

# Verzekeringsvoorwaarden IZZ 2011

IZZ Basispakket, variant Natura en  
Aanvullende verzekeringen

## Belangrijke telefoonnummers en adressen:

- Klantenservice: 0900 - 0274 (lokaal tarief)  
De Klantenservice van Zorgverzekeraar IZZ heeft gespecialiseerde medewerkers paraat staan om uw vragen goed te beantwoorden. Wij zijn elke werkdag bereikbaar van 8.00 tot 20.00 uur en op zaterdag van 9.00 tot 13.00 uur.
- Aanvragen toestemming: U kunt uw aanvraag voor toestemming van een behandeling sturen naar:  
Zorgverzekeraar IZZ  
Postbus 25150  
5600 RS Eindhoven
- Aanvragen hulp bij het huishouden en kinderopvang: 040 - 297 53 13 (lokaal tarief)
- Overzicht gecontracteerde zorgaanbieders: 0900 - 0274 (lokaal tarief)  
Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders is ook te raadplegen via [www.izz.nl/zorggids](http://www.izz.nl/zorggids).
- IZZ Gezondheidslijn: 0900 - 4 994 999 (€ 0,10/min)
- IZZ Alarmcentrale: +31 (0)70 314 51 65 (+= internationaal toegangsnummer)
- IZZ Kraamzorg: 0900 - 222 32 42 (€ 0,10/min)
- Vervoer: opvragen Formulier Verklaring Zittend Ziekervoer: 0900 - 0274 (lokaal tarief)
- Zorgadvies en bemiddeling: 0900 - 0274 (lokaal tarief)

## Welkom bij Zorgverzekeraar IZZ

Wie in de zorg werkt, is bijzonder. Dus wij hebben zorg voor uw zorg, zonder winstoogmerk!

In deze verzekeringsvoorwaarden leest u alles over uw zorgverzekeringen van IZZ. Om het vinden van de juiste informatie eenvoudiger te maken, kunt u gebruik maken van de inhoudsopgave. Daar vindt u snel welke behandelingen vergoed worden. Daarnaast hebben wij voor uw gemak tekstblokken opgenomen in deze voorwaarden met een nadere uitleg of toelichting.

De telefoonnummers en adressen die voor u van belang zijn, hebben wij op deze pagina op een rij gezet.

U kunt de informatie over uw zorgverzekeringen van IZZ ook vinden op onze website: [www.izz.nl](http://www.izz.nl).

Met vriendelijke groeten,  
Zorgverzekeraar IZZ

# Inhoudsopgave

## Deel 1

### IZZ Basispakket, variant Natura

<b>I. Algemeen gedeelte</b>	<b>8</b>	<b>Farmaceutische zorg</b>	<b>26</b>
Artikel 1. Verzekerde zorg	8	Artikel 30. Geneesmiddelen	26
Artikel 2. Algemene bepalingen	10	Artikel 31. Dieetpreparaten	27
Artikel 3. Premie	11	<b>Hulpmiddelenzorg</b>	<b>28</b>
Artikel 4. Overige verplichtingen	12	Artikel 32. Hulpmiddelen en verbandmiddelen	28
Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden	12	<b>Verblijf in een instelling</b>	<b>29</b>
Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van het IZZ Basispakket	12	Artikel 33. Verblijf	29
Artikel 7. Verplicht eigen risico	13	<b>Ziekenvervoer</b>	<b>29</b>
Artikel 8. Vrijwillig eigen risico	14	Artikel 34. Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer	29
Artikel 9. Buitenland	14	<b>Zorgbemiddeling</b>	<b>30</b>
Artikel 10. Klachten en geschillen	15	Artikel 35. Zorg- en wachtlijstbemiddeling	30
<b>II. Zorgartikelen</b>	<b>16</b>	<b>III. Begripsomschrijvingen</b>	<b>30</b>
<b>Geneeskundige zorg</b>	<b>16</b>		
Artikel 11. Huisartsenzorg	16		
Artikel 12. Verloskundige zorg en kraamzorg	16		
Artikel 13. Medisch specialistische zorg	17		
Artikel 14. Revalidatie	18		
Artikel 15. Erfelijkheidsonderzoek	19		
Artikel 16. In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen	19		
Artikel 17. Audiologische zorg	19		
Artikel 18. Plastische en/of reconstructieve chirurgie	20		
Artikel 19. Transplantatie van weefsels en organen	21		
Artikel 20. Dyslexiezorg	21		
Artikel 21. Stoppen-met-rokenprogramma	22		
<b>Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)</b>	<b>22</b>		
Artikel 22. Eerstelijnspsychologische zorg	22		
Artikel 23. Specialistische GGZ	23		
<b>Paramedische zorg</b>	<b>23</b>		
Artikel 24. Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck	23		
Artikel 25. Logopedie	24		
Artikel 26. Ergotherapie	24		
Artikel 27. Dieetadvisering	25		
<b>Mondzorg</b>	<b>25</b>		
Artikel 28. Tandheelkundige zorg	25		
Artikel 29. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder	26		

## Deel 2

### Aanvullende verzekeringen

<b>I. Algemeen gedeelte</b>	<b>34</b>		
Artikel 1. Verzekerde zorg	34		
Artikel 2. Algemene bepalingen	35		
Artikel 3. Premie	36		
Artikel 4. Wijziging premie en voorwaarden	37		
Artikel 5. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekeringen	37		
Artikel 6. Overige verplichtingen	37		
Artikel 7. Klachten en geschillen	38		
Artikel 8. Zorg- en wachtlijstbemiddeling	39		
<b>II. IZZ Bijzonder Bewust</b>	<b>39</b>		
Artikel 1. Beweegzorg (fysiotherapie en bewegingstherapie)	39		
Artikel 2. Brillen, contactlenzen, ooglaserverrichting of lensimplantaties	40		
Artikel 3. Preventieve en curatieve tandheelkundige zorg	40		
<b>III. Basisaanvullende regeling</b>	<b>41</b>		
Artikel 1. Beweegzorg (fysiotherapie en bewegingstherapie)	41		
Artikel 2. Besnijdenis (Medische circumcisie)	41		
Artikel 3. Brillen, contactlenzen, ooglaserverrichting of lensimplantaties	41		
Artikel 4. Groepsrevalidatie en groepstherapie voor patiënten met kanker	42		
Artikel 5. IZZ FitKit	42		
5.1. Cursussen, voorlichting en trainingen	42		
5.2. Vaccinatie	42		
5.3. Sportgeneeskunde	42		
5.4. Zorg voor vrouwen in de overgang	42		
5.5. Incontinentiezorg	42		
5.6. Dieetadvisering	43		
5.7. IZZ Lijf & Leden	43		
5.8. Preventief psychologisch consult	43		
Artikel 6. Krukken	43		
Artikel 7. Orthodontie	43		
Artikel 8. Plastische chirurgie	43		
8.1. Correctie van oorschelpen	43		
8.2. Ooglidcorrectie	44		
Artikel 9. Preventieve en curatieve tandheelkundige zorg	44		
Artikel 10. Sterilisatie	44		
Artikel 11. Vervoer in verband met transplantatie van organen	44		
<b>IV. Regeling extra vergoedingen</b>	<b>45</b>		
Artikel 1. Alternatieve zorg	45		
Artikel 2. Beweegzorg (fysiotherapie en bewegingstherapie)	45		
Artikel 3. Buitenland	45		
Artikel 4. Huidbehandelingen	46		
4.1. Acnebehandeling	46		
4.2. Camouflagetherapie	46		
4.3. Epilatie	46		
4.4. Psoriasisbehandeling	46		
Artikel 5. Hulp bij het huishouden	46		
Artikel 6. Hulpmiddelen	47		
6.1. Hoortoestellen	47		
6.2. Mammaprothese	47		
6.3. Pruik	47		
6.4. Schoenen	47		
6.5. Wekapparatuur / plaswaker	47		
Artikel 7. Orthodontie	47		
Artikel 8. Tandheelkundige zorg	47		
8.1. Kronen en bruggen	47		
8.2. Implantaten in de niet-tandeloze kaak	48		
8.3. Frameprothese	48		
8.4. Overige prothetische voorzieningen	48		
Artikel 9. Verblijf	48		
9.1. Herstellingsoorden en zorghotels	48		
9.2. Hospice	48		
9.3. Therapeutisch vakantiecamp voor verzekerden jonger dan 18 jaar	49		
Artikel 10. Verloskundige zorg en kraamzorg	49		
10.1. Verloskundige zorg	49		
10.2. Kraampakket	49		
10.3. Eigen bijdrage kraamzorg	49		
10.4. Kraamzorg bij adoptie	49		
10.5. Extra kraamzorg moeder en pasgeborene	49		
10.6. Problemen met borstvoeding	49		
10.7. Elektrische borstkolf	50		
10.8. GeboorteTENS	50		
Artikel 11. Vitamines	50		
<b>V. Regeling aanvullende vergoedingen, Pakket 1</b>	<b>50</b>		
Artikel 1. Alternatieve zorg	50		
Artikel 2. Beweegzorg (fysiotherapie en bewegingstherapie)	50		
Artikel 3. Buitenland	51		
Artikel 4. Huidbehandelingen	51		
4.1. Acnebehandeling	51		
4.2. Camouflagetherapie	51		
4.3. Epilatie	51		
4.4. Psoriasisbehandeling	51		
Artikel 5. Hulp bij het huishouden	52		
Artikel 6. Hulpmiddelen	52		
6.1. Hoortoestellen	52		
6.2. Mammaprothese	52		
6.3. Pruik	52		
6.4. Schoenen	52		
6.5. Wekapparatuur / plaswaker	53		
Artikel 7. Kuuroord	53		
Artikel 8. Orthodontie	53		
Artikel 9. Reizen	53		
Artikel 10. Stottertherapie	53		
Artikel 11. Tandheelkundige zorg	53		
11.1. Opbouw	53		
11.2. Kronen en bruggen	54		
11.3. Implantaten in de niet-tandeloze kaak	54		
11.4. Frameprothese	54		
11.5. Overige prothetische voorzieningen	54		
Artikel 12. Verblijf	54		
12.1. Herstellingsoorden en zorghotels	54		
12.2. Hospice	55		
12.3. Therapeutisch vakantiecamp voor verzekerden jonger dan 18 jaar	55		
12.4. Logeershuis Ronald McDonald/Kiwanis, gastenverblijf Ter Weijde	55		
Artikel 13. Verloskundige zorg en kraamzorg	55		
13.1. Verloskundige zorg	55		

