



Verzekeringsvoorwaarden

SIZ Standaardverzekering 2010

variant Natura

Ingangsdatum: 1 januari 2010

Belangrijke telefoonnummers

Klantenservice: 0900 8019

Overzicht gecontracteerde
zorgaanbieders:

0900 8019

Een overzicht van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde
zorgaanbieders is ook te raadplegen via www.siz.nl/zorggids.

SIZ-alarmcentrale: +31 (0)50 526 79 99 (internationaal toegangsnummer)

IZA Kraamzorg: 0900 - 899 85 00 (€ 0,10/min)

Vervoer: opvragen Formulier Verklaring Zittend Ziekenvervoer:
0900 8019

Zorgadvies en bemiddeling: 0900 8019

U kunt informatie over uw SIZ Standaardverzekering, variant Natura ook vinden op www.siz.nl.

Inhoudsopgave

I.	ALGEMEEN GEDEELTE	4	Paramedische zorg	20
Artikel 1.	Verzekerde zorg	4	Artikel 23.	Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck 20
Artikel 2.	Algemene bepalingen	6	Artikel 24.	Logopedie 20
Artikel 3.	Premie	8	Artikel 25.	Ergotherapie 21
Artikel 4.	Overige verplichtingen	9	Artikel 26.	Dieetadvisering 22
Artikel 5.	Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden	9	Mondzorg	22
Artikel 6.	Begin, duur en beëindiging van de SIZ Standaard-verzekering	9	Artikel 27.	Tandheeskundige zorg 22
Artikel 7.	Verplicht eigen risico	11	Artikel 28.	Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 22 jaar en ouder 23
Artikel 8.	Vrijwillig eigen risico	11	Farmaceutische zorg	24
Artikel 9.	Buitenland	12	Artikel 29.	Geneesmiddelen 24
Artikel 10.	Klachten en geschillen	13	Artikel 30.	Dieetpreparaten 25
II.	ZORGARTIKELEN	14	Hulpmiddelenzorg	25
Geneeskundige zorg		14	Artikel 31.	Hulpmiddelen en verbandmiddelen 25
Artikel 11.	Huisartsenzorg	14	Verblijf in een instelling	25
Artikel 12.	Verloskundige zorg en kraamzorg	14	Artikel 32.	Verblijf 25
Artikel 13.	Medisch specialistische zorg	15	Ziekenvervoer	26
Artikel 14.	Revalidatie	16	Artikel 33.	Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer 26
Artikel 15.	Erfelijkheidsonderzoek	16	Zorgbemiddeling	27
Artikel 16.	In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteits-bevorderende behandelingen	17	Artikel 34.	Zorg- en wachtlijstbemiddeling 27
Artikel 17.	Audiologische zorg	18	III.	BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN
Artikel 18.	Plastische en/of reconstructieve chirurgie	18		28
Artikel 19.	Transplantatie van weefsels en organen	18	IV.	TREFWOORDENREGISTER
Artikel 20.	Dyslexiezorg	19		30
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)		19		
Artikel 21.	Eerstelijnspsychologische zorg	19		
Artikel 22.	Specialistische GGZ	20		

I. Algemeen gedeelte

ARTIKEL 1. VERZEKERDE ZORG

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De SIZ Standaardverzekering, variant Natura is een naturaverzekering. Dit betekent dat u recht hebt op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook hebt u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

De afdeling Zorgadvies en bemiddeling adviseert u in welke instelling (bijvoorbeeld ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum) of bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag het beste terecht kunt. Ook als u te maken hebt met onacceptabel lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en bemiddeling. De afdeling Zorgadvies en bemiddeling kunt u bereiken via www.siz.nl/zorgbemiddeling of telefonisch via 0900 8019.

1.2. Medische noodzaak

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.3. Door wie mag de zorg worden verleend

De zorg in natura wordt verleend door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. De vergoeding van de kosten van zorg vindt rechtstreeks aan de betreffende zorgaanbieder plaats op basis van het door de zorgverzekeraar met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief. Een overzicht van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders kunt u raadplegen via www.siz.nl/zorggids. Informatie over welke zorgaanbieder gecontracteerd is door de zorgverzekeraar kunt u ook telefonisch opvragen, telefoonnummer: 0900 8019.

Daar waar sprake is van voorkeursleveranciers wordt dit in het betreffende zorgartikel aangegeven, zie hoofdstuk II, Zorgartikelen.

De zorgverzekeraar maakt met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten.

Wilt u toch naar een zorgaanbieder die geen contract met ons heeft afgesloten, houd er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de nota zelf moet betalen.

1.4. Hoogte vergoeding voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Als u voor zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, kan het zijn dat u een deel van de rekening zelf moet betalen. De kosten van zorg worden namelijk vergoed tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven voor 2010, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieders. Als er voor de betreffende zorg geen inkooptarieven zijn vastgesteld en Wmg-tarieven gelden, is het gemiddeld gecontracteerde tarief gelijk aan het geldende Wmg-tarief. In dat geval worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven.

U kunt de maximale vergoedingen raadplegen op de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders VGZ 2010. Deze lijst kunt u vinden op www.siz.nl of telefonisch opvragen, telefoonnummer 0900 8019.

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder hebt u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. U moet de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk over deze zorg informeren.

1.5. Insturen van nota's

De meeste zorgaanbieders sturen de nota's rechtstreeks naar de zorgverzekeraar. Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota opsturen; geen kopie of aanmaning. Het is belangrijk dat op de nota de naam van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de paraaf van de zorgaanbieder staat. De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden. Op de vergoeding worden een eigen risico en een eventuele wettelijke eigen bijdrage in mindering gebracht. U kunt nota's tot maximaal drie jaar na het begin van de behandeling indienen.

Voor de administratieve afhandeling is het in uw en ons belang om nota's zo snel mogelijk na ontvangst in te dienen bij de zorgverzekeraar. Denk bijvoorbeeld aan de verrekening van een openstaand eigen risicobedrag of geldende eigen bijdrage.

1.6. Tijdsige zorgverlening

Als een gecontracteerde zorgaanbieder de zorg naar verwachting niet of niet-tijdsig kan leveren, hebt u recht op zorgbemiddeling. De zorgverzekeraar kan u toestemming geven om voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. De kosten worden dan vergoed tot maximaal de wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn vastgesteld, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Om te bepalen of er sprake is van tijdsige zorgverlening, gaat de zorgverzekeraar uit van:

- medisch inhoudelijke factoren;
- algemene, maatschappelijk aanvaardbare wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

1.7. Rechtstreekse betaling

De zorgverzekeraar heeft het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Hiermee vervalt uw recht op vergoeding.

1.8. Verrekening van kosten

Als de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgaanbieder betaalt, wordt er geen rekening gehouden met een eigen risico of eigen bijdrage. Deze bedragen brengt de zorgverzekeraar later bij u als verzekeringnemer in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Onverminderd de algemene verrekeningsbevoegdheid, kan de zorgverzekeraar deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.9. Verwijzing, voorschrift of machtiging

Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of machtiging nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. U kunt dit in het betreffende zorgartikel terugvinden. Als een verwijzing of voorschrift nodig is, kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die in het artikel wordt genoemd. Vaak is dat de huisarts. Als een machtiging nodig is, hebt u voor de zorg vooraf toestemming nodig van de zorgverzekeraar.

Als de zorg wordt verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder, vraagt deze zorgaanbieder voor u een machtiging aan. Dit gebeurt volgens een protocol dat onderdeel is van de over-

eenkomst tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieder.

Maakt u gebruik van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan moet u zelf bij de zorgverzekeraar een machtiging (toestemming) aanvragen.

Een verwijzing, voorschrift en/of machtiging is niet nodig voor acute zorg, die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

1.10. Ontlenen recht

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de behandeling of levering tijdens de looptijd van de SIZ Standaardverzekering plaatsvindt. Als een behandeling in twee kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), worden deze kosten vergoed als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de SIZ Standaardverzekering.

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.

1.11. Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

- vergoeding van kosten als gevolg van het niet-nakomen van afspraken met zorgaanbieders;
- vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van de zorgverzekeraar door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdsig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- vergoeding van eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van de zorgverzekering of de AWBZ, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van het handelen of nalaten van de zorgverzekeraar;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht.

1.12. Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

1.12.1. Als de behoefte aan zorg of een andere dienst het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar door dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, hebt u slechts recht op 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 van de NHT.

1.12.2. Als na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage ter beschikking wordt gesteld, hebt u in aanvulling op de prestaties, bedoeld in lid 1.12.1, recht op prestaties van een bij Regeling zorgverzekering, bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering, te bepalen omvang.

ARTIKEL 2. ALGEMENE BEPALINGEN

2.1. Grondslag van de verzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier hebt aangegeven of die u de zorgverzekeraar schriftelijk hebt doorgegeven.

Na het sluiten van de SIZ Standaardverzekering ontvangt u van de zorgverzekeraar zo snel mogelijk een zorgpolis. Vervolgens ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuwe zorgpolis.

Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de zorgpolis. Op het polisblad worden de verzekerden en de voor hen gesloten zorgverzekering(en) vermeld.

2.2. Werkgebied

De SIZ Standaardverzekering staat open voor alle verzekeringsplichtigen die woonachtig zijn in Nederland of in het buitenland.

De zorgverzekeraar is een landelijk werkende verzekeraar. Zo lang u in Nederland woont, onder de rechten van de AWBZ valt of in Nederland loonbelasting betaalt, kunt u deze zorgverzekering behouden. Ook een in het buitenland wonende verzekeringsplichtige heeft recht op deze verzekering.

2.3. Bijbehorende documenten

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar documenten. Deze maken deel uit van de voorwaarden. Het gaat om de volgende documenten:

- Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- Het Clausuleblad terrorismedekking;
- Premiebijlage;
- Reglement farmaceutische zorg SIZ;
- Reglement hulpmiddelen SIZ;
- Reglement persoonsgebonden budget eerstelijnspsychologische zorg SIZ;
- Overzicht gecontracteerde zorgaanbieders;
- Overzicht vrijstelling eigen risico;
- Het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling.

