastenverblijf Ter Weijde, verbonden aan het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA);

bij opname of twee dagbehandelingen, die op aaneengesloten dagen plaatsvinden.

Ook bestaat aanspraak op vergoeding van logieskosten van ten hoogste twee gezinsleden.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 18,- per dag
Accent	ten hoogste € 18,- per dag
Plus	ten hoogste € 18,- per dag

Bijzonderheden:

1. recht op vergoeding bestaat uitsluitend als aanspraak bestaat op opname of twee dagbehandelingen van de verzekerde in een ziekenhuis op grond van de zorgverzekering;
2. de afstand woon-/logeerplaats bedraagt tenminste 40 kilometer (enkele reis).

Artikel 28 Gastenverblijf

Omschrijving: verblijf van de patiënt in Gasthuis Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis of familiehuis AMCR Daniël den Hoed.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 45,- per dag
Accent	ten hoogste € 45,- per dag
Plus	ten hoogste € 45,- per dag

Artikel 29 Hospice

Omschrijving: verblijf in een hospice voor terminale patiënten.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	ten hoogste € 129,- per dag
Plus	ten hoogste € 129,- per dag

Machtiging: ja.

Preventie

Artikel 30 Cursus stoppen met roken

Omschrijving: cursus en/of (groeps)training gericht op het effectief stoppen met roken.

Door: GGD of thuiszorgorganisatie.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste eenmalig € 50,-
Accent	ten hoogste eenmalig € 50,-
Plus	ten hoogste eenmalig € 50,-

Artikel 31 Preventieve cursussen en voorlichting

Omschrijving: 1. preventieve cursussen en voorlichting die erop gericht zijn de gezondheid te bevorderen en gezondheidsklachten te voorkomen door verbetering van de huidige levensstijl;
2. cursussen en voorlichting die erop gericht zijn te leren omgaan met een ziekte en/of aandoening.

Door: thuiszorgorganisatie, GGD, RIAGG of patiëntenvereniging die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of het Regionaal Patiënten Consumenten Platform (RPCP).

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	ten hoogste € 35,- per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 35,- per kalenderjaar

Artikel 32 Sportgeneeskunde

Omschrijving: behandelingen, consulten en sport(duik)keuringen.

Door: sportarts die werkzaam is in een sportmedische instelling.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 75,- per kalenderjaar
Accent	ten hoogste € 75,- per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 75,- per kalenderjaar

Artikel 33 Zorg door een overgangsconsulente

Omschrijving: voorlichting aan en advisering en behandeling van vrouwen in de overgang.

Door: overgangsconsulente.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste 4 consulten tot ten hoogste € 45,- per consult voor de gehele looptijd van de verzekering
Accent	ten hoogste 4 consulten tot ten hoogste € 45,- per consult voor de gehele looptijd van de verzekering
Plus	ten hoogste 4 consulten tot ten hoogste € 45,- per consult voor de gehele looptijd van de verzekering

Psychologische zorg

Artikel 34 Psychologische zorg

Omschrijving: zorg zoals psychologen deze plegen te bieden.

Door: eerstelijnspsycholoog of gezondheidszorgpsycholoog.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 460,- per kalenderjaar
Accent	ten hoogste € 460,- per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 460,- per kalenderjaar

Verwijzing door: bedrijfsarts of huisarts.

Artikel 35 Groepsrevalidatie en groepstherapie voor patiënten met kanker

Omschrijving: nazorg voor patiënten met kanker die aansluitend op de behandeling door de behandelend medisch specialist zowel hun fysieke als hun mentale conditie weer op peil willen brengen.

Door: 1. ziekenhuizen;
2. integrale kankercentra;
3. overige instellingen die voor de groepsrevalidatie "Herstel en Balans" gecertificeerd zijn door de Stichting Herstel & Balans;
4. instellingen die aangesloten zijn bij de Stichting Instellingen Psychosociale Oncologie (IPSO).