13.2. Kraampakket	55
13.3. Eigen bijdrage kraamzorg	55
13.4. Kraamzorg bij adoptie	55
13.5. Extra kraamzorg moeder en pasgeborene	56
13.6. Problemen met borstvoeding	56
13.7. Elektrische borstkolf	56
13.8. GeboorteTENS	56
Artikel 14. Vitamines	56

## **VI. Regeling aanvullende vergoedingen, Pakket 2** **57**

Artikel 1. Alternatieve zorg	57
Artikel 2. Anticonceptie	
Artikel 3. Bewegezorg (fysiotherapie en bewegingstherapie)	57
Artikel 4. Brillen, contactlenzen, ooglaserbehandeling of lensimplantaties	58
Artikel 5. Buikwandcorrectie	58
Artikel 6. Buitenland	58
Artikel 7. Eerstelijnspsychologische zorg	58
Artikel 8. Huidbehandelingen	59
8.1. Acnebehandeling	59
8.2. Camouflagetherapie	59
8.3. Epilatie	59
8.4. Psoriasisbehandeling	59
Artikel 9. Hulp bij het huishouden	59
Artikel 10. Hulpmiddelen	60
10.1. Hoortoestellen	60
10.2. Mammaprothese	60
10.3. Pruiken	60
10.4. Schoenen	60
10.5. Steunzolen	60
10.6. Wekapparatuur / plaswékker	60
Artikel 11. Kuuroord	60
Artikel 12. Orthodontie	61
Artikel 13. Reizen	61
Artikel 14. Stottertherapie	61
Artikel 15. Tandheelkundige zorg	61
15.1. Curatieve tandheelkundige zorg	61
15.2. Opbouw	61
15.3. Kronen en bruggen	61
15.4. Implantaten in de niet-tandeloze kaak	62
15.5. Frameprothese	62
15.6. Overige prothetische voorzieningen	62
Artikel 16. Verblijf	62
16.1. Herstellingsoorden en zorghotels	62
16.2. Hospice	62
16.3. Therapeutisch vakantiecamp voor verzekerden jonger dan 18 jaar	63
16.4. Logeershuis Ronald McDonald/Kiwanis, gastenverblijf Ter Weijde	63
Artikel 17. Verloskundige zorg en kraamzorg	63
17.1. Verloskundige zorg	63
17.2. Kraampakket	63
17.3. Eigen bijdrage kraamzorg	63
17.4. Kraamzorg bij adoptie	63
17.5. Extra kraamzorg moeder en pasgeborene	63
17.6. Problemen met borstvoeding	64
17.7. Elektrische borstkolf	64
17.8. GeboorteTENS	64
Artikel 18. Vitamines	64
Artikel 19. Voetbehandelingen	64

## **VII. IZZ Comfort** **65**

Artikel 1. Comfortarrangement	65
Artikel 2. Hulp bij het huishouden	65
Artikel 3. Kinderopvang	65
Artikel 4. Verblijf in één- of tweepersoonskamer	65
Artikel 5. Welkomstpakket	65

## **VIII. Begripsomschrijvingen** **66**



**Deel 1**  
IZZ Basispakket  
variant Natura

## I. Algemeen gedeelte

### Artikel 1 | Verzekerde zorg

#### 1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Het IZZ Basispakket, variant Natura (hierna te noemen het IZZ Basispakket), is een naturaverzekering van Zorgverzekeraar IZZ. Dit betekent dat u recht hebt op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook hebt u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

*Onze 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 onze website of telefonisch; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.*

#### 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 zorgaanbieder met wie wij een overeenkomst hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. De vergoeding van de kosten van zorg vindt rechtstreeks aan de betreffende zorgaanbieder plaats op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u raadplegen via onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Voor veel zorgaanbieders zijn deze eisen wettelijk vastgelegd en is de medische titel beschermd. Dit geldt bijvoorbeeld voor een huisarts, medisch specialist, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut en tandarts. Voor de zorgaanbieders waarvoor deze voorwaarden niet in de wet zijn vastgelegd of waarvoor wij aanvullende voorwaarden hebben gesteld, kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden aan welke eisen de zorgaanbieder moet voldoen.

Met sommige leveranciers hebben wij specifieke afspraken gemaakt. Dit zijn onze voorkeursleveranciers. Daar waar sprake is van voorkeursleveranciers wordt dit in het betreffende zorgartikel aangegeven, zie hoofdstuk II, Zorgartikelen.

*Wij maken 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

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? 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 2011, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Als er voor de betreffende zorg geen inkoop tarieven zijn vastgesteld en er gelden Wmg-tarieven, 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.

#### Uitzondering

De kosten van de volgende vormen van zorg worden vergoed tot maximaal 100% van de gemiddelde tarieven 2011, zoals deze voor de desbetreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen ons en de betreffende zorgaanbieders:

- Huisartsenzorg (artikel 11);
- Verloskundige zorg (artikel 12.1) die wordt geleverd door een huisarts;
- Medisch specialistische zorg (artikel 13 tot en met 19) die wordt geleverd door een medisch specialist die verbonden is aan een ziekenhuis, en het eventueel medisch noodzakelijke verblijf (artikel 33);
- Geneeskundige Geestelijke gezondheidszorg (artikel 22 en 23) die wordt geleverd door een GGZ-instelling of gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog, orthopedagoog-generalist, klinisch (neuro)psycholoog, psychiater/zenuwarts of psychotherapeut die verbonden is aan een ziekenhuis of psychiatrisch ziekenhuis;
- Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) voor verzekerden van 18 jaar en ouder (artikel 28.3) die wordt geleverd door een kaakchirurg verbonden aan een ziekenhuis.