Deze documenten kunt u vinden op www.siz.nl en ook telefonisch opvragen, telefoonnummer: 0900 8019.

2.4. Fraude

Als u fraude pleegt, vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U hebt ook geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg waarin geen fraude is geconstateerd (zogenaamde partiële fraude). De zorgverzekeraar vordert uitgekeerde vergoedingen bij u terug.

Fraude heeft tot gevolg dat de zorgverzekeraar uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige of medepleger registreert in het UVIT-Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door de afdeling Veiligheidszaken van 'Univé-VGZ-IZA-Trias'.

Ook kan de zorgverzekeraar uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige en medepleger registreren:

- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in de, tussen financiële instellingen erkende, in- en externe signaleringssystemen, het interne verwijzingsregister (IVR) en het externe verwijzingsregister (EVR).

De zorgverzekeraar kan van de fraude ook aangifte doen bij politie, justitie en/of FIOD-ECD.

Fraude heeft tot gevolg dat de zorgverzekeraar uw zorgverzekering(en) beëindigt en dat de zorgverzekeraar gedurende een periode van vijf jaar kan weigeren een nieuwe zorgverzekering met u te sluiten. Uw aanvullende zorgverzekering(en) en binnen de Univé organisatie lopende (schade)verzekeringen kunnen worden beëindigd. U kunt gedurende een periode van acht jaar geen schadeverzekeringen binnen 'Univé-VGZ-IZA-Trias' sluiten. Onder deze schadeverzekeringen vallen ook de aanvullende zorgverzekering(en).

De zorgverzekeraar kan de noodzakelijk gemaakte onderzoekskosten bij u terugvorderen.

2.5. Bescherming persoonsgegevens

De zorgverzekeraar neemt uw privacy serieus. Uw persoonsgegevens zijn nodig voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringen en worden opgenomen in de persoonsregistratie van de zorgverzekeraar. Persoonsgegevens worden ook gebruikt voor het voorkomen en bestrijden van fraude. Op de registratie is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. U kunt deze gedragscode inzien op www.siz.nl of telefonisch opvragen via 0900-8019. Vanaf de ingangsdatum van de SIZ Standaardverzekering mag de zorgverzekeraar:

- aan derden (zoals zorgaanbieders en leveranciers) inlichtingen vragen en geven als hij dit nodig vindt om de verplichtingen uit de zorgverzekering te kunnen nakomen;
- uw burgerservicenummer (BSN) in de administratie opnemen. Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. De zorgverzekeraar zal in de communicatie met uw zorgaanbieders uw BSN gebruiken.

De zorgverzekeraar neemt hierbij de privacywetgeving in acht.

Als de zorgverzekeraar uw rekeningen rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangt en aan hen betaalt, wordt uw SIZ Standaardverzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres- en polisgegevens en burgerservicenummer (BSN) op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij u ook daadwerkelijk behandelen. Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, laat dit dan aan ons weten. Wij zorgen ervoor dat deze gegevens worden afgeschermd.

2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij de zorgverzekeraar bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie

Door het afsluiten van deze verzekering wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ-IZA-Trias-Groep U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie is onderdeel van 'Univé-VGZ-IZA-Trias' en behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering. U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap eindigt op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de SIZ Standaardverzekering, hebt u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst of, als dit later is, binnen 14 dagen nadat u de verzekeringsvoorwaarden hebt ontvangen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9. Interpretatie

De Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering zijn leidend voor de inhoud van deze verzekeringsvoorwaarden. Bij interpretatieverschillen zijn de teksten uit de wet- en regelgeving, inclusief de wetsgeschiedenis bepalend.

2.10. Voorrangsbepaling

Voor zover het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde van invloed is of moet zijn op de SIZ Standaardverzekering, geldt dit als in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Ingeval van strijdigheid van het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde met de bepalingen van deze overeenkomst, gaat hetgeen is bepaald bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet voor.

2.11. Nederlands recht

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

ARTIKEL 3. PREMIE

3.1. Premiegrondslag en premiekortingen

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico en/of een in de collectieve overeenkomst overeengekomen collectiviteitskorting.

De premiegrondslag en de premiekortingen staan vermeld op de jaarlijks aan te passen premiebijlage. De premiebijlage kunt u vinden op www.siz.nl of telefonisch opvragen, telefoonnummer 0900 8019.

De voor u geldende premiegrondslag en premiekortingen staan vermeld op uw polisblad.

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

3.2.1. Als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst, kunt u een korting op de premiegrondslag ontvangen.

3.2.2. Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de zorgverzekering op individuele basis voortgezet.

3.2.3. U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3. Verschuldigheid van premie

U bent als verzekeringnemer premie verschuldigd. Voor een verzekerde is tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie verschuldigd. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de zorgverzekering berekent de zorgverzekeraar de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

Voorbeeld:

Iemand die op 1 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus.

3.4. Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten

3.4.1. U bent als verzekeringnemer verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage(n) maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijnbetalingskorting van 3% op de te betalen premie.

3.4.2. De zorgverzekeraar brengt voor betaling per acceptgiro eenmaal per jaar € 6,- kosten in rekening.

3.4.3. Een door u als verzekeringnemer afgegeven machtiging voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en overige kosten. De zorgverzekeraar kan ervoor kiezen u een acceptgiro te sturen zonder dat hieraan voor u extra kosten zijn verbonden.

3.5. Vordering

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een van de zorgverzekeraar te ontvangen bedrag.

3.6. Niet-tijdig betalen

3.6.1. Als u als verzekeringnemer de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en kosten niet tijdig betaalt, stuurt de zorgverzekeraar u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kan de zorgverzekeraar de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premieervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgende op de dag waarop de zorgverzekeraar het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten heeft ontvangen. De zorgverzekeraar heeft het recht bij niet tijdige betaling de SIZ Standaardverzekering te beëindigen. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.

3.6.2. De zorgverzekeraar kan administratiekosten, (buiten)rechtelijke invorderingskosten en wettelijke rente bij u als verzekeringnemer in rekening brengen.

3.6.3. Als u als verzekeringnemer al bent aangemaand voor niet tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of kosten, hoeft de zorgverzekeraar bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur u niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

3.6.4. De zorgverzekeraar heeft het recht om achterstallige premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere van de zorgverzekeraar te ontvangen bedragen.

3.6.5. Als de zorgverzekeraar de verzekering wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie beëindigt, heeft de zorgverzekeraar het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

ARTIKEL 4. OVERIGE VERPLICHTINGEN

U bent verplicht:

- de behandelaar te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar;
- medewerking te verlenen aan de zorgverzekeraar, zijn medisch adviseur of medewerkers, die met controle zijn belast tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die nodig is voor de uitvoering van de SIZ Standaardverzekering;
- de zorgverzekeraar te informeren over feiten, die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en de zorgverzekeraar in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van de zorgverzekeraar. U moet zich onthouden van handelingen waardoor de zorgverzekeraar kan worden geschaad;
- de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van belang zijn. Dat zijn onder meer einde verzekeringsplicht, begin en einde detentie, (echt)scheiding, geboorte, adoptie of wijziging bank- of gironummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, draagt de zorgverzekeraar geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en de belangen van de zorgverzekeraar worden hierdoor geschaad, kan de zorgverzekeraar uw recht op de verzekerde zorg schorsen.

ARTIKEL 5. WIJZIGING PREMIE(GRONDSLAG) EN VOORWAARDEN

5.1. Wijziging voorwaarden

De zorgverzekeraar heeft het recht de voorwaarden en premie(grondslag) van de SIZ Standaardverzekering op elk moment te wijzigen. De zorgverzekeraar zal u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren.

Een wijziging van de premiegrondslag treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan u is meegedeeld.

5.2. Opzeggingsrecht

Als de zorgverzekeraar de voorwaarden en/of premiegrondslag van de SIZ Standaardverzekering in uw nadeel wijzigt, kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld de overeenkomst opzeggen. Dit opzeggingsrecht hebt u niet, als een wijziging in de verzekerde

zorg rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 Zorgverzekeringswet gestelde regels.

ARTIKEL 6. BEGIN, DUUR EN BEËINDIGING VAN DE SIZ STANDAARDVERZEKERING

6.1. Begin en duur

- 6.1.1. De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de zorgverzekeraar uw aanvraag(formulier) heeft ontvangen. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop uw aanvraag is ontvangen.
- 6.1.2. Het is mogelijk dat de zorgverzekeraar niet uit uw aanvraag kan afleiden of hij verplicht is een zorgverzekering voor de te verzekeren persoon af te sluiten. In dit geval vraagt de zorgverzekeraar u om informatie waaruit blijkt dat hij verplicht is een zorgverzekering te sluiten. De SIZ Standaardverzekering gaat pas in op de dag dat de zorgverzekeraar de genoemde informatie ontvangt. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop de aanvullende informatie is ontvangen.
- 6.1.3. Als u al een andere zorgverzekering hebt op de dag zoals bedoeld in artikel 6.1.1 of 6.1.2, gaat de SIZ Standaardverzekering in op een latere datum die door u als verzekeringnemer is aangegeven.
- 6.1.4. Als de vorige verzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of door wijziging van de voorwaarden is beëindigd, gaat de verzekering bij de nieuwe verzekeraar in per de beëindigingsdatum van de oude verzekering. U moet zich dan binnen een maand nadat de vorige verzekering is beëindigd aanmelden bij de nieuwe zorgverzekeraar.
- 6.1.5. Als de verzekeringsovereenkomst ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, gaat de SIZ Standaardverzekering in op dag dat de verzekeringsplicht is ontstaan.

Voorbeeld:

U bent verplicht uw kind binnen vier maanden na de geboorte te verzekeren, zodat uw kind vanaf de datum van geboorte is verzekerd.