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 735,- per diagnose
Accent	ten hoogste € 735,- per diagnose
Plus	ten hoogste € 735,- per diagnose

Verwijzing door: medisch specialist.

Reizen

Artikel 36 Spoedeisende zorg tijdens vakantie en tijdelijk verblijf

- Omschrijving:
1. medisch noodzakelijke, spoedeisende en bij vertrek redelijkerwijs niet voorzienbare zorg gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland van ten hoogste 365 dagen. Spoedeisende zorg is onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland;
 2. medisch noodzakelijk ambulancevervoer voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.

Vergoeding:

Budget	volledig op basis van werelddekking
Accent	volledig op basis van werelddekking
Plus	volledig op basis van werelddekking

Bijzonderheden:

1. recht op vergoeding bestaat alleen als er aanspraak op de zorg bestaat vanuit de zorgverzekering. De te verlenen vergoeding heeft een aanvullend karakter;
2. de vergoeding wordt uitbetaald in euro's;
3. voor het verkrijgen van geneeskundige zorg kan een beroep worden gedaan op de IZA-Hulpdienst, telefoonnummer: (050) 404 08 88 (++3150 404 08 88). SIZ adviseert de verzekerde om de IZA-Hulpdienst in te schakelen bij met name spoedeisende zorg waarmee hoge kosten zijn gemoeid, zoals een behandeling of opname in een ziekenhuis.

Artikel 37 Repatriëring

Omschrijving: het om medisch noodzakelijke redenen vervoeren van de verzekerde naar het woonland of het vervoer van het stoffelijk overschot naar het woonland.

Door: IZA-Hulpdienst, telefoonnummer: (050) 404 08 88 (++3150 404 08 88).

Vergoeding:

Budget	volledig
Accent	volledig
Plus	volledig

Artikel 38 Vaccinatie

Omschrijving: wegens vakantie in het buitenland noodzakelijke consulten en vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van: hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, meningitis of malaria.

Door: huisarts, GGD, Travel Health Clinic of Encare Arbozorg.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	ten hoogste € 75,- per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 75,- per kalenderjaar

Buitenland

Artikel 39 Wettelijke bijdragen in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Omschrijving: de in het betreffende EU-/EER-land of verdragsland van toepassing zijnde wettelijke bijdragen voor niet-spoedeisende zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, zoals bijvoorbeeld remgelden in België en Selbstbeteiligung of Praxisgebühr in Duitsland. De vergoeding van die zorg moet plaatsvinden op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of het socialezekerheidsverdrag.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 1.000,- per kalenderjaar
Accent	ten hoogste € 1.000,- per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 1.000,- per kalenderjaar

Tandheelkundige zorg

Artikel 40 Preventieve en curatieve tandheelkundige zorg

Door: tandarts.

Vergoeding:

Budget	80% van de kosten van de volgende verrichtingen op basis van de aangegeven Uniforme Particuliere Tarieven (UPT)
Accent	80% van de kosten van de volgende verrichtingen op basis van de aangegeven Uniforme Particuliere Tarieven (UPT)
Plus	80% van de kosten van de volgende verrichtingen op basis van de aangegeven Uniforme Particuliere Tarieven (UPT)

Verrichtingen

UPT-code

Consultatie en diagnostiek	
- periodiek preventief onderzoek	C11, C12
- consulten	C13, C22, C65
- consulttoeslagen	C80, C84 t/m C87
Second opinion	
- uitgebreid onderzoek	C28

Bijzonderheden:

de vergoeding van genoemde behandelingen wordt eenmaal per kalenderjaar verleend, tenzij meer behandelingen per kalenderjaar medisch noodzakelijk zijn.

Verrichtingen	UPT-code
Röntgendiagnostiek	
- intra-orale röntgenfoto	X10
- orthopantomogram	X21, X22, X23
- röntgenschedelprofielfoto	X24, X25

Bijzonderheden:

voor een intra-orale röntgenfoto (X10) geldt een maximum van 6 foto's per kalenderjaar en voor een orthopantomogram (X21, X22, X23) geldt dat er per twee kalenderjaren ten hoogste één voor vergoeding in aanmerking komt.