U kunt de maximale vergoedingen raadplegen op de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders IZZ 2011. Deze lijst kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen, kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

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 ons zo spoedig mogelijk over deze zorg informeren.

#### 1.5. Insturen van nota's

De meeste zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons 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 wij zijn 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 bij ons in te dienen. Denk bijvoorbeeld aan de verrekening van een openstaand eigen risicobedrag of geldende eigen bijdrage.*

### 1.6. Tijdige zorgverlening

Als een gecontracteerde zorgaanbieder de zorg naar verwachting niet of niet-tijdig kan leveren, hebt u recht op zorgbemiddeling. Wij kunnen 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 tijdige zorgverlening, gaan wij uit van:

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

### 1.7. Rechtstreekse betaling

Wij hebben 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 wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen, wordt er geen rekening gehouden met een eigen risico of eigen bijdrage. Deze bedragen brengen wij later bij u als verzekeringnemer in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

### 1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming 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.

#### Toestemming

Als toestemming nodig is, hebt u voor de zorg onze voorafgaande toestemming nodig. Deze toestemming wordt ook wel machtiging genoemd.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij een overeenkomst hebben gesloten?

Als de zorg wordt verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder, beoordeelt hij voor ons of u voldoet aan de voorwaarden. Voor sommige zorg is afgesproken dat wij zelf de aanvraag beoordelen. In dat geval stuurt de zorgaanbieder de aanvraag naar ons door.

Als u om privacyoverwegingen uw aanvraag niet door uw zorgaanbieder wilt laten afhandelen, dan kunt u uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten?

Maakt u gebruik van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

Een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande toestemming 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 het IZZ Basispakket 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 het IZZ Basispakket.

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 omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen;
- vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig 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 ons handelen of nalaten;
- (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

Hebt u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg.

De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is.

De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Als wij na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage krijgen, dan hebt u naast dit percentage recht op een extra regeling zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering.

**Waarborg uitkering bij terrorismeschade**

*Na de aanslagen van 11 september 2001 in Amerika, is duidelijk geworden hoeveel schade terroristische aanslagen in werkelijkheid kunnen aanrichten. Een groot-schalige aanslag in Nederland zou kunnen betekenen dat het aantal schadeclaims zo groot is dat ze niet allemaal kunnen worden uitbetaald.*

*Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij Terrorismisme (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen.*

*De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. De NHT heeft de regels voor het zorgvuldig afwickelen van schadeclaims opgenomen in het Protocol Afwickelen schadeclaims.*

*In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de) schade krijgt vergoed.*

**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 ons schriftelijk hebt doorgegeven.

Na het sluiten van het IZZ Basispakket, ontvangt u van ons 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**

Het IZZ Basispakket staat open voor alle verzekeringsplichtigen die woonachtig zijn in Nederland of in het buitenland.

*Zorgverzekeraar IZZ 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 IZZ;
- Reglement hulpmiddelen IZZ;
- Reglement persoonsgebonden budget eerstelijns-psychologische zorg IZZ;

- overzicht gecontracteerde zorgaanbieders;
  - Overzicht vrijstelling eigen risico;
  - het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling.
- Deze documenten kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

**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). Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug.

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

Ook kunnen wij 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).

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie, justitie en/of FIOD-ECD.

Zorgverzekeraar IZZ is een onderdeel van 'Univé-VGZ-IZA-Trias'.

Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat uw zorgverzekering(en) worden beëindigd en dat wij gedurende een periode van vijf jaar kunnen 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 sluiten binnen 'Univé-VGZ-IZA-Trias'. Onder deze schadeverzekeringen vallen ook de aanvullende zorgverzekering(en).

Wij kunnen de noodzakelijk gemaakte onderzoekskosten bij u terugvorderen.

**2.5. Bescherming persoonsgegevens**

Wij nemen uw privacy serieus. Uw persoonsgegevens zijn nodig voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringen en worden opgenomen in onze persoonsregistratie. 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 onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Vanaf de ingangsdatum van het IZZ Basispakket mogen wij:

- aan derden (zoals zorgaanbieders en leveranciers) inlichtingen vragen en geven als wij dit nodig vinden 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. Wij zullen in de communicatie met uw zorgaanbieders uw BSN gebruiken.

Wij nemen hierbij de privacywetgeving in acht.

*Als wij uw rekeningen rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangen en aan hen betalen, wordt uw IZZ Basispakket 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 ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt.

## 2.7. Bedenkperiode

Bij het aangaan van het IZZ Basispakket, 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.

## 2.8. 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 wets-geschiedenis bepalend.

## 2.9. Voorrangbepaling

Voor zover het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde van invloed is of moet zijn op het IZZ Basispakket, 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.

## 2.10. 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 vindt u op de jaarlijks aan te passen premiebijlage. De premiebijlage kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

De voor u geldende premiegrondslag en premiekortingen vindt u op uw polisblad.

### 3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

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

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. Verschuldigdheid van premie

De verzekeringnemer is 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 berekenen wij 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 verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.

3.4.2. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en overige kosten. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen risico, eigen bijdragen en overige verschuldigde kosten is gemaximeerd tot € 250,- per maand. Voor bedragen boven de € 250,- sturen wij u een acceptgiro.

### 3.5. Verrekening

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

### 3.6. Niet-tijdig betalen

3.6.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en kosten niet-tijdig betaalt, sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kunnen wij 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 wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht bij niet tijdige betaling het IZZ Basispakket te beëindigen. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.

3.6.2. Wij kunnen administratiekosten, (buiten-)gerechtelijke incassokosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen.

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

- 3.6.4. Wij hebben het recht om achterstallige premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere van ons te ontvangen bedragen.
- 3.6.5. Als wij de verzekering wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie beëindigen, hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.
- 3.6.6. Als u een betalingsachterstand hebt van zes of meer maandpremies, melden wij u aan bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Na de aanmeldingsbevestiging van het CVZ, bent u verplicht een bestuursrechtelijke premie van 130% van de gemiddelde marktpremie aan het CVZ te betalen. Het CVZ int deze premie totdat u alle verschuldigde bedragen inclusief incassokosten hebt betaald.

#### Artikel 4 | Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- de behandelaar te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers, die met controle zijn belast tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die nodig is voor de uitvoering van het IZZ Basispakket;
- ons te informeren over feiten, die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- ons 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, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, kunnen wij uw recht op de verzekerde zorg schorsen.

#### Artikel 5 | Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden

##### 5.1. Wijziging voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie(grondslag) van het IZZ Basispakket op elk moment te wijzigen. Wij zullen 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 wij de voorwaarden en/of premiegrondslag van het IZZ Basispakket in uw nadeel wijzigen, 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.

ten de artikelen 11 tot en met 14 Zorgverzekeringswet gestelde regels.

#### Artikel 6 | Begin, duur en beëindiging van het IZZ Basispakket

##### 6.1. Begin en duur

- 6.1.1. De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop wij uw aanvraag(formulier) ontvangen. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop uw aanvraag is ontvangen. Door een zorgverzekering bij ons aan te vragen, geeft u ons toestemming uw oude zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar op te zeggen.
- 6.1.2. Het is mogelijk dat wij niet uit uw aanvraag kunnen afleiden of wij verplicht zijn een zorgverzekering voor de te verzekeren persoon af te sluiten. In dit geval vragen wij u om informatie waaruit blijkt dat wij verplicht zijn een zorgverzekering te sluiten. Het IZZ Basispakket gaat pas in op de dag dat wij de genoemde informatie ontvangen. 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 het IZZ Basispakket in op de door u aangegeven latere datum.
- 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 het IZZ Basispakket in op de 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. Wij handelen bij het opleggen van een boete in overeenstemming met de bepalingen van paragraaf 9.3 van de Zorgverzekeringswet.