- 6.1.6. De Zorgverzekeringswet kent een verzekeringsplicht. Onverzekerden riskeren een boete. De zorgverzekeraar handelt bij het opleggen van een boete in overeenstemming met de bepalingen van paragraaf 9.3 van de Zorgverzekeringswet.

6.2. Einde van rechtswege

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

- de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
- de verzekerde overlijdt;
- de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt.

U als verzekeringnemer bent verplicht de zorgverzekeraar zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of het einde van de verzekeringsplicht van een verzekerde. Als u het einde van de verzekeringsplicht niet-tijdig meedeelt en de zorgverzekeraar daardoor kosten van zorg betaalt aan een zorgaanbieder, zal de zorgverzekeraar deze kosten bij u terugvorderen.

Als de zorgverzekeraar vaststelt dat de SIZ Standaardverzekering is geëindigd, stuurt hij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.3. Wanneer kunt u de verzekering opzeggen?

6.3.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de SIZ Standaardverzekering schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat de zorgverzekeraar uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar heeft ontvangen.

U kunt jaarlijks per 1 januari uw SIZ Standaardverzekering opzeggen, op voorwaarde dat de zorgverzekeraar uw opzegging uiterlijk 31 december heeft ontvangen. U hebt dan tot 1 februari de tijd om een andere verzekeraar te zoeken, die u met terugwerkende kracht vanaf 1 januari verzekert.

6.3.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de SIZ Standaardverzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

- van een andere verzekerde als deze verzekerde een andere zorgverzekering heeft gesloten. Als u de SIZ Standaardverzekering opzegt vóór de ingangsdatum van de andere zorgverzekering, gaat de opzegging in op de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering. Als de opzegging later is ontvangen, gaat de opzegging in op de eerste dag van de tweede kalendermaand nadat de zorgverzekeraar de opzegging heeft ontvangen;
- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- als u bij de zorgverzekeraar deelnemer bent van een collectieve overeenkomst van uw oude werkgever en kunt deelnemen aan een collectieve overeenkomst van uw nieu-

we werkgever. U kunt de zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. In dat geval gaan zowel de opzegging als de inschrijving in op de dag van indienstreding bij de nieuwe werkgever als dat de eerste dag van de kalendermaand is, en zo niet, op de eerste dag van de kalendermaand volgend op de datum van indienstreding.

6.3.3. U kunt de SIZ Standaardverzekering niet opzeggen als er sprake is van een betalingsachterstand en de zorgverzekeraar u hiervoor een aanmaning heeft gestuurd. U kunt de SIZ Standaardverzekering wel opzeggen als de zorgverzekeraar de dekking heeft geschorst of binnen twee weken uw opzegging bevestigt.

6.4. Opzegging, ontbinding of schorsing door de zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar kan de SIZ Standaardverzekering schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- wegens het niet-tijdig betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.6;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- bij het opzettelijk niet, niet-volledig of onjuist verstrekken van voor de uitvoering van de verzekering relevante inlichtingen of stukken aan de zorgverzekeraar die tot nadeel voor de zorgverzekeraar (kunnen) leiden;
- als u hebt gehandeld met het opzet de zorgverzekeraar te misleiden of als de zorgverzekeraar geen zorgverzekering zou hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In dat geval kan de zorgverzekeraar binnen twee maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de SIZ Standaardverzekering opzeggen. De zorgverzekeraar is in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kan de uitkering verminderen. De zorgverzekeraar kan de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

6.5. Bewijs van einde

Als de SIZ Standaardverzekering eindigt, ontvangt u als verzekeringnemer een bewijs van einde met de volgende informatie:

- uw naam, adres, woonplaats en het burgerservicenummer (BSN) van de verzekerde;
- de dag waarop de SIZ Standaardverzekering eindigt;
- of voor u op die dag een eigen risico gold en zo ja, voor welk bedrag;
- de reden, als deze is dat de verzekeringsplicht eindigt.

Als de SIZ Standaardverzekering voor een andere verzekerde dan de verzekeringnemer eindigt, verstuurt de zorgverzekeraar het bewijs van einde naar deze verzekerde.

ARTIKEL 7. VERPLICHT EIGEN RISICO

7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 165,- per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, geldt het verplichte eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, met uitzondering van:

- huisartsenzorg. Het eigen risico geldt wel voor:
 - geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft, en;
 - voor (laboratorium)onderzoek dat samenhangt met de huisartsenzorg, dat een andere zorgaanbieder dan de huisarts verricht en deze zorgaanbieder apart in rekening brengt;
- verloskundige zorg en kraamzorg. Het eigen risico geldt wel voor andere zorgvormen, zoals bijvoorbeeld geneesmiddelen, bloedonderzoek, vlokentest of ziekenvervoer;
- mondzorg voor verzekerden jonger dan 22 jaar zoals beschreven in artikel 27.1. Het eigen risico geldt wel voor chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothese;
- geneesmiddelen zoals genoemd in bijlage B van het Reglement farmaceutische zorg SIZ;
- hulpmiddelen in bruikleen. Kosten zoals bezorging en onderhoud tellen wel mee voor het verplicht eigen risico;
- eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

7.3. Voor welke zorgaanbieders en zorgarrangementen geldt het verplicht eigen risico niet

Als u gebruik maakt van door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieders of zorgarrangementen, bent u geen of maar een gedeeltelijk bedrag aan verplicht eigen risico verschuldigd. Dit geldt ook voor nader aan te wijzen gezondheidsbevorderende of op preventie gerichte (zorg)programma's. Deze informatie is opgenomen in het Overzicht vrijstelling eigen risico dat u kunt vinden op www.siz.nl/vrijstellingeigen-risico of telefonisch kunt opvragen, telefoonnummer 0900 8019.

Om in aanmerking te komen voor teruggave van het verplicht eigen risico, moet u voorafgaand aan de behandeling contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en bemiddeling. De afdeling Zorgadvies en bemiddeling kunt u bereiken via www.siz.nl/zorgbemiddeling of telefonisch via 0900 8019. Deze afdeling kan u adviseren over de aangewezen zorgaanbieders of zorgarrangementen waar u gebruik van kunt maken. Als u hiervan gebruik maakt, krijgt u eenmalig het verplicht eigen risico terug, nadat u de behandeling hebt ondergaan.

7.4. Berekeningswijze hoogte verplicht eigen risico

Als de SIZ Standaardverzekering niet eindigt of start op 1 januari, dan wordt het eigen risico als volgt berekend:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{Aantal dagen dat de SIZ Standaardverzekering loopt}}{\text{Aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld:

De SIZ Standaardverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar bestaat uit 365 dagen. Het eigen risico is:
 € 165,- x 30 gedeeld door 365 = € 13,56 en wordt afgerond op € 14,-.

7.5. Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het te dragen eigen risicobedrag worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Als een behandeling in twee kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in één bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), dan worden deze kosten in mindering gebracht op het eigen risico van het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

ARTIKEL 8. VRIJWILLIG EIGEN RISICO

8.1. Varianten vrijwillig eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, kunt u kiezen uit een SIZ Standaardverzekering met een vrijwillig eigen risico van: € 0,-, € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangt u een korting op de grondslag van de premie. Het gekozen vrijwillig eigen risico en de eventuele korting is vermeld op het polisblad.

8.2. Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico

Het vrijwillig eigen risico is van toepassing op dezelfde zorgvormen zoals vermeld in artikel 7.2.

8.3. Berekeningswijze hoogte vrijwillig eigen risico

8.3.1. Als de SIZ Standaardverzekering niet eindigt of start op 1 januari, dan wordt het vrijwillig eigen risico als volgt berekend:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{Aantal dagen dat de SIZ Standaardverzekering loopt}}{\text{Aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld:

U hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-. De SIZ Standaardverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar bestaat uit 365 dagen. Het vrijwillig eigen risico is: € 100,- x 30 gedeeld door 365 = € 8,22 en wordt afgerond op € 8,-. Het verplicht eigen risico is € 165,- x 30 gedeeld door 365 = € 13,56 en wordt afgerond op € 14,-. Het totale eigen risico bedraagt € 22,- (€ 14,- verplicht eigen risico en € 8,- vrijwillig eigen risico).

8.3.2. Als de SIZ Standaardverzekering niet op 1 januari ingaat en u bij de vorige zorgverzekering een ander vrijwillig eigen risico had, dan wordt het totale vrijwillige eigen risico als volgt berekend:

- vrijwillig eigen risico vorige verzekeraar x aantal dagen dat vorige verzekering liep in het betreffende kalenderjaar;
- vrijwillig eigen risico SIZ Standaardverzekering x aantal dagen dat SIZ Standaardverzekering in het betreffende kalenderjaar loopt;
- som van a en b gedeeld door het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar;
- uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld:

U hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-. De SIZ Standaardverzekering loopt van 1 augustus tot en met 31 december. In totaal zijn dit 153 dagen x € 100,- = 15.300. Het vrijwillig eigen risico bij de vorige zorgverzekeraar was € 200,- x 212 dagen = 42.400. 15.300 + 42.400 = 57.700 gedeeld door 365 = € 158,08 en wordt afgerond € 158,-.

8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico

U kunt het vrijwillig eigen risico jaarlijks, per 1 januari wijzigen. U moet de wijziging uiterlijk op 31 december van het

voorafgaande kalenderjaar schriftelijk aan de zorgverzekeraar doorgeven.

8.5. Berekening vrijwillig eigen risico

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico worden de kosten van zorg eerst in mindering gebracht op het verplichte eigen risico en daarna op het vrijwillig eigen risico. Voor de berekening van het te dragen vrijwillig eigen risicobedrag is dezelfde bepaling van toepassing als genoemd in artikel 7.5.