Verrichtingen	UPT-code
Preventie/mondhygiëne	
- (instructie) mondhygiëne	M31, M32
- gebitsreiniging (tandsteenverwijdering)	M50, M55, M59
- uitgebreide voedingsanalyse	M70

Bijzonderheden:

voor de kosten van preventie/mondhygiëne door een tandarts of vrijgevestigde mondhygiënist samen, bestaat een vergoeding tot ten hoogste € 147,- per kalenderjaar.

Verrichtingen	UPT-code
Anesthesie en lachgassedatie	
- geleidings- en/of infiltratie-anesthesie	A10
- introductie lachgassedatie	B10
- toediening lachgassedatie	B11
- overheadkosten lachgassedatie	B12

Verrichtingen	UPT-code
Restauraties d.m.v. plastische materialen	
- restauraties door middel van plastisch materiaal	V10, V11, V12, V13
- kroon van plastisch materiaal	V14
- directe labiale veneering	V15
- etsen	V20, V21

Verrichtingen	UPT-code
- droogleggen van elementen door middel van cofferdam	V50
- stiften	V70, V80, V85

Verrichtingen	UPT-code
Pulpa- en wortelkanaalbehandeling	
- endodontisch consult	E01, E02, E03
- toeslag instrument	E04
- wortelkanaalbehandeling	E13, E14, E16, E17, E19
- endodontische microchirurgie	E31, E32, E33,
- extractie met replanatie	E36
- diagnostische flap	E37
- directe pulpa-overkapping	E40
- repositie geluxeed element	E42
- aanbrengen fixatie dmv spalk	E43
- verwijderen spalk	E44
- aanbrengen rubberdam	E45

Verrichtingen	UPT-code
- verwijderen kroon, brug	E51
- endodontische opening	E52
- verwijderen wortelstift	E53
- verwijderen vulmateriaal	E54
- behandeling gecalcificeerd wortelkanaal	E55
- behandeling iatrogene schade	E56
- uitzonderlijke anatomie	E57
- apexificatie	E61, E62, E63, E64
- wortelkanaalbehandeling	E66, E77, E78
- elektronische lengtebepaling	E85
- gebruik van een operatiemicroscop	E86
- gebruiksklaar maken van praktijkruimte	E87

Chirurgische ingrepen

- alle codes beginnend met H

Verrichtingen	UPT-code
Parodontologie	
- parodontaal onderzoek	T11, T12
- initiële parodontale behandeling	T21, T22
- herbeoordeling na initiële behandeling	T31, T32
- uitgebreid bespreken vervolgtraject	T33
- parodontale nazorg	T51 t/m T56
- evaluatieonderzoek	T60, T61
- flapoperatie	T70 t/m T76
- parodontale chirurgie	T81, T84 t/m T95 (inclusief laboratoriumkosten bij T93)

Bijzonderheden:

als bovenstaande behandelingen worden uitgevoerd door een vrijgevestigde mondhygiënist dan geldt een vergoeding tot ten hoogste de voor een tandarts geldende Uniforme Particuliere Tarieven.

Verrichtingen	UPT-code
Uurtarief	
- uurtarief voor de tandheeskundige behandeling van patiënten die lichamelijk en/of verstandelijk gehandicapt zijn	U05, U10

Artikel 41 Gnathologie

Door: tandarts.