##### 6.2. Einde van rechtswege

Het IZZ Basispakket eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- Zorgverzekeraar IZZ 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 ons 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 wij kosten van zorg betalen aan een zorgaanbieder, zullen wij deze kosten bij u (terug)vorderen.

Als wij vaststellen dat het IZZ Basispakket is geëindigd, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

**6.3. Wanneer kunt u uw zorgverzekering opzeggen?****6.3.1. Jaarlijks**

U als verzekeringnemer kunt het IZZ Basispakket schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.

*U kunt jaarlijks per 1 januari uw IZZ Basispakket opzeggen op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk op 31 december hebben 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 het IZZ Basispakket tussentijds schriftelijk opzeggen:

- van een andere verzekerde als deze verzekerde een andere zorgverzekering heeft gesloten. Als u het IZZ Basispakket 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 wij de opzegging hebben ontvangen;
- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- als u bij ons deelnemer bent aan een collectieve overeenkomst van uw oude werkgever en kunt deelnemen aan een collectieve overeenkomst van uw nieuwe 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 voor de opzegging van de verzekering zoals bedoeld in artikel 6.3.1 en 6.3.2 ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse verzekerders.

**6.3.4.** U kunt het IZZ Basispakket niet opzeggen als er sprake is van een betalingsachterstand en wij u hiervoor een aanmaning hebben gestuurd. U kunt het IZZ Basispakket wel opzeggen als wij de dekking hebben geschorst of binnen twee weken uw opzegging bevestigen.

**6.4. Wanneer kunnen wij uw verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?**

Wij kunnen het IZZ Basispakket schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van het niet-tijdig betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.6;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen zorgverzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen twee maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang het IZZ Basispakket opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

**6.5. Bewijs van einde**

Als het IZZ Basispakket 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 het IZZ Basispakket 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 het IZZ Basispakket voor een andere verzekerde dan de verzekeringnemer eindigt, sturen wij 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 € 170,- 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 verplicht 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, behalve voor:

- huisartsenzorg.  
Houdt u er rekening mee dat geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen. Hetzelfde geldt voor laboratoriumonderzoek dat samenhangt met de huisartsenzorg. Dit laboratoriumonderzoek wordt op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder uitgevoerd en in rekening gebracht. Deze zorg valt dus wel onder uw verplicht eigen risico;
- zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (zogenaamde zorgprogramma's);
- verloskundige zorg en kraamzorg.  
Houdt u er rekening mee dat hiermee samenhangende kosten niet tot de uitzonderingen behoren. Dit betekent dat bijvoorbeeld geneesmiddelen, bloedonderzoek, vlokentest of ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico;
- de door ons aangewezen preferente geneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg IZZ;
- de door ons gecontracteerde zorgaanbieders voor het stoppen-met-rokenprogramma als u dit programma volledig hebt afgerond;
- hulpmiddelen in bruikleen. Kosten zoals bezorging en onderhoud tellen wel mee voor het verplicht eigen risico;
- nacontroles van een nier- of leverdonor, nadat de periode zoals genoemd in artikel 19, Transplantaties van weefsels en organen onder omschrijving, punt d is verstreken;
- eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

Zorgprogramma's zijn speciaal ontwikkeld om de zorg voor chronisch zieken kwalitatief beter en doelmatiger te organiseren. Het doel van deze aanpak is dat zorgaanbieders nauwer met elkaar samenwerken, zodat de zorg die u als patiënt nodig hebt beter op elkaar wordt afgestemd tussen de verschillende zorgaanbieders.

Wij contracteren zorggroepen voor onder andere de zorgprogramma's diabetes mellitus type 2, COPD (chronisch obstructieve longziekte; dit is een verzamelnaam voor de longaandoeningen chronische bronchitis en longemfyseem) en cardiovasculair risicomangementment.

Een lijst van gecontracteerde zorggroepen, de vergoedingsmogelijkheden en welke zorgprogramma's zijn vrijgesteld van het verplicht en vrijwillig eigen risico kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. Kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

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

Wij hebben de mogelijkheid om zorgaanbieders of zorgarrangementen aan te wijzen waarbij u geen of maar een gedeeltelijk bedrag aan verplicht eigen risico verschuldigd bent. Dit geldt ook voor nader aan te wijzen gezondheidsbevorderende of op preventie gerichte zorgarrangementen. Deze informatie is opgenomen in het Overzicht vrijstelling eigen risico. U kunt dit overzicht vinden op [www.izz.nl/vrijstellingeigenrisico](http://www.izz.nl/vrijstellingeigenrisico) of telefonisch opvragen. Kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

### 7.4. Berekeningswijze hoogte verplicht eigen risico

Als het IZZ Basispakket niet start of eindigt op 1 januari, dan wordt het eigen risico als volgt berekend:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat het IZZ Basispakket loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

#### Voorbeeld

Het IZZ Basispakket loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar telt 365 dagen. Het eigen risico is: € 170,- maal 30 gedeeld door 365 is € 13,97 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 IZZ Basispakket 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 als vermeld in artikel 7.2.

### 8.3. Berekeningswijze hoogte vrijwillig eigen risico

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

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat het IZZ Basispakket loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

#### Voorbeeld

U hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-. Het IZZ Basispakket 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,- maal 30 gedeeld door 365 is € 8,22 en wordt afgerond op € 8,-. Het verplicht eigen risico is € 170,- maal 30 gedeeld door 365 is € 13,97 en wordt afgerond op € 14,-. Het totale eigen risico bedraagt € 22,- (€ 14,- verplicht eigen risico en € 8,- vrijwillig eigen risico).

8.3.2. Als het IZZ Basispakket niet op 1 januari ingaat en u direct voorafgaande hieraan al een zorgverzekering bij ons had gesloten met een ander vrijwillig eigen risico, dan wordt het totale vrijwillige eigen risico als volgt berekend:

- ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico x aantal dagen dat het vrijwillig eigen risico van toepassing is;
- som van de onder a genoemde bedragen gedeeld door het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar;
- uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

### 8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico

U kunt het vrijwillig eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. U moet ons de wijziging uiterlijk op 31 december van het voorafgaande kalenderjaar schriftelijk 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 verplicht 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 gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- 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, kunnen wij 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 onze website of telefonisch opvragen. Kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.*

## 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 gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- 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.

*De kosten in het buitenland zijn vaak hoger dan de kosten van een behandeling in Nederland. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.*

## 9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

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

Dit 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 zorg die gepaard gaat met verblijf van ten minste één nacht moet u (laten) bellen met de IZZ Alarmcentrale, telefoonnummer +31 (0)70 314 51 65 (+= internationaal toegangsnummer).

## 9.4. Verwijzing en/of toestemmingsvereiste

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

## 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 wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan 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 onze website. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

#### 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 de originele stukken 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 ons 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](http://www.skgz.nl). U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

### 10.2. Klachten over onze formulieren

- 10.2.1. Vindt u een formulier 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 onze website.
- 10.2.2. U ontvangt van ons 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](mailto:informatielijn@nza.nl). Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, [www.nza.nl](http://www.nza.nl), is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

## 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 worden eenmalige korte stopadviezen verstaan.

Onder preconceptiezorg wordt in deze verzekeringsvoorwaarden verstaan:

- adviezen voor gezonde voeding;
  - advies over inname van foliumzuur;
  - 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 als u (nog) niet zwanger bent;
2. medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundig domein, waarover wij met uw huisarts afspraken hebben gemaakt. Voorbeelden van deze zorg zijn:
    - (kleine) chirurgische verrichtingen;
    - ECG-diagnostiek (hartfilmpje);
    - longfunctiemeting (spirometrie);
    - dopplersonderzoek (onderzoek van de bloedstroom in de vaten, slagaders en aders);
    - MRSA-screening (screening op Meticilline Resistente Staphylococcus Aureus);
    - audiometrie (onderzoek van het gehoor);
    - het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel. Bent u 21 jaar of ouder? Dan hebt u geen recht op vergoeding van het anticonceptiemiddel;
    - het inspuiten van spataderen (varices sclerosering);
    - therapeutische injecties;
    - allergietest.