ARTIKEL 9. BUITENLAND

9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland kunt u voor zorg kiezen uit:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling die door de zorgverzekeraar is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hebt u recht op een vergoeding tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Voor voorzienbare zorg die naar verwachting niet of niet-tijdig kan worden geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder, kan de zorgverzekeraar de vergoeding voor de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanvullen tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, kunt u een European Health Insurance Card (EHIC of Europese gezondheidskaart) aanvragen. Hiermee hebt u recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. U kunt een EHIC ook aanvragen als u naar Australië gaat. In Australië hebt u hiermee recht op spoedeisende medische zorg. U kunt een EHIC aanvragen via www.siz.nl of telefonisch opvragen, telefoonnummer: 0900 – 8019.

9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling die door de zorgverzekeraar is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

In alle gevallen hebt u bij het invoeren van voorzienbare intramurale zorg in een ander land dan het woonland voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig. Intramurale zorg als bedoeld in dit artikel is zorg die gepaard gaat met verblijf van ten minste één nacht.

Deze toestemmingsvereiste is niet van toepassing als er sprake is van onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland.

Bij onvoorzienbare zorg en voorzienbare zorg die gepaard gaat met verblijf van ten minste één nacht moet u een beroep doen op de SIZ-alarmcentrale, telefoonnummer +31 (0)50 526 79 99 (+ = internationaal toegangsnummer).

9.4. Verwijzing en/of machtigingsvereiste

Is naast de toestemming voor het invoeren van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een machtiging vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9).

Tips bij het indienen van een klacht.

- Geef u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waar u ontevreden over bent en wat volgens u de beste oplossing is.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt ze namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

10.1.2. U ontvangt van de zorgverzekeraar binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

10.2. Klachten over formulieren van de zorgverzekeraar

10.2.1. Vindt u een formulier van de zorgverzekeraar overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven (een postzegel is niet nodig). Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via www.siz.nl.

10.2.2. U ontvangt van de zorgverzekeraar binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: informatielijn@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

ARTIKEL 10. KLACHTEN EN GESCHILLEN

10.1. Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement.

10.1.1. U kunt er van uit gaan dat de zorgverzekeraar alles rond uw zorgverzekering goed regelt. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. De zorgverzekeraar staat open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven (een postzegel is niet nodig). Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via www.siz.nl. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

II. Zorgartikelen

GENEESKUNDIGE ZORG

ARTIKEL 11. HUISARTSENZORG

Omschrijving:

U hebt recht op:

1. geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en hierbij behorend laboratoriumonderzoek. Hieronder wordt ook verstaan gezondheidsadvisering, begeleiding bij het stoppen met roken en preconceptiezorg.

Onder begeleiding bij het stoppen met roken wordt in deze verzekeringsvoorwaarden verstaan:

- korte behandelingen, zoals eenmalige korte stopadviezen;
- intensieve vormen van behandeling die gericht zijn op gedragsverandering (in een groep of individueel), eventueel met gebruik van het geneesmiddel nortriptyline bij het stoppen met roken. De behandeling bestaat uit ten minste vier contacten van ten minste tien minuten in een periode van één tot enkele maanden.

Onder preconceptiezorg wordt verstaan:

- adviezen voor gezonde voeding;
 - advies over foliumzuursuppletie;
 - advies over inname van vitamine D;
 - adviezen over het stoppen met roken, alcohol- en druggebruik, eventueel met actieve begeleiding om dit te kunnen realiseren;
 - adviezen over geneesmiddelengebruik;
 - adviezen voor behandeling van bestaande ziekten en voor gaande zwangerschapscomplicaties;
 - adviezen over infectieziekten en vaccinaties;
 - het opsporen van risico's aan de hand van uw ziektegeschiedenis en het aanbieden van genetische counseling;
2. medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundig domein, waarover de zorgverzekeraar en de huisarts afspraken hebben gemaakt.

Door:

huisarts of derden die medisch bevoegd zijn. Onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts mag deze zorg ook worden verleend door een doktersassistente, maatschappelijk werker, nurse practitioner, physician assistant (PA) of praktijkondersteuner.

ARTIKEL 12. VERLOSKUNDIGE ZORG EN KRAAMZORG

12.1. Verloskundige zorg

Omschrijving:

U hebt recht op verloskundige zorg, inclusief voor- en nazorg, zoals verloskundigen deze plegen te bieden, inclusief het gebruik van de verloskamer als de bevalling in een ziekenhuis plaatsvindt.

Deze zorg omvat ook:

- Preconceptiezorg:
als u een kindwens hebt, kunt u gebruik maken van preconceptiezorg. In artikel 11, onder omschrijving, punt 1 is aangegeven wat er onder deze zorg wordt verstaan;
- Counseling:
Als u zwanger bent en u denkt erover om een prenatale screening naar aangeboren afwijkingen te laten doen, hebt u in de meeste gevallen eerst een uitgebreid gesprek met uw huisarts, verloskundige of medisch specialist, waarin u informatie ontvangt over de inhoud en reikwijdte van prenatale screening. Dit gesprek wordt ook wel de counseling genoemd. U kunt dan weloverwogen een besluit nemen of u deze screening wilt. Het gaat dan met name om de combinatietest en de twintig-weeken echo;
- Combinatietest:
U kunt met de combinatietest laten onderzoeken hoe groot de kans is op een kind met Downsyndroom. De combinatietest bestaat uit twee onderzoeken:
 1. een bloedonderzoek tussen 9 en 14 weken van de zwangerschap;
 2. de nekplooiemeting via een echo, die gemaakt wordt tussen 11 en 14 weken van de zwangerschap.U hebt recht op de combinatietest als u een medische indicatie hebt of als u 36 jaar of ouder bent;
- Twintig-weeken echo (SEO):
Met de twintig-weekenecho kunt u laten onderzoeken of uw kind mogelijk een open ruggetje of een andere lichamelijke afwijking heeft. Dit onderzoek wordt het structureel echoscopisch onderzoek (SEO; tweede trimester) genoemd. Het onderzoek vindt plaats rond de 20e week van de zwangerschap.

Door:

verloskundige, huisarts die bijgeschoold is en zich specifiek heeft toegelegd op fysiologische verloskunde of medisch specialist.

De combinatietest en de twintig-weeken echo mogen alleen uitgevoerd worden door een zorgaanbieder met een vergunning volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) of door een zorgaanbieder, die een samenwerkingsafpraak heeft met een Regionaal Centrum voor

Prenatale Screening. Zodra er sprake is van een medische indicatie is er geen vergunning nodig om het onderzoek uit te voeren.

12.2. Kraamzorg

Omschrijving:

U hebt recht op verzorging zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling gedurende maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

Door:

Gediplomeerde kraamverzorgende of verpleegkundige die als kraamverzorgende werkt, verbonden aan een kraamcentrum, kraamzorghotel of ziekenhuis.

Een kraamzorghotel is een organisatie voor het leveren van kraamzorg ter vervanging van kraamzorg in de thuissituatie.

Eigen bijdrage:

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van:

- € 3,90 per uur voor kraamzorg thuis of bij een verblijf in een kraamzorghotel. Voor een kraamzorghotel wordt voor de eigen bijdrage maximaal 8 uur per dag gerekend;
- € 15,50 per dag voor zowel moeder als kind bij een bevalling in een ziekenhuis, zonder dat dit medisch noodzakelijk is. Naast de eigen bijdrage, moet u het verschil aan kosten bijbetalen tussen het ziekenhuistarief en het bedrag van € 110,50 per dag.

Rekenvoorbeeld:

Als u bevalt in het ziekenhuis zonder dat dit medisch noodzakelijk is, hebt u recht op de volgende vergoeding voor moeder en kind:

Maximale vergoeding is 2 x € 110,50 is: € 221,- per dag
Af: Eigen bijdrage is 2 x € 15,50 is: € 31,- per dag

Vergoeding vanuit de SIZ Standaardverzekering is: € 190,- per dag

Dat betekent dat u het verschil aan kosten moet bijbetalen tussen het bedrag dat het ziekenhuis in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 190,- per dag.

Bijzonderheden:

1. de zorgverzekeraar stelt het aantal te realiseren zorguren vast aan de hand van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. U hebt recht op ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over maximaal 10 dagen. Het kraamcentrum indiceert de benodigde uren. U kunt dit protocol vinden op www.siz.nl of telefonisch opvragen;

2. voor iedere dag ziekenhuisopname waarin kraamzorg al gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, brengt de zorgverzekeraar het gemiddelde aantal uren kraamzorg (dit is het aantal geïndiceerde uren kraamzorg verdeeld over 10 dagen) per dag in mindering;
3. als meerdere zorginstellingen (bijvoorbeeld ziekenhuis en kraamcentrum) voor dezelfde dag kraamzorg in rekening brengen, dan hebt u ook op deze dubbele dag recht op kraamzorg.

Let op:

Vraag kraamzorg ten minste vijf maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum aan via www.siz.nl of IZA Kraamzorg, telefoonnummer: 0900 - 899 85 00 (€ 0,10/min). Dan weet u zeker dat uw aanvraag tijdig kan worden verwerkt.

ARTIKEL 13. MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

Omschrijving:

U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. Onder medisch specialistische zorg is ook begrepen:

- zorg door een trombosedienst;
- second opinion door een medisch specialist;
- orthoptische zorg bij een lui oog (amblyopie), scheelzien (strabismus), dubbelzien (diplopie), zwakte van het oog (asthenopie) en brekingsafwijking (refractie-afwijking);
- de door optometristen gehanteerde diagnostische technieken in de oogheelkundige zorg;
- dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis;
- chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur;
- materialen die er toe bijdragen dat de medisch specialist geneeskundige zorg verleent, zoals genees-, verband- of hulpmiddelen;
- verpleging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat deze gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg. Deze zorg omvat niet verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg (zorg in de laatste levensfase);
- begeleiding bij het stoppen met roken. In artikel 11, onder omschrijving, punt 1 is aangegeven wat er onder deze zorg wordt verstaan.