Vergoeding:

Budget	80% van de kosten van de volgende verrichtingen op basis van de aangegeven Uniforme Particuliere Tarieven (UPT) inclusief de bijbehorende techniekkosten
Accent	80% van de kosten van de volgende verrichtingen op basis van de aangegeven Uniforme Particuliere Tarieven (UPT) inclusief de bijbehorende techniekkosten
Plus	80% van de kosten van de volgende verrichtingen op basis van de aangegeven Uniforme Particuliere Tarieven (UPT) inclusief de bijbehorende techniekkosten

Verrichtingen	UPT-code	Maximale vergoeding (inclusief techniekkosten)	Verrichtingen	UPT-code	Maximale vergoeding (inclusief techniekkosten)
- uitgebreid functie-onderzoek	G01	€ 94,20	Precisieverankering		
- gedocumenteerde verwijzing	G03	€ 41,10	- wortelkap met stift	P31	€ 196,-
- occlusale spalk	G62	€ 188,20	- extra per precisieverankering		
- repositie spalk	G63	€ 236,60	c.q. per staafhuls	P32	€ 222,-
- controlebezoek spalk	G64	€ 18,70	- prothesetarief, verhoogd met per		
- indirect planmatig inslijpen	G65	€ 205,60	immediaat te vervangen element	P40	
- occlusale opbeetplaat	G69	€ 96,10	- extra voor telescoopkroon	P33	

Artikel 42 Prothetische voorzieningen

Door: tandarts of tandprotheticus.

Vergoeding:

Budget	80% van de kosten van de volgende verrichtingen op basis van de aangegeven Uniforme Particuliere Tarieven (UPT) inclusief de bijbehorende techniekkosten. Daar waar sprake is van een maximale vergoeding is dit aangegeven in de kolom
Accent	80% van de kosten van de volgende verrichtingen op basis van de aangegeven Uniforme Particuliere Tarieven (UPT) inclusief de bijbehorende techniekkosten. Daar waar sprake is van een maximale vergoeding is dit aangegeven in de kolom
Plus	80% van de kosten van de volgende verrichtingen op basis van de aangegeven Uniforme Particuliere Tarieven (UPT) inclusief de bijbehorende techniekkosten. Daar waar sprake is van een maximale vergoeding is dit aangegeven in de kolom

Verrichtingen	UPT-code	Maximale vergoeding (inclusief techniekkosten)
---------------	----------	--

Uitgebreid onderzoek
- functioneren bestaande prothese P60

Planmatig inslijpen
- bestaande prothese P65

Tissue conditioning P06, P56

Partiële kunsttharsprothese

- 1 t/m 4 elementen P10 € 135,-
- 5 t/m 13 elementen P15 € 254,-
- extra voor individuele afdruk met randopbouw P16 € 75,-
- extra voor beetregistratie met specifieke apparatuur P17 € 76,-
- extra voor gegoten anker P18 € 49,-

Frameprothese

- 1 t/m 4 elementen P34 € 455,-
- 5 t/m 13 elementen P35 € 554,-

Overkappingsprothese
- extra voor elk overkapt element P29

Rebasen

- indirect zonder randopbouw P01, P51 € 77,-
- indirect met randopbouw P02, P52 € 109,-
- direct zonder randopbouw P03, P53 € 89,-
- direct met randopbouw P04, P54 € 109,-

Reparaties per werkstuk

- breuk, scheur, opnieuw vastzetten van elementen zonder afdruk P07, P57 € 42,-
- reparatie prothese met afdruk P08, P58 € 71,-
- uitbreiding prothese met element of anker inclusief afdruk P78, P79 € 81,-

Eigen bijdrage volledige prothese

- bovenprothese P21
- onderprothese P25
- boven- en onderprothese P30
- individuele afdruk zonder randopbouw P36
- individuele afdruk met randopbouw P14

Bijzonderheden:
als de prothetische zorg wordt uitgevoerd door een tandprotheticus dan gelden ook ten hoogste de aangegeven vergoedingen.

Artikel 43 Implantologie in de niet-tandeloze kaak

Door: kaakchirurg of tandarts.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	geen vergoeding
Plus	ten hoogste € 877,- per drie aaneengesloten kalenderjaren voor honoraria, materiaal- en techniekkosten

Machtiging: ja.