##### 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. De gezondheidsadvisering zoals genoemd onder omschrijving, punt 1, mag ook plaatsvinden door de IZZ Gezondheidslijn.

*Hebt u een vraag over uw gezondheid, dan kunt u daarvoor terecht bij uw huisarts, maar u kunt ook de IZZ Gezondheidslijn bellen. De IZZ Gezondheidslijn is een medische advieslijn. U overlegt telefonisch met een ervaren verpleegkundige. Met behulp van een aantal gerichte vragen bepaalt deze verpleegkundige de ernst van uw klachten en geeft u vervolgens een advies. Dit gebeurt eventueel in samenspraak met een huisarts. Dit advies kan variëren van een zelfzorgadvies ('u kunt het beste een paracetamol nemen') tot 'ga direct naar de huisarts'. De IZZ Gezondheidslijn is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar voor gezondheidsadvisering. Kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.*

*Wij vinden gezondheid erg belangrijk. Op [www.gezondizz.nl](http://www.gezondizz.nl) vindt u een schat aan duidelijke en medische betrouwbare informatie, toegespitst op gezondheid en levensstijl.*

#### 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. Onder de verloskundige zorg is ook begrepen het gebruik van de verloskamer als de bevalling in een ziekenhuis plaatsvindt.

Deze zorg omvat ook:

- Preconceptiezorg:
  - als u een kinderwens hebt, kunt u gebruikmaken 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. In dit gesprek ontvangt u informatie 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-wekenecho;
- 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 week 9 en 14 van de zwangerschap;
    2. de nekplooiemeting via een echo, die gemaakt wordt tussen week 11 en 14 van de zwangerschap.
 U hebt recht op de combinatietest als u een medische indicatie hebt of als u 36 jaar of ouder bent;
- Twintig-wekenecho (SEO):
  - met de twintig-wekenecho 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-wekenecho 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.



**Welke verloskundige zorg is opgenomen in uw IZZ Basispakket?**

Omschrijving	Opgenomen in uw IZZ Basispakket?
Bevalling thuis of in een kraamzorghotel	Ja
(Poli)klinische bevalling, zonder medische noodzaak	€ 192,- per dag (€ 223,- minus € 31,- voor de eigen bijdrage kraamzorg in het ziekenhuis) In het rekenvoorbeeld dat opgenomen is in artikel 12.2, Kraamzorg, vindt u hoe dit bedrag is opgebouwd.
(Poli)klinische bevalling, met medische noodzaak	Ja

Het bedrag dat voor uw eigen rekening komt, krijgt u mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleeg voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

**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 de maximale vergoeding van € 111,50 per dag voor zowel moeder als kind.

**Rekenvoorbeeld:**

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

Maximale vergoeding is  $2 \times € 111,50$  is: € 223,- per dag

Af: Eigen bijdrage is  $2 \times € 15,50$  is: € 31,- per dag

Vergoeding vanuit het IZZ Basispakket is: € 192,- per dag

Dit betekent dat u het verschil tussen de kosten die het ziekenhuis in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 192,- per dag zelf moet bijbetalen.

**Bijzonderheden:**

1. wij stellen 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 onze website of telefonisch opvragen;

2. voor iedere dag ziekenhuisopname waarin kraamzorg al gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, brengen wij 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 onze website of IZZ Kraamzorg. Dan weet u zeker dat uw aanvraag tijdig kan worden verwerkt. Kijk voorin deze voorwaarden voor het telefoonnummer.

**Welke kraamzorg is opgenomen in uw IZZ Basispakket?**

Omschrijving	Opgenomen in uw IZZ Basispakket?
Kraamzorg thuis of in een kraamzorghotel	Maximaal 10 dagen. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 3,90 per uur.
Kraamzorg in het ziekenhuis bij een bevalling zonder medische noodzaak	Maximaal 10 dagen. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 15,50 per dag voor moeder en kind. Naast deze eigen bijdrage, moet u het verschil aan kosten bijbetalen tussen het ziekenhuistarief en de maximale vergoeding van € 111,50 per dag. Dit betekent dat u voor moeder en kind samen recht hebt op een vergoeding van maximaal € 192,- per dag (€ 223,- minus € 31,- per dag). In het rekenvoorbeeld dat opgenomen is in dit artikel, vindt u hoe dit bedrag is opgebouwd.
Kraamzorg in het ziekenhuis, bij bevalling met medische noodzaak	Ja

Het bedrag dat voor uw eigen rekening komt, krijgt u mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleeg voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

**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, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg is ook begrepen:

- zorg door een trombosedienst;
- second opinion door een medisch specialist. U hebt hiervoor een verwijzing nodig van uw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld uw behandelend huisarts, verloskundige of medische specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al hebt besproken met uw eerste behandelaar.

U moet met de second opinion terugkeren naar uw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling;

- 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;
- verpleging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat deze gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg. U hebt recht op deze zorg als alleen uw medisch specialist eindverantwoordelijk is of wijziging in de behandeling kan aanbrengen. Ook moet het gaan om handelingen die tot het specifieke zorgarsenaal van de medisch specialist behoren. 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. Hieronder worden eenmalige korte stopadviezen verstaan.

U hebt geen recht op:

- a. behandelingen tegen snurken;
- 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 oogheelkundige zorg mag ook worden verleend door een optometrist als de gehanteerde diagnostische technieken behoren tot zijn deskundigheidsgebied.

**Verwijsbrief:**

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

**Toestemming:**

u hebt voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig. U vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) van Zorgverzekeraars Nederland. Deze lijst staat op onze website of kunt u telefonisch opvragen. Kijk voorin deze voorwaarden welk telefoonnummer u kunt bellen.

#### **Voor welke zorg hebt u voorafgaande toestemming nodig?**

*U hebt voor een aantal behandelingen bij Oogheelkunde, Keel-, Neus- en Oorheelkunde (KNO-heelkunde), Heelkunde en Dermatologie onze voorafgaande toestemming nodig.*

*Om welke behandelingen gaat het?*

**Oogheelkunde:** *refractiechirurgie (verzamelnaam voor chirurgische ingrepen voor zichtverbetering), ooglid correcties.*

**KNO-heelkunde:** *oorschelp correcties en behandeling van vormafwijkingen van de neus.*

**Heelkunde:** *gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten), buikwandcorrecties.*

**Dermatologie:** *Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen, vasculaire dermatosen (wijnvlekken).*

*Er zijn natuurlijk altijd uitzonderingen op de regel te bedenken; wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling.*

*Uw medisch specialist is verplicht u te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u geen voorafgaande toestemming hebt.*

**Let op:**

*het recht op behandelingen van plastisch chirurgische aard is geregeld in artikel 18, Plastische en/of reconstructieve chirurgie. Voor deze behandelingen moet u altijd vooraf toestemming aanvragen, met een toelichting van uw behandelend medisch specialist.*

**Bijzonderheden:**

1. de apparatuur en toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten vallen onder hulpmiddelenzorg, zie artikel 32, Hulpmiddelenzorg;
2. thuisdialyse apparatuur valt onder hulpmiddelenzorg, zie artikel 32, 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 23, Specialistische GGZ;
  - mondzorg door een kaakchirurg, zie artikel 28, Tandheelkundige zorg en artikel 29, Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 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.

**Verwijsbrief:**

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 erfelijkheidsadvisering.

**Verwijsbrief:**

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.

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 (gerealiseerde) zwangerschap of een (levend) geboren kind, al dan niet 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 bestaat opnieuw recht op een IVF-behandeltraject van drie pogingen, als er sprake is van gezamenlijke onvruchtbaarheid (infertiliteit).*

**Door:**

gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling.

**Verwijsbrief:**

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 30, 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 met ons op. Kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.*

**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.

**Verwijsbrief:**

huisarts of medisch specialist.

**Bijzonderheden:**

voor het recht op geneesmiddelen die dienen ter bevordering van de vruchtbaarheid, zie artikel 30, 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).