U hebt geen recht op:

- a. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- b. behandelingen gericht op de sterilisatie (zowel man als vrouw);

- c. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie (zowel man als vrouw);
- d. behandelingen gericht op circumcisie.

Door:

medisch specialist. De orthoptische zorg mag ook worden verleend door een orthoptist.

Diagnostiek in de oogheekundige zorg mag ook worden verleend door een optometrist, als de gehanteerde diagnostische technieken behoren tot zijn deskundigheidsgebied.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging:

Ja.

Bijzonderheden:

1. de apparatuur en toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten vallen onder hulpmiddelenzorg, zie artikel 31, Hulpmiddelenzorg;
2. thuisdialyse apparatuur valt onder hulpmiddelenzorg, zie artikel 31, Hulpmiddelenzorg;
3. bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, worden uitgezonderd;
4. voor het recht op:
 - medisch specialistische zorg door een huisarts, zie artikel 11, Huisartsenzorg;
 - zorg zoals psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen die plegen te bieden, zie artikel 22, Specialistische GGZ;
 - mondzorg door een kaakchirurg, zie artikel 27, Tandheelkundige zorg en artikel 28, Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 22 jaar en ouder.

ARTIKEL 14. REVALIDATIE

Omschrijving:

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het

gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;

- u met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

- de quickscan, als onderdeel van de vroege interventie (vroeg ingrijpen) bij langdurige a-specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Met a-specifieke klachten worden die klachten bedoeld, waarvoor geen duidelijke oorzaak kan worden gevonden;
- oncologische revalidatie. Dit is zorg gericht op functionele, fysieke, psychische en sociale problemen die te maken hebben met kanker, inclusief nazorg en revalidatie die onderdeel uitmaakt van de oncologische zorg. Het gaat hierbij om het geven van advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte, herstel, conditieverbetering en het in stand houden van de conditie. Oncologische revalidatie moet zich richten op alle fasen waarin u zich kan bevinden (diagnose - behandeling - nazorg).

Door:

multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist. De quickscan zoals hiervoor omschreven moet onder leiding van een revalidatie-arts worden uitgevoerd.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

ARTIKEL 15. ERFELIJKHEIDSONDERZOEK

Omschrijving:

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat bij erfelijkheidsonderzoek: onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Als dit noodzakelijk is voor het advies aan u zal het onderzoek ook onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde omvatten. Aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Door:

Centrum voor erfelijkheidsadvies. Dit is een als zodanig toegelaten en vergunninghoudende instelling voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

ARTIKEL 16. IN-VITROFERTILISATIE (IVF) EN OVERIGE FERTILITEITSBEVORDERENDE BEHANDELINGEN

16.1. In-vitrofertilisatie (IVF)

Omschrijving:

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat bij in-vitrofertilisatie (IVF) maximaal de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap. Onder een gerealiseerde zwangerschap wordt verstaan een doorgaande zwangerschap van ten minste 10 weken gerekend vanaf het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij gecryopreserveerde embryo's (cryo's) geldt voor een doorgaande zwangerschap een termijn van ten minste 9 weken en 3 dagen na de implantatie.

Een IVF-poging, zijnde zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, houdt in:

- het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie);
- de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- het een of meerdere keren implanteren van een of twee embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.

Wanneer is er sprake van een IVF-poging?

Een IVF-poging wordt geacht te zijn begonnen wanneer:

- de geneesmiddelen zijn toegediend (fase a), en/of;
- een follikelpunctie heeft plaatsgevonden in de natuurlijke cyclus (fase b).

Een IVF-poging gaat pas tellen als er in fase b een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen) heeft plaatsgevonden.

Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken, tellen mee voor het aantal pogingen.

Het terugplaatsen van embryo's die zijn verkregen in een eerdere fase van de behandeling (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd), maakt deel uit van de IVF-poging waarmee de embryo's zijn verkregen.

Wanneer hebt u opnieuw recht op drie IVF-pogingen?

Na een doorgaande zwangerschap of een (levend) geboren kind, ontstaan met IVF, ontstaat opnieuw recht op drie pogingen bij een nieuwe zwangerschapswens, als er sprake is van ongewenste infertiliteit. Ook na een wisseling van partner met gezamenlijke onvruchtbaarheid (infertiliteit), bestaat opnieuw recht op een IVF-behandeltraject van drie pogingen.

Door:

gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling.

Verwijzing door:

gynaecoloog of uroloog.

Bijzonderheden:

- een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) en een IVF-behandeling, al dan niet met gebruikmaking van eiceldonatie, worden gelijkgesteld aan een IVF-poging. U hebt geen recht op (vergoeding van de kosten van) de eiceldonatie;
- voor het recht op geneesmiddelen die verband houden met de eerste, tweede en derde poging in-vitrofertilisatie (IVF), zie artikel 29, Geneesmiddelen.

Of u in aanmerking komt voor IVF, hangt af van uw persoonlijke situatie, bijvoorbeeld van uw leeftijd en hoe lang u al probeert zwanger te worden.

Wilt u naar het buitenland voor een IVF-behandeling? Neem vooraf contact op met de zorgverzekeraar, telefoonnummer: 0900 8019.

Als u in het buitenland woont, kunt u +31 (0) 24 329 7640 bellen.

16.2. Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

Omschrijving:

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat bij overige fertiliteitsbevorderende behandelingen: gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de fertiliteit bevorderen. Onder deze zorg wordt ook begrepen kunstmatige inseminatie.

Door:

gynaecoloog of uroloog.

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

Bijzonderheden:

voor het recht op geneesmiddelen die dienen ter bevordering van de vruchtbaarheid, zie artikel 29, Geneesmiddelen.

ARTIKEL 17. AUDIOLOGISCHE ZORG

Omschrijving:

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat bij audiologische zorg, zorg in verband met:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg als dit noodzakelijk is in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen.

Door:

multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een audiologisch centrum, onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Het audiologisch centrum moet als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZI).

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Bijzonderheden:

het recht op gehoorapparatuur is geregeld in artikel 31, Hulpmiddelenzorg.

ARTIKEL 18. PLASTISCHE EN/OF RECONSTRUCTIEVE CHIRURGIE

Omschrijving:

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, uitsluitend als deze strekt tot correctie van:

1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
3. verlamde of verslachte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
4. aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemtespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg en geslachtsorganen;
5. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit.

U hebt geen recht op:

- a. behandeling van verlamde of verslachte bovenoogleden als er geen sprake is van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.

Door:

medisch specialist.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging:

ja, met toelichting van de behandelend medisch specialist.

ARTIKEL 19. TRANSPLANTATIE VAN WEEFSELS EN ORGANEN

Omschrijving:

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat transplantaties van weefsels en organen, uitsluitend als de transplantatie is verricht in een land van de Europese Unie of EER-lidstaat.

Als de transplantatie wordt verricht in een ander land, dan hebt u alleen recht op deze zorg als de donor uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is en in dat land woont.

De in dit artikel genoemde zorg omvat ook de vergoeding van de kosten van:

- a. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- b. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c. het onderzoek, de conservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- d. de in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde zorg aan de donor, gedurende maximaal dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het

- transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die opname;
- e. het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, als dit medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld onder d;
 - f. het vervoer van en naar Nederland, gemaakt door een in het buitenland woonachtige donor, in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. De verblijfskosten in Nederland en gederfde inkomsten worden niet vergoed.

Door:
medisch specialist.

ARTIKEL 20. DYSLEXIEZORG

Omschrijving:

Een kind bij wie de zorg op zeven-, acht- of negenjarige leeftijd begint, en dat basisonderwijs volgt, heeft recht op zorg in verband met ernstige dyslexie. Onder deze zorg wordt verstaan het diagnosticeren en behandelen van deze kinderen met ernstige dyslexie volgens het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling. Dit protocol is een leidraad voor het diagnosticeren, indiceren en behandelen van cliënten met ernstige dyslexie met als doel het beschrijven van de optimale zorg voor cliënten met ernstige dyslexie, gebaseerd op de huidige wetenschappelijke, beroepsinhoudelijke en maatschappelijke inzichten.

U kunt het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling vinden op www.siz.nl of telefonisch opvragen, telefoonnummer 0900 8019.

Door:

Kinder- en jeugdpsycholoog, orthopedagoog-generalist of gezondheidszorgpsycholoog die werkt in een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een gezondheidszorgpsycholoog die is ingeschreven in het Register van het Nationaal Referentiecentrum Dyslexie (NRD) of die het keurmerk Kwaliteitsregister Dyslexie heeft.

De kinder- en jeugdpsycholoog moet ingeschreven zijn in het Register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). De orthopedagoog-generalist moet ingeschreven zijn in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

Verwijzing door:

leerkracht, remedial teacher, logopedist of andere leesspecialist verbonden aan de basisschool van het kind, met daarbij een onderwijskundig rapport waarin staat dat het kind 3 tot 6 maanden schoolse hulp heeft gehad voor dyslexie en een toelichting waarin aangegeven wordt dat op basis van het Protocol Leesproblemen en Dyslexie is vastgesteld dat verdere diagnostiek noodzakelijk is.

Het Protocol Leesproblemen en Dyslexie is een handreiking voor leerkrachten, remedial teachers, logopedisten en andere leesspecialisten van de groepen 1 tot en met 4. Doel van dit protocol is een zo goed mogelijke begeleiding van leerlingen met (dreigende) leesproblemen.

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ)

ARTIKEL 21. EERSTELIJNSPSYCHOLOGISCHE ZORG

Omschrijving:

U hebt recht op eerstelijnspsychologische zorg zoals klinisch psychologen deze plegen te bieden, tot maximaal acht zittingen per kalenderjaar. Onder eerstelijnspsychologische zorg wordt verstaan diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische aandoeningen/stoornissen.