Artikel 44 Inlays, kronen en bruggen

Door: tandarts.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	geen vergoeding
Plus	80% van de kosten van de volgende verrichtingen op basis van de aangegeven Uniforme Particuliere Tarieven (UPT) inclusief de bijbehorende techniekkosten, tot ten hoogste de maximumvergoeding, als aangegeven in de kolom. Per periode van 3 aaneengesloten kalenderjaren komen ten hoogste 6 restauraties voor vergoeding in aanmerking.

Verrichtingen	UPT-code	Maximale vergoeding (inclusief techniekkosten)
- tweevlaksinlay	R12	€ 181,-
- drievlaksinlay	R13	€ 239,-
- gegoten metalen kroon	R20, R25	€ 287,-
- jacketkroon met/zonder schouderpreparatie	R26, R27	€ 287,-
- brugtussendeel 1e dummy	R40	€ 200,-
- brugtussendeel 2e en volgende dummy in hetzelfde tussendeel	R45	€ 96,-

Artikel 45 Restauraties door middel van niet-plastische materialen

Door: tandarts.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	geen vergoeding
Plus	80% van de kosten van de volgende verrichtingen op basis van de aangegeven Uniforme Particuliere Tarieven (UPT) inclusief de bijbehorende techniekkosten, tot ten hoogste de maximumvergoeding, als aangegeven in de kolom.

Verrichtingen	UPT-code	Maximale vergoeding (inclusief techniekkosten)
- roestvrijstalen kroon	R29	€ 37,40
- opbouw plastisch materiaal	R31	€ 22,50
- gegoten opbouw indirecte methode	R32	€ 108,40
- gegoten opbouw directe methode	R33	€ 111,90
- intra-coronaire brugverankering	R46	€ 37,40
- etsbrug zonder preparatie	R60	€ 237,90
- etsbrug met preparatie	R61	€ 275,40
- toeslag volgende dummy	R65	€ 140,20
- toeslag boven aantal 2 bevestigingen	R66	€ 31,-
- kroon onder bestaand frameanker	R70	€ 41,10
- vernieuwen porselein facet	R71	€ 101,10
- vernieuwen facet plastisch materiaal	R72	€ 22,50
- opnieuw vastzetten gegoten restauraties	R74	€ 15,-

Verrichtingen	UPT-code	Maximale vergoeding (inclusief techniekkosten)
- opnieuw vastzetten etsbrug	R75	€ 37,40
- extra voor gegoten opbouw onder bestaande kroon	R76	€ 18,70
- labiale veneering zonder preparatie	R78	€ 165,-
- labiale veneering met preparatie	R79	€ 194,90

Artikel 46 Orthodontische zorg

46.1. Orthodontische zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Omschrijving: zorg, gericht op de correctie van standafwijkingen van tanden, kiezen, en kaken voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

Door: orthodontist of tandarts.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	80% van de kosten tot ten hoogste € 1430,-
Plus	80% van de kosten

46.2. Bijzondere orthodontische zorg voor verzekerden van 18 jaar of ouder

Door: orthodontist of tandarts.

Vergoeding:

Budget	80% van de kosten
Accent	80% van de kosten
Plus	80% van de kosten

Indicatie:

1. een kaakorthopedische afwijking in boven- en/of onderkaak die uitsluitend door middel van een osteotomie gecorrigeerd kan worden en waarbij een kaakorthopedische voor- of nabehandeling noodzakelijk is;
2. een kaakorthopedische afwijking ten gevolge van een recent trauma (ongeval) of chirurgische ingreep (geen extractie), op voorwaarde dat de noodzaak tot behandeling het directe gevolg is van dat trauma of die ingreep;
3. een kaakorthopedische afwijking ten gevolge van geretineerde frontelementen, waarbij de noodzaak van een gecombineerde chirurgische/ orthodontische behandeling aanwezig is;
4. een kaakorthopedische afwijking als gevolg van een ernstige malocclusie die leidt tot of gepaard gaat met objectieveerbare functiestoornissen.

Machtiging: ja, vooraf.