**Verwijsbrief:**

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

**Bijzonderheden:**

het recht op gehoorapparatuur is geregeld in artikel 32, 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, als het gaat om 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 gehemeltepleten, 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.

*Wel of geen recht op vergoeding van de kosten van Plastische en/of reconstructieve chirurgie? Enkele voorbeelden.*

**Buikwandcorrectie (abdominoplastiek)**

*U hebt alleen recht op een buikwandcorrectie als er sprake is van een van de volgende criteria:*

1. *verminking door ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;*
2. *lichamelijke functiestoornissen:*
  - a. *als gevolg van continu aanwezige smetten in huidplooien die ondanks adequate behandeling niet te voorkomen of te genezen zijn. Een operatie vormt de enige oplossing voor het probleem. Als het smetten wordt veroorzaakt door onvoldoende hygiënische maatregelen, hebt u geen recht op deze zorg;*
  - b. *een ernstige bewegingsbeperking waarbij in staande positie het buikschort (de plooi) minimaal een kwart van de lengte van de bovenbenen bedekt.*

*Als u voor vergoeding in aanmerking wilt komen, dan mag u niet teveel wegen. Uw Body Mass Index (BMI) moet gedurende 12 maanden 30 of minder zijn.*

*De Body Mass Index (BMI) kunt u berekenen door uw lichaamsgewicht te delen door uw lengte in het kwadraat (lengte x lengte).*

*Voorbeeld: u weegt 85 kg en u bent 1,75 meter lang. Uw BMI is dan  $85 \text{ gedeeld door } (1,75 \times 1,75) = 85 \text{ gedeeld door } 3,0625 = 27,76$ . Dit is afgerond 28.*

*Op [www.gezondizz.nl](http://www.gezondizz.nl) kunt u heel eenvoudig uw BMI berekenen.*

**Verwijderen van een borstprothese**

*U hebt recht op het verwijderen van een borstprothese als de prothese is geplaatst na een borstamputatie maar ook als er sprake is van ernstige kapselvorming of lekkage. Ook het klieven of wegsnijden van het kapsel kan voor vergoeding in aanmerking komen. U hebt alleen recht op het plaatsen of vervangen van een prothese na een (gedeeltelijke) borstamputatie.*

**Borstverkleining**

*U hebt recht op een borstverkleining als u cup DD/E of groter hebt of als u cup D hebt en u bent kleiner dan 1,60 meter, en u aantoonbaar lichamelijke klachten hebt. Het gaat dan om klachten die u fors beperken en die veroorzaakt worden door de zwaarte van de borsten. Uw gewicht mag niet te hoog zijn. Bij het opereren van te zware mensen is er namelijk een grotere kans op complicaties en een kleinere kans op een goed resultaat.*

**Correctie van ongelijke borsten**

*U hebt recht op verkleining van één van de borsten als uw borsten twee cupmaten of meer van elkaar verschillen ('zeer opvallende asymmetrie'). Dit kan gezien worden als een verminking. Er is dan alleen een vergoeding mogelijk voor de verkleining van één van de borsten. Zijn de borsten ongelijk na een borstreconstructie als gevolg van een (gedeeltelijke) amputatie, dan zijn ook andere manieren van correctie mogelijk, bijvoorbeeld het plaatsen van een borstprothese.*

**Correctie van ingetrokken tepels**

*Dit wordt niet vergoed. Ingetrokken tepels worden gezien als een 'natuurlijke variant' van het menselijk lichaam.*

**Littekencorrectie**

*U hebt recht op een littekencorrectie als het litteken flinke, aannemelijke klachten geeft of zo lelijk is dat er sprake is van een verminking.*

**Borstvorming bij mannen (gynaecomastie)**

*U hebt recht op chirurgische correctie van deze borstvorming wanneer er aantoonbaar klierweefsel aanwezig is en deze gynaecomastie langer dan 12 maanden bestaat. Daarbij moeten er ernstige pijnklachten bestaan die gerelateerd zijn aan het klierweefsel en/of sprake zijn van een verminking. Verminking wil zeggen dat er een duidelijk vrouwelijke borstvorm zichtbaar is. U hebt zelden recht op deze behandeling als uw BMI hoger is dan 30, omdat er dan voornamelijk sprake is van vetweefsel. Als er naast het weghalen van de borst ook nog liposuctie plaatsvindt, is voor de liposuctie geen extra vergoeding mogelijk.*

**Laserbehandeling**

*Laserbehandeling van zichtbare bloedvatjes, pigmentvlekken, andere vlekken en onregelmatigheden wordt slechts zelden vergoed.*

**Liposuctie, ofwel het wegzuigen van vetweefsel**

*Liposuctie wordt zelden vergoed. U hebt alleen recht op liposuctie als dit de meest aangewezen behandelmethode is bij een medisch noodzakelijke ingreep (deze ingreep moet dan op zichzelf niet zijn uitgesloten van vergoeding).*

**Neuscorrectie**

*U hebt alleen recht op een neuscorrectie als u fors beperkende onbehandelbare neusklachten hebt. In een enkel geval is vergoeding mogelijk als er sprake is van een verminking of een aangeboren misvorming.*

**Schaamlipcorrectie**

*Schaamlipcorrectie wordt zelden vergoed, omdat het vrijwel altijd gaat om klachten die weliswaar vervelend en hinderlijk kunnen zijn, maar niet fors beperkend. Echte misvormingen zijn er zelden. U hebt in dat geval wel recht op vergoeding.*

**Psychisch lijden**

*Psychisch lijden en psychosociale oorzaken zijn geen reden voor vergoeding van plastische chirurgie. Onder psychosociale oorzaken wordt bijvoorbeeld verstaan het niet naar het zwembad durven, zich schamen voor de partner waardoor problemen in de (seksuele) relatie ontstaan of geen nieuwe relatie durven aangaan omdat men zich schaamt of gepest wordt. Deze oorzaken zijn bijzonder vervelend maar zijn geen reden voor vergoeding.*

**Geen vergoeding**

*Voor bijvoorbeeld correctie van onderoogleden, tatoeageverwijdering of het 'liften' van hangende borsten is zelden een vergoeding mogelijk. Er is hierbij namelijk geen sprake van een medische noodzaak zoals in dit artikel beschreven.*

*Meer informatie kunt u vinden in de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard'. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging van artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het College voor zorgverzekeringen (CVZ). U vindt deze werkwijzer op onze website. U kunt deze ook telefonisch bij ons opvragen. Kijk voorin deze voorwaarden welk telefoonnummer u kunt bellen. Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling.*

**Door:**

medisch specialist.

**Verwijsbrief:**

huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

**Toestemming:**

u hebt voorafgaande toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen.

**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:

- specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- het onderzoek, de preservatie, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- 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;
- 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);
- 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 gemoed met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. De verblijfskosten in Nederland en gedeelde inkomsten worden niet vergoed.

**Door:**

medisch specialist.

**Artikel 20 | Dyslexiezorg****Omschrijving:**

het recht op dyslexiezorg in verband met ernstige dyslexie bestaat alleen voor kinderen bij wie de zorg in 2011 begint op zeven-, acht- negen- of tienjarige leeftijd en die basisonderwijs volgen. 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.

**Wanneer is sprake van ernstige dyslexie?**

*Er is sprake van ernstige dyslexie als het gaat om een ernstige specifieke lees- en spellingsstoornis als gevolg van een neurobiologische functiestoornis die erfelijk is bepaald. Dit is een stoornis in de hersenen, waarbij bepaalde zenuwprikkels onvoldoende worden doorgegeven. Deze stoornis is te onderscheiden van andere lees- en spellingsproblemen.*

*U hebt alleen recht op de diagnostiek als deze volgens het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling plaatsvindt. Ook moet de school er alles aan hebben gedaan wat volgens het Protocol Leesproblemen en Dyslexie nodig is. Het onderzoek moet uitwijzen of er daadwerkelijk sprake is van ernstige dyslexie, een lichtere vorm van lees- en spellingsproblemen, of juist een meer complexe problematiek. Als vastgesteld wordt dat er géén sprake is van ernstige dyslexie, dan komen de kosten van de diagnostiek wel voor vergoeding in aanmerking, maar de kosten voor behandeling niet.*

*U kunt het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.*

**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 pedagogogen en onderwijskundigen (NVO).

**Verwijsbrief:**

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. Bij dit rapport moet ook een toelichting worden opgenomen 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.