Onder deze zorg wordt ook verstaan:

- preventie van problematisch alcoholgebruik, als het gaat om behandelingen die zijn gebaseerd op motiverende gespreksvoering en/of bewezen effectieve vormen van cognitieve gedragstherapie. Hieronder worden ook verstaan de programma's Minder drinken en De Drinktest die specifiek gericht zijn op preventie (en behandeling) van alcoholproblematiek.
- preventie van depressie als het gaat om cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie en problem solving therapy, eventueel in combinatie met psycho-educatie.
- U hebt recht op deze zorg bij een (beginnende) subklinische depressie. Hiervan is sprake als u één kernsymptoom, bijvoorbeeld een neerslachtige stemming, en maximaal drie andere symptomen van depressie hebt. Bijvoorbeeld een onregelde slaap, energiegebrek en een gebrek aan eetlust. Van een depressie is dan nog geen sprake;
- het programma Mindfulness based cognitive therapie (MBCT);
- behandeling van lichte tot matige depressies en angststoornissen. Het programma Beating the Blues mag worden ingezet bij deze zorg als het behandeling betreft van lichte tot matige depressies.

Voor de zorg die in dit artikel is opgenomen kunt u een persoonsgebonden budget (PGB) eerstelijnspsychologische zorg aanvragen, zodat u deze zorg zelf kunt inkopen. U moet hierbij wel voldoen aan de voorwaarden die zijn opgenomen in het Reglement persoonsgebonden budget eerstelijnspsychologische zorg SIZ.

Door:

Gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijnspsycholoog. Eerstelijnspsychologische zorg zoals beschreven in dit artikel voor verzekerden jonger dan 18 jaar mag ook worden verleend door een kinder- en jeugdpsycholoog of een orthopedagoog-generalist. Maakt u gebruik van een PGB eerstelijnspsychologische zorg dan mag de zorg ook worden verleend door een psycholoog, HBO-psycholoog, cognitief therapeut, gedragstherapeut, seksuoloog of arts.

De arts moet zijn ingeschreven in het Register van de Nederlandse vereniging voor verslavingsgeneeskunde (VVGn).

De cognitief therapeut moet als lid zijn ingeschreven bij de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT).

De eerstelijnspsycholoog moet ingeschreven zijn in het Register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

De gedragstherapeut moet als lid zijn ingeschreven bij de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT).

De HBO-psycholoog moet in het bezit zijn van een diploma HBO-psycholoog van een in Nederland erkende hogeschool.

De kinder- en jeugdpsycholoog moet ingeschreven zijn in het Register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

De orthopedagoog-generalist moet ingeschreven zijn in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogogen en onderwijskundigen (NVO).

De psycholoog moet ingeschreven zijn in het Register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

De seksuoloog moet ingeschreven zijn in het register van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS).

Eigen bijdrage:

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van € 10,- per zitting

Een zitting komt overeen met een consult. Afhankelijk van de zorg die wordt geboden, kan het ook voorkomen dat er een vijfde, een kwart, een halve of een dubbel consult in rekening wordt gebracht. Het aantal zittingen/consulten waarop u recht hebt en de hiervoor geldende eigen bijdrage wordt in dit geval naar rato berekend.

Voorbeelden:

- een e-mail consult telt als een kwart zitting. Hiervoor geldt dan een eigen bijdrage van $\frac{1}{4}$ van € 10,- = € 2,50;
- een consult relatietherapie telt als een halve zitting per partner. Hiervoor geldt dan een eigen bijdrage per partner van $\frac{1}{2}$ van € 10,- = € 5,-.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is het ook mogelijk dat de verwijzing plaatsvindt door het Bureau Jeugdzorg of door een arts of andere behandelaar, genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg, als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b, vijfde lid, van de AWBZ.

Bijzonderheden:

voor het recht op psychologisch onderzoek, diagnostiek en behandeling van complexe psychische aandoeningen/stoornissen, zie artikel 22, Specialistische GGZ.

ARTIKEL 22. SPECIALISTISCHE GGZ

Omschrijving:

U hebt recht op geneeskundige zorg zoals psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen deze plegen te bieden, met inbegrip van de daarmee gepaard gaande geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Onder deze zorg wordt verstaan diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen/stoornissen.

Door:

psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog, psychotherapeut en GGZ-instelling.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de Jeugdgezondheidszorg of medisch specialist. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van het Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar, genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg, als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b, vijfde lid, van de AWBZ.

PARAMEDISCHE ZORG

ARTIKEL 23. FYSIOTHERAPIE EN OEFENTHERAPIE CESAR/MENSENDIECK

Omschrijving:

U hebt recht op zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden. Onder deze zorg wordt ook oedeemtherapie verstaan. Jonger dan 18 jaar:

- U hebt recht op behandeling van aandoeningen die in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering staan. Houdt u er rekening mee

dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens bijlage 1.

- Gaat het om een aandoening die niet in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering staat? Dan hebt u per kalenderjaar recht op maximaal negen behandelingen per aandoening. Als u meer behandelingen nodig hebt, kan deze zorg nog worden verlengd met maximaal negen behandelingen.

18 jaar en ouder:

- U hebt vanaf de tiende behandeling recht op behandeling van aandoeningen die in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering staan. Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens bijlage 1.
- U hebt geen aanspraak op de eerste negen behandelingen. De kosten hiervan krijgt u mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleegt u voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering kunt u vinden op www.siz.nl of telefonisch opvragen, telefoonnummer: 0900 8019.

Door:

fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut, heilgymnast-masseur, oefentherapeut Cesar/Mensendieck, kindersfysiotherapeut, kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck, manueel therapeut, oedeemtherapeut of bekkenfysiotherapeut.

Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut.

De geriatrisch fysiotherapeut, kindersfysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut en bekkenfysiotherapeut moeten zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

De kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck moet zijn ingeschreven in het Register van verbijzonderde oefentherapeuten Cesar/Mensendieck. De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist, voor behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen.

Machtiging:

ja, voor behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen.

Bijzonderheden:

met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld:

- arbocuratieve of reïntegratietrajecten;

- behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

ARTIKEL 24. LOGOPEDIE

Omschrijving:

U hebt recht op zorg zoals logopedisten deze plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. De Hanen Oudercursus valt ook onder deze zorg.

Door:

logopedist. Logopedie voor afasie, preverbaal, stotteren en De Hanen Oudercursus moet worden verleend door een gespecialiseerde logopedist. Specifieke stottertherapie mag ook worden verleend door een stottertherapeut die is ingeschreven bij de Nederlandse Vereniging voor Stottertherapie (NVST).

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts, tandarts, orthodontist, medisch specialist of kaakchirurg. Voor specifieke stottertherapie is een toelichting nodig van de verwijzer.

Bijzonderheden:

met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld logopedische behandelingen in verband met:

- dyslexie;
- taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid;
- behandeling in verband met beroepsuitoefening, bijvoorbeeld voor musici;
- spreken in het openbaar;
- voordrachtskunst.

ARTIKEL 25. ERGOTHERAPIE

Omschrijving:

U hebt recht op zorg zoals ergotherapeuten deze plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg het doel heeft uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen, tot maximaal 10 behandeluren per kalenderjaar.

Door:
ergotherapeut.

Verwijzing door:
huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

ARTIKEL 26. DIEETADVISING

Omschrijving:
U hebt recht op voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden, tot maximaal 4 behandeluren per kalenderjaar.

Door:
diëtist.

Verwijzing door:
huisarts, bedrijfsarts, tandarts, medisch specialist of kaakchirurg.

MONDZORG

ARTIKEL 27. TANDHEELKUNDIGE ZORG

27.1. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 22 jaar

Omschrijving:
U hebt recht op zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. De zorg omvat de volgende verrichtingen/behandelingen:

1. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per kalenderjaar. Als de zorgaanbieder dit nodig vindt, hebt u meer keren per jaar recht op een periodiek preventief onderzoek;
2. incidenteel tandheelkundig consult;
3. het verwijderen van tandsteen;
4. fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per kalenderjaar. Als de zorgaanbieder dit nodig vindt, hebt u meer keren per jaar recht op een fluorideapplicatie;
5. sealing;
6. parodontale hulp;
7. anesthesie;
8. endodontische hulp;
9. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
10. gnathologische hulp;
11. uitneembare prothetische voorzieningen;

12. tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, als het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, of omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
13. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
14. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

Door:
tandarts, kaakchirurg of instelling voor jeugdtandverzorging. Als de aangegeven zorg behoort tot het deskundigheidsgebied van de betreffende zorgaanbieder, mag de zorg ook worden verleend door een mondhygiënist of tandprotheticus.

Machtiging:
nee, tenzij sprake is van zorg zoals opgenomen onder omschrijving, punt 12.

27.2. Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Omschrijving:
U hebt recht op zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

1. als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt dat u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die die u zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.
U hebt ook recht op het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur als deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese. Dit recht hebt u alleen als sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak;
2. als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt en u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die die u zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan, of;
3. als een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die die u zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

Orthodontische hulp is alleen begrepen onder de zorg zoals genoemd in dit artikel onder omschrijving, punt 1 tot en met 3, als er sprake is

van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Door:

tandarts of orthodontist verbonden aan een Centrum voor bijzondere tandheelkunde, tandarts-implantoloog, orthodontist met aantoonbare specifieke deskundigheid en ervaring of kaakchirurg.

Een Centrum voor bijzondere tandheelkunde is een universitair of een door de zorgverzekeraar daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

De tandarts-implantoloog moet voldoen aan de eisen voor erkenning als implantoloog van de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) of door de zorgverzekeraar daarmee gelijk gestelde eisen.

Eigen bijdrage:

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd voor de zorg die omschreven is onder omschrijving, punt 1 en 2:

- als u 22 jaar of ouder bent voor zorg die wordt verleend vanwege extreme angst voor mondzorg. De eigen bijdrage geldt alleen voor preventief onderzoek, een incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitsellemen met plastische materialen of uitneembare niet-volledige prothetische voorzieningen. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening mag worden gebracht als er geen sprake is van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen;
- van € 125,- per kaak voor een uitneembare volledige prothetische voorziening. Deze eigen bijdrage geldt ook als deze voorziening wordt geplaatst op tandheelkundige implantaten.

Verwijzing door:

tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Machtiging:

ja.

Hebt u vragen over mondzorg? U kunt op www.cvz.nl/zorgpakket/mondzorg een toelichting vinden. U kunt ook contact opnemen met de zorgverzekeraar, telefoonnummer: 0900 8019.

27.3. Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) voor verzekerden van 22 jaar en ouder

Omschrijving:

U hebt recht op chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van het tandheelkundig implantaat. Onder chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard wordt begrepen de tandheelkundige hulp die wordt verleend door een tandarts met een registratie voor mondziekten en kaakchirurgie.

Door:

kaakchirurg. Als de aangegeven zorg behoort tot het deskundigheidsgebied van de betreffende zorgaanbieder, mag de zorg ook worden verleend door een tandarts met een registratie voor mondziekten en kaakchirurgie.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

ARTIKEL 28. PROTHETISCHE VOORZIENINGEN VOOR VERZEKERDEN VAN 22 JAAR EN OUDER

Omschrijving:

U hebt recht op een uitneembare volledige prothetische voorziening voor de boven- of onderkaak. Hieronder wordt verstaan een volledige immediaatprothese, een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese, het repareren en het rebasen van een bestaande uitneembare volledige boven- en/of onderprothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese.

Door:

tandarts of kaakchirurg. Als dit behoort tot zijn deskundigheidsgebied, mag de prothetische voorziening ook worden geleverd door een tandprotheticus.

Eigen bijdrage:

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van 25% van de kosten. U bent geen eigen bijdrage verschuldigd voor het repareren en rebasen van prothesen.

Machtiging:

In de volgende gevallen is een machtiging vereist:

- als de totale kosten van de prothetische voorziening, vervaardigd en geplaatst door een tandarts of kaakchirurg, inclusief techniekkosten, meer bedragen dan:
 - € 650,- voor een bovenkaak (UPT-code P21);
 - € 750,- voor een onderkaak (UPT-code P25);
 - € 1.200,- voor een boven- en onderkaak (UPT-code P30);
- als de totale kosten van de prothetische voorziening, vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus, inclusief techniekkosten, meer bedragen dan:
 - € 575,- voor een bovenkaak (UPT-code P21);
 - € 700,- voor een onderkaak (UPT-code P25);
 - € 1.050,- voor een boven- en onderkaak (UPT-code P30);
- als de volledige vervangingsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen.

Bijzonderheden:

voor het recht op een uitneembare volledige prothetische voorziening of een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, als onderdeel van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, zie artikel 27.2, Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen.

FARMACEUTISCHE ZORG

ARTIKEL 29. GENEESMIDDELEN

Omschrijving:

U hebt recht op levering van:

- de door de zorgverzekeraar op basis van de Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
- een ander bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerd geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor u medisch niet verantwoord is;
- andere geneesmiddelen als bedoeld in de Geneesmiddelenwet, op voorwaarde dat het rationele farmacotherapie betreft, zoals omschreven in artikel 2.8, eerste lid, onder b van het Besluit zorgverzekering.

Per voorschrift hebt u recht op geneesmiddelen voor een periode zoals vastgesteld in het Reglement farmaceutische zorg SIZ.

Geleverd door:

apotheker of apotheehoudend huisarts.

Eigen bijdrage:

voor sommige geneesmiddelen bent u een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd.

Voorschrift:

huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging:

voor bepaalde geneesmiddelen zoals bepaald in het Reglement farmaceutische zorg SIZ.

Bijzonderheden:

- de aanwijzing van de onder de omschrijving, punt 1 genoemde geneesmiddelen door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen ten minste één geneesmiddel voor u beschikbaar is. Een overzicht van de door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddelen is opgenomen in bijlage B van het Reglement farmaceutische zorg SIZ;
- farmaceutische zorg omvat geen:
 - farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
 - geneesmiddelen ingeval van ziekterisico bij reizen;
 - geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
 - geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die zijn opgenomen in de Beleidsregel dure geneesmiddelen van de Nederlandse zorgautoriteit worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg. Voor het recht op deze geneesmiddelen, zie artikel 13, Medisch specialistische zorg.

U kunt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement farmaceutische zorg SIZ vinden op www.siz.nl of telefonisch opvragen, telefoonnummer: 0900 8019.

ARTIKEL 30. DIEETPREPARATEN

Omschrijving:

U hebt recht op polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. U hebt alleen recht op deze dieetpreparaten als u niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u:

- lijdt aan een stofwisselingsstoornis;
- lijdt aan een voedselallergie;
- lijdt aan een resorptiestoornis;
- lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of;
- daarop bent aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

Geleverd door:

voorkeursleveranciers Sorgente in Houten (voor alle dieetvoeding) of Tefa Portanje B.V. in Woerden (voor sondevoeding). U kunt voor dieet- en sondevoeding ook bij uw apotheker of apotheehoudend huisarts terecht.

Telefoonnummer Sorgente: (030) 634 62 62.

Telefoonnummer Tefa-Portanje B.V.: (0348) 49 57 77.

Voorschrift:

diëtist, huisarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging:

ja.

HULPMIDDELENZORG

ARTIKEL 31. HULPMIDDELEN EN VERBANDMIDDELEN

Omschrijving:

U hebt recht op functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Volgens het Reglement hulpmiddelen SIZ omvat het recht in bepaalde gevallen de verstrekking van hulpmiddelen in bruikleen. In het Reglement hulpmiddelen SIZ kunt u vinden op welke hulpmiddelen u recht hebt en of het hulpmiddel in eigendom of bruikleen wordt verstrekt.

Door:

zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen SIZ.

Eigen bijdrage/maximale vergoeding:

voor de hulpmiddelen waarvoor een wettelijke eigen bijdrage of maximumvergoeding geldt, is het bedrag opgenomen in het Reglement hulpmiddelen SIZ.

Voorschrift:

zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen SIZ.

Machtiging:

zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen SIZ.

U kunt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen SIZ vinden op www.siz.nl of telefonisch opvragen, telefoonnummer: 0900 8019.

VERBLIJF IN EEN INSTELLING

ARTIKEL 32. VERBLIJF

Omschrijving:

U hebt recht op medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met verloskundige zorg, medisch specialistische zorg, specialistische GGZ en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een periode van maximaal 365 dagen, zoals omschreven in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Waar:

in een ziekenhuis, een psychiatrisch ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, revalidatie-instelling of zorghotel dat voldoet aan de eisen zoals de Wet toelating zorginstellingen deze stelt aan een instelling.

Voorschrift:

de medische noodzaak wordt vastgesteld door de verloskundige, medisch specialist, psychiater/zenuwarts of kaakchirurg.

Bijzonderheden:

onderbrekingen van maximaal dertig dagen worden niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de hiervoor genoemde 365 dagen. Onderbrekingen door weekend- en vakantieverlof tellen wél mee voor de berekening van de 365 dagen.

ZIEKENVERVOER

ARTIKEL 33. AMBULANCEVERVOER EN ZITTEND ZIEKENVERVOER

Omschrijving:

U hebt recht op:

1. medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis:
 - a. naar een zorgaanbieder of een instelling voor zorg, waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de zorgverzekering;
 - b. naar een instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ gaat verblijven;
 - c. vanuit een AWBZ-instelling, bedoeld in dit artikel onder omschrijving, punt 1b, naar:
 - een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling dat geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ komt;
 - een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ komt;
 - d. naar uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen als u van een van de zorgaanbieders of instellingen komt, bedoeld in dit artikel onder omschrijving punt 1a, b of c;

Ambulancevoer is vervoer van zieken en ongevalsloffers en hun begeleiders met ambulance-auto's.

2. zittend ziekenvervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis. Dit is ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een zorgaanbieder, instelling of woning, als bedoeld onder punt 1.

U hebt dit recht uitsluitend in de volgende situaties:

- a. u moet nierdialyses ondergaan;
- b. u moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;
- c. u kunt zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;
- d. uw gezichtsvermogen is zodanig beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;
- e. u bent voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen op vervoer en het niet strekken of vergoeden van dat vervoer zal voor u leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule). Deze hardheidsclausule geldt per jaar.

U kunt onder andere in aanmerking komen voor de hardheidsclausule als de uitkomst van de rekensom 'aantal aaneengesloten maanden (maximaal 12) dat vervoer noodzakelijk is X aantal maal per week X aantal km enkele reis' groter of gelijk is aan 250.
Voorbeeld: 5 maanden X 2 maal per week X 25 km enkele reis = 250.

Het ziekenvervoer zoals opgenomen in dit artikel omvat ook vervoer van een begeleider, als er begeleiding noodzakelijk is, of als het begeleiding betreft van kinderen jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar vervoer van twee begeleiders toestaan.

Door:

1. ambulancevervoer: vergunninghoudende ambulancevervoerder;
2. zittend ziekenvervoer:
 - taxivervoerder;
 - openbaar vervoerder. Vergoeding is gebaseerd op basis van OV-kaart, 2e klasse;
 - eigen vervoer met een particuliere auto door uzelf of mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving): vergoeding van € 0,25 per kilometer.

Eigen bijdrage:

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van maximaal € 91,- per kalenderjaar voor zittend ziekenvervoer. Er geldt geen eigen bijdrage voor ambulancevervoer.

Voorschrift:

huisarts of medisch specialist. U hebt geen voorschrift nodig voor ambulancevervoer in spoedgevallen.

Machtiging:

Ja, alleen voor zittend ziekenvervoer.

U kunt met het Formulier medische verklaring zittend ziekenvervoer een machtiging aanvragen. Dit formulier kunt u vinden op www.siz.nl of telefonisch opvragen, telefoonnummer: 0900 8019.