**Artikel 21 | Stoppen-met-rokenprogramma****Omschrijving:**

u hebt recht op zorg volgens het stoppen-met-rokenprogramma. Dit programma houdt in de op gedragsverandering gerichte geneeskundige zorg. Ook hebt u recht op geneesmiddelen als deze worden voorgeschreven als onderdeel van het programma, ter ondersteuning van gedragsverandering. U kunt het programma volgen in een groep of individueel. Het doel van het programma is dat u stopt met roken. U kunt maximaal een keer per kalenderjaar het stoppen-met-rokenprogramma volgen.

**Door:**

STIVORO en GGZ-instellingen die werken volgens de Zorgmodule Stoppen met Roken.

*Via STIVORO kunt u het stoppen-met-rokenprogramma volgen of kiezen voor telefonische coaching. Het stoppen-met-rokenprogramma dat door STIVORO is ontwikkeld, heet de Training Pakje Kans. De training wordt uitgevoerd door zelfstandige trainers die opgeleid zijn door STIVORO. Zij hebben een licentieovereenkomst met STIVORO en voldoen aan de door STIVORO gestelde kwaliteitseisen.*

*De telefonische coaching wordt uitgevoerd door medewerkers van het Adviescentrum van STIVORO. Deze medewerkers zijn door STIVORO opgeleid tot telefonische coach stoppen-met-roken.*

*Op de website van STIVORO kunt u vinden waar u de Training Pakje Kans kunt volgen en hoe u zich kunt aanmelden voor de training en telefonische coaching. U kunt deze informatie ook telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.*

**Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)****Artikel 22 | 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 gedrags therapie. Hieronder worden ook verstaan de programma's Minder drinken en De Drinktest die specifiek gericht zijn op preventie (en behandeling) van alcoholproblematiek. U hebt recht op deze zorg als u meer drinkt dan verantwoord is, maar nog geen stoornis hebt ontwikkeld op het gebied van alcohol;
- preventie van depressie als het gaat om cognitieve gedrags therapie, 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 ontregelde slaap, energiegebrek en een gebrek aan eetlust. Van een depressie is dan nog geen sprake;
- het programma Mindfulness based cognitive therapie (MBCT) om herhaling van depressieve klachten te voorkomen;
- 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.

**PGB:**

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 IZZ.

*Het Reglement persoonsgebonden budget eerstelijnspsychologische zorg IZZ vindt u op onze website of kunt u telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.*

**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.

**PGB:**

maakt u gebruik van een PGB eerstelijnspsychologische zorg dan mag de zorg ook worden verleend door een psycholoog, HBO-psycholoog, cognitief therapeut, gedragstherapeut, ECP-therapeut, A&G-psycholoog, seksuoloog of arts.

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

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

De cognitief therapeut moet als lid zijn ingeschreven bij de

Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT).

De ECP-therapeut moet ingeschreven zijn in het Register van de Nederlandse Associatie voor Psychotherapie (NAP).

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 pedagogen 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 ¼ van € 10,- is € 2,50;
- een consult relatietherapie telt als een halve zitting per partner. Hiervoor geldt dan een eigen bijdrage per partner van ½ van € 10,- is € 5,-.

**Verwijsbrief:**

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:**

u hebt onder andere geen recht op intelligentieonderzoek, schoolpsychologische zorg en neurofeedback.

**Artikel 23 | 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.

Begeleidingsactiviteiten kunnen onderdeel zijn van de geneeskundige zorg als deze onlosmakelijk onderdeel zijn van uw behandeling. De activiteiten moeten dan voortvloeien uit het behandelplan en noodzakelijk zijn om het behandelplan te bereiken. Ook moeten de activiteiten gebeuren onder aansturing van uw behandelaar. Uw behandelaar krijgt terugkoppeling over deze activiteiten. Voor de activiteiten is deskundigheid op het niveau van de behandelaar noodzakelijk. U kunt hierbij denken aan (para)medische of gedragswetenschappelijke deskundigheid.

**Door:**

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

**Verwijsbrief:**

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.

**Bijzonderheden:**

u hebt geen recht op psychoanalyse (4 tot 5 keer in de week psychotherapie) gestart op of na 23 maart 2010 en neurofeedback.

**Paramedische zorg****Artikel 24 | Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck****Omschrijving:**

u hebt recht op zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden.

**Jonger dan 18 jaar:**

- u hebt vanaf de eerste behandeling recht op behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. Deze aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van VWS. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst;
- hebt u een aandoening die niet op de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie staat? Dan hebt u per kalenderjaar recht op maximaal negen behandelingen per aandoening. Als u na deze negen behandelingen nog last hebt van de aandoening, hebt u nog recht op maximaal negen extra behandelingen voor die aandoening. In totaal hebt u in dit geval dus recht op maximaal achttien behandelingen per aandoening per kalenderjaar.

**18 jaar en ouder:**

- u hebt recht op de eerste negen behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie;
- u hebt vanaf de dertiende behandeling recht op behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. Deze aandoeningen zijn vastgesteld door de minister

van VWS. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst.

De kosten van de eerste twaalf behandelingen per aandoening komen voor uw eigen rekening. U krijgt deze behandelingen mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleegt u voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

*De lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie wordt ook wel de 'Chronische lijst' genoemd. Deze naam dekt eigenlijk niet de lading, omdat niet alle chronische aandoeningen op deze lijst worden vermeld. Aandoeningen, die wel op de lijst staan, zijn onder andere bepaalde aandoeningen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat, bepaalde hart-, long- en vaataandoeningen, lymfoedeem, weke delen tumoren en littekenweefsel van de huid. Het betreft in sommige gevallen ook de behandeling van een aandoening na bijvoorbeeld een opname in een ziekenhuis ter bespoediging van het herstel. Twijfelt u of uw aandoening op deze lijst voorkomt? Neem dan vooraf contact met ons. Kijk voorin deze voorwaarden welk telefoonnummer u kunt bellen.*

*U vindt de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering) op onze website. U kunt deze lijst ook telefonisch bij ons opvragen. Kijk voorin deze voorwaarden welk telefoonnummer u kunt bellen. Om het voor u overzichtelijk te maken, volgt hieronder een schema waarin u kunt terugvinden op hoeveel zorg u recht hebt:*

	Jonger dan 18 jaar	18 jaar en ouder
Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie	geen vergoeding	9 behandelingen (vanaf de 1e behandeling)
Uw aandoening staat op de Lijst met aandoeningen LET OP: voor sommige aandoeningen is het aantal behandelingen beperkt	volledig	vanaf 13e behandeling
Uw aandoening staat niet op de Lijst met aandoeningen	9 behandelingen met een mogelijke verlenging van maximaal 9 extra behandelingen. In totaal hebt u dus recht op maximaal 18 behandelingen.	geen vergoeding

**Door:**

fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut, heilgymnast-masseur, oefentherapeut Cesar/Mensendieck, kindersfysiotherapeut, kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck, manueel therapeut, oedeem-therapeut 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.

**Verwijsbrief:**

u hebt alleen een verwijsbrief nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist als u behandeld wordt voor een aandoening die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).

**Toestemming:**

u hebt alleen voorafgaande toestemming nodig als u behandeld wordt voor een aandoening die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).

**Bijzonderheden:**

u hebt geen recht op behandelingen die niet als fysiotherapie of oefentherapie worden beschouwd. Voorbeelden hiervan zijn:

- 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 25 | Logopedie**

**Omschrijving:**

u hebt recht op zorg zoals logopedisten deze plegen te bieden, als deze zorg een geneeskundig doel heeft 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 bij afasie en stotteren, preverbale logopedie en De Hanen Oudercursus moeten 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).