Bijzonderheden:

1. als de zorgverzekeraar toestemming geeft dat u zich wendt tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet;
2. in gevallen waarin ziekenvervoer per ambulance, auto of een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kan de zorgverzekeraar toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door de zorgverzekeraar aan te geven vervoermiddel.

ZORGBEMIDDELING

ARTIKEL 34. ZORG- EN WACHTLIJST- BEMIDDELING

Omschrijving:

U hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens de SIZ Standaardverzekering. U kunt voor deze zorgbemiddeling een beroep doen op de afdeling Zorgadvies en bemiddeling van de zorgverzekeraar.

U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. De zorgverzekeraar bekijkt samen met u welke mogelijkheden er zijn.

Als er geen oplossing kan worden geboden of als de zorg door deze oplossing niet-tijdig kan worden geleverd, mag u gebruik maken van een zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten. De kosten van deze niet-gecontracteerde zorgaanbieder vergoedt de zorgverzekeraar tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

III. Begripsomschrijvingen

AWBZ: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

AWBZ-instelling: een als zodanig toegelaten instelling waarin de verzekerde voor rekening van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld.

Collectieve overeenkomst: een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering gesloten tussen de zorgverzekeraar en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een SIZ Standaardverzekering en eventuele SIZ aanvullende verzekeringen te sluiten.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC): een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medische specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 365 dagen.

Eigen bijdrage: een vastgesteld bedrag/aandeel op de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanspraken op (vergoeding van de kosten van) zorg, welke u zelf dient te dragen alvorens recht bestaat op (vergoeding van de kosten van) het resterende deel van de zorg.

Eigen risico:

1. verplicht eigen risico: een bedrag aan kosten van zorg of overige diensten als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, dat voor uw rekening blijft;
2. vrijwillig eigen risico: een door u als verzekeringnemer met de zorgverzekeraar als onderdeel van de SIZ Standaardverzekering overeengekomen bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, dat u voor uw rekening zal nemen.

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.

Fraude: het plegen of trachten te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, verzwijging van feiten die voor de uitvoering van de verzekering van belang kunnen zijn, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering 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 voorwendselen.

GGZ: Geestelijke gezondheidszorg.

GGZ-instellingen: instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren, en als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

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.

Machtiging: een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens de zorgverzekeraar voor u wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

SIZ: Stichting IZA Ziektekostenverzekeringen.

SIZ Standaardverzekering, variant Natura/SIZ Standaardverzekering: een tussen de zorgverzekeraar en de verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering.

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

Verblijf: verblijf met een duur van 24 uur of langer.

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.

Verzekerde: degene wiens risico van behoefte aan geneeskundige zorg, als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, door een zorgverzekering wordt gedekt en die als zodanig op het polisblad, afgegeven door de zorgverzekeraar, is vermeld.

Verzekeringnemer: degene die met de zorgverzekeraar een zorgverzekering heeft gesloten. In deze verzekeringsvoorwaarden worden de verzekeringnemer en verzekerde aangeduid met 'u'. Als alleen de verzekeringnemer wordt bedoeld, wordt dit in het betreffende artikel specifiek aangegeven.

Verzekeringplichtige: degene die op grond van de Zorgverzekeringswet verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren.

Verzekeringsvoorwaarden SIZ Standaardverzekering, variant Natura / verzekeringsvoorwaarden: de modelovereenkomst als bedoeld in artikel 1j van de Zorgverzekeringswet van de zorgverzekeraar.

Voorkeursleverancier: een leverancier waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten en waarmee specifieke afspraken zijn gemaakt.

Wmg-tarieven: tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

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.

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.

Zorg: zorg of overige diensten.

Zorghotel: een hotel dat voldoet aan de eisen zoals de Wet toelating zorginstellingen deze stelt aan een instelling.

Zorgpolis: de akte waarin de tussen de verzekeringnemer en de zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering is vastgelegd.

Zorgverzekeraar, de: VGZ Zorgverzekeraar NV, gevestigd in Nijmegen, die deze zorgverzekeringen aanbiedt of uitvoert. VGZ Zorgverzekeraar NV is een onderdeel van de Coöperatie VGZ-IZA-Trias-Groep U.A.

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 krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.

IV. Trefwoordenregister

Omschrijving	Artikelnummer	Omschrijving	Artikelnummer
A		F	
Algemene bepalingen	2	Farmaceutische zorg, geneesmiddelen en dieetpreparaten	29, 30
Ambulancevervoer	33	Fertiliteitbevorderende behandelingen in-vitrofertilisatie (IVF)	16
Apotheekhoudend huisarts	29, 30	Fraude	2.4
Apotheker	29, 30	Fysiotherapeut	23
Arts	21	Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck	23
Audiologische zorg, audiologisch centrum	17	G	
Auto, vervoer met eigen	33	Gebitsprothese	28
AWBZ, AWBZ-instelling	33	Gedragstherapeut	21
B		Geestelijke gezondheidszorg	21, 22
Begin, duur en beëindiging van de SIZ Standaardverzekering	6	Gehoорapparatuur	17
Begripsomschrijvingen	Hfd. III	Gehoорfunctie, onderzoek	17
Bekkenfysiotherapeut	23	Geneeskundige zorg	11 t/m 20
Bemiddeling, zorg- en wachtlijstbemiddeling	34	Geneesmiddelen	29
Bevalling	12	Geschillen, klachten en geschillen	10
Bijzondere tandheekkunde	27.2	Gezondheidszorgpsycholoog	21
Buitenland	9	GGZ	21, 22
C		GGZ-instelling	22
Centrum voor bijzondere tandheekkunde	27.2	H	
Centrum voor erfelijkheidsadvies	15	Huidtherapeut	23
Cesar/Mensendieck, oefentherapie	23	Huisarts, huisartsenzorg	11
Chirurgische tandheekkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) voor verzekerden van 22 jaar en ouder	27.3	Hulpmiddelen, hulpmiddelenzorg	31
Chronisch intermitterende beademing	13	I	
Circumcisie	13	ICSI	16
Cognitief therapeut	21	Implantaten	27, 28
Collectieve overeenkomst	3, 6	Instelling	32
Coöperatie	2	In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen	16
Counseling	12	K	
D		Kaakchirurg, kaakchirurgie	27.3
Dieetadvisering, diëtist	26	Kinderfysiotherapie, -therapeut	23
Dieetpreparaten	30	Kinder- en jeugdpsycholoog	21
DNA-onderzoek	15	Klachten en geschillen	10
Donor	19	Klinisch psycholoog	22
Dyslexiezorg	20	Kraamzorg	12
E		L	
Eigen risico, verplicht en vrijwillig eigen risico	7, 8	Logopedie, logopedist	24
Eerstelijnspsychologische zorg, eerstelijnspsycholoog	21		
Erfelijkheidsonderzoek, centrum voor erfelijkheidsadvies	15		
Ergotherapeut, ergotherapie	25		
EU- (Europese Unie) en EER-lidstaat	9		

Omschrijving	Artikelnummer	Omschrijving	Artikelnummer
M		T	
Machtiging	1, 9	Sterilisatie	13
Manuele therapie, manueel therapeut	23	Stoppen met roken, begeleiding bij	11, 13
Medicijnen, zie geneesmiddelen		Stottertherapeut	24
Medisch specialistische zorg, medisch specialist	13	Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)	12
Mensendieck, oefentherapie	23	T	
Mondhygiënist	27.1	Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 22 jaar	27.1
Mondzorg	27, 28	Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen	27.2
O		Tandprotheticus	27.1, 28
Oedeemtherapie, oedeemtherapeut	23	Taxivervoer	33
Oefentherapie, oefentherapeut Cesar/Mensendieck	23	Thuisdialyse	13
Optometrist	13	Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland	9
Orgaantransplantatie	19	Transplantatie van weefsels en organen	19
Orthodontische zorg, orthodontist	27.2	Trombosedienst	13
Orthoptist	13	U	
Orthopedagoog-Generalist	20, 21	Uitsluitingen	1.11
Overige verplichtingen	4	V	
Overzicht vrijstelling eigen risico	2, 7	Vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	9
P		Verblijf, verblijf in een instelling	32
Paramedische zorg	23 t/m 26	Verdragsland	9
Persoonsgebonden budget (PGB) eerstelijnspsychologische zorg	21	Verloskamer	12
Plastische en/of reconstructieve chirurgie	18	Verloskundige zorg, verloskundige	12
Preconceptiezorg	11, 12	Verpleegkundige	11, 13
Premie	3	Verplichtingen, overige	4
Premie(grondslag) en voorwaarden	5	Vervoer, zie ziekenvervoer	
Prenatale screening	12	Verwijzing, voorschrift of machtiging	1.9
Prothetische voorzieningen	27.1, 28	Verwijzing en/of machtigingsvereiste, buitenland	9
Psychiater/zenuwarts	22	W	
Psychotherapeut	22	Wachtnijstbemiddeling, Zorg- en wachtlijstbemiddeling	34
R		Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden	5
Reglement farmaceutische zorg SIZ	2, 7, 29	Z	
Reglement hulpmiddelen SIZ	2, 31	Ziekenhuis	12, 13, 14, 19, 32
Reglement persoonsgebonden budget eerstelijnspsychologische zorg SIZ	2, 21	Ziekenvervoer, ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer	33
Revalidatie, revalidatie-instelling	14	Zorgbemiddeling, zorg- en wachtlijstbemiddeling	34
S		Zorgpolis	2
Second opinion door een medisch specialist	13		
Seksuoloog	21		
SIZ-alarmcentrale	9		
Specialist, medisch, medisch specialistische zorg	13		
Specialistische GGZ	22		



Stichting IZA Ziektekostenverzekeringen • Postbus 25214 • 5600 RS Eindhoven

SIZ heeft de uitvoering van haar zorgverzekeringen belegd bij VGZ Zorgverzekeraar N.V., statutair gevestigd te Nijmegen, KvK 09156723