**Verwijsbrief:**

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 anders-taligheid;
- behandeling in verband met beroepsuitoefening, bijvoorbeeld voor musici;
- spreken in het openbaar;
- voordrachtskunst.

**Artikel 26 | 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.

**Verwijsbrief:**  
huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

## Artikel 27 | Dieetadvisering

**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.

**Verwijsbrief:**  
huisarts, bedrijfsarts, tandarts, medisch specialist of kaakchirurg.

## Mondzorg

### Artikel 28 | Tandheelkundige zorg

#### 28.1. Tandheelkundige zorg tot 18 jaar

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

1. controle (periodiek preventief tandheelkundig onderzoek); één keer per jaar. Als dit nodig is, hebt u meer keren per jaar recht op dit onderzoek;
2. incidenteel consult;
3. tandsteen verwijderen;
4. fluoridebehandeling vanaf zes jaar; twee keer per jaar. Als dit nodig is, hebt u meer keren per jaar recht op deze behandeling;
5. sealing (afdichten of verzegelen van putjes en groeven in tanden en kiezen);
6. behandeling van het tandvlees (parodontale hulp);
7. verdoving (anesthesie);
8. wortelkanaalbehandeling (endodontische hulp);
9. vullingen (restauratie van gebitselementen met plastische materialen);
10. behandeling bij klachten van het kaakgewricht (gnathologische hulp);
11. volledige gebitsprothese voor boven- en/of onderkaak, plaatprothese of frameprothese (uitneembare prothetische voorzieningen);
12. kronen, bruggen en implantaten ter vervanging van een of meer blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd of door een ongeval ontbreken;
13. chirurgische tandheelkundige hulp met uitzondering van het aanbrengen van implantaten. U hebt alleen recht op het aanbrengen van implantaten voor de zorg omschreven onder punt 12;
14. röntgenonderzoek. U hebt geen recht op röntgenonderzoek voor orthodontie.

**Door:**  
tandarts, kaakchirurg, instelling voor jeugdandverzorging, tandprotheticus of mondhygiënist.

**Toestemming:**  
u hebt alleen voorafgaande toestemming nodig als het gaat om kronen, bruggen en implantaten.

#### 28.2. Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

**Omschrijving:**  
bijzondere tandheelkunde is tandheelkundige zorg voor mensen met een bijzondere aandoening. Deze tandheelkundige zorg kost meer tijd en moeite en kan niet door de gewone huistandarts worden verleend. U hebt alleen recht op bijzondere tandheelkunde als u hiermee een tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben als u de aandoening niet zou hebben gehad.

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

1. als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt.  
U hebt ook recht op het aanbrengen van een implantaat en de opbouw als deze worden gebruikt voor het bevestigen van een uitneembare gebitsprothese. Dit recht hebt u alleen als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak hebt;
2. als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt;
3. als u een medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. Het gaat hier om het ontstekingsvrij maken van de mond. Voorbeelden van het ontstekingsvrij maken zijn behandeling van het tandvlees, het trekken van tanden en kiezen of toedienen van antibiotica.

U hebt alleen recht op orthodontie als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van de mond of het gebit hebt, waarbij een behandeling in teamverband nodig is.

*Het ontbreken van enkele blijvende tanden of kiezen door een aanlegstoornis komt regelmatig voor. U hebt recht op bijzondere tandheelkunde als bij u ten minste zes tanden en kiezen in aanleg ontbreken.*

*Als u al lange tijd een volledige gebitsprothese (kunstgebit) draagt kan uw kaak zo erg slinken dat uw kunstgebit geen houvast meer heeft. In zo'n geval kunnen implantaten uitkomst bieden. Meestal gaat het om twee implantaten in de onderkaak waarop twee drukknoppen of een staafje worden geschroefd om het kunstgebit overheen te klikken. Het kunstgebit blijft uit uw mond te nemen. Als u een vastzittende of geschroefde brug of prothese wilt in plaats van een uitneembaar kunstgebit, dan worden de implantaten voor deze brug niet vergoed.*

**Door:**  
tandarts of orthodontist verbonden aan een Centrum voor bijzondere tandheelkunde, tandarts-implantoloog, orthodontist of kaakchirurg.

Een Centrum voor bijzondere tandheelkunde is een centrum verbonden aan een ziekenhuis of universiteit voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

**Eigen bijdrage:**  
u bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd:  
- als u 18 jaar of ouder bent en u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt;

- voor de zorg zoals omschreven onder omschrijving punt 2, als u een extreme angst hebt voor mondzorg.

De eigen bijdrage geldt alleen voor een controle, een incidenteel consult, het trekken van tanden/kiezen (extractie), behandeling van het tandvlees (parodontale hulp), wortelkanaalbehandelingen (endodontische hulp), vullingen of uitneembare niet-volledige gebitsprothesen. 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.

Ook bent u in bovengenoemde gevallen een wettelijke bijdrage verschuldigd van € 125,- per kaak voor een gebitsprothese (uitneembare volledige gebitsprothese). Deze eigen bijdrage geldt ook voor een gebitsprothese gemaakt voor implantaten.

#### Verwijzing door:

tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

#### Toestemming:

u hebt voorafgaande toestemming nodig.

*Bent u extreem bang voor de tandarts? U kunt dan misschien in aanmerking komen voor bijzondere tandheelkunde. Alleen de extra tijd die nodig is om de angst te verminderen, valt onder bijzondere tandheelkunde.*

### 28.3. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

#### Omschrijving:

u hebt recht op kaakchirurgie en het daarbij behorende röntgen-onderzoek zoals tandartsen die plegen te bieden. U hebt geen recht op de chirurgische behandeling van tandvlees (parodontale chirurgie), het aanbrengen van een implantaat en ongecompliceerde extracties.

#### Door:

kaakchirurg.

#### Verwijzing door:

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

### Artikel 29 | Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder

#### Omschrijving:

u hebt recht op een gebitsprothese (uitneembare volledige gebitsprothese) voor de boven- en/of onderkaak. U hebt ook recht op het repareren en het opvullen (rebasen) van deze gebitsprothese.

#### Door:

tandarts, kaakchirurg of 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 uw gebitsprothese.

#### Toestemming:

1. u hebt voorafgaande toestemming nodig als de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de gebitsprothese hoger zijn dan:
  - € 600,- voor een boven- of onderkaak;
  - € 1.200,- voor een boven- en onderkaak samen;
2. u hebt voorafgaande toestemming nodig als u uw gebitsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wilt vervangen.

*U hebt recht op een kunstgebit (gebtsprothese) voor de boven- en/of onderkaak. U betaalt een eigen bijdrage van 25% van de kosten. De kosten van het trekken van tanden en kiezen komen niet voor vergoeding in aanmerking.*

*Deze kosten worden mogelijk wel vergoed als u een aanvullende (tandarts)verzekering hebt.*

*U hebt recht op een implantaat voor een kunstgebit als u een ernstig geslonken tandeloze kaak hebt. Kijk hiervoor in artikel 28.2. U betaalt in dit geval een eigen bijdrage van € 125,- per kaak in plaats van een eigen bijdrage van 25% van de kosten. Let op: naast een eigen bijdrage kan ook een eigen risico van toepassing zijn.*

## Farmaceutische zorg

### Artikel 30 | Geneesmiddelen

#### Omschrijving:

uw recht op farmaceutische zorg omvat levering van geneesmiddelen of advies en begeleiding zoals apothekers, die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.

#### Geregistreerde geneesmiddelen:

u hebt recht op levering van door de minister van VWS aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze door ons zijn aangewezen (zie preferente geneesmiddelen). U vindt deze geneesmiddelen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. U hebt alleen recht op deze geneesmiddelen als u aan deze voorwaarden voldoet. U vindt deze geneesmiddelen en de voorwaarden in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

#### Preferente geneesmiddelen (voorkeursgeneesmiddelen):

wij kunnen geneesmiddelen uit bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering aanwijzen als preferente geneesmiddelen. U vindt deze geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg IZZ. Als wij voor bepaalde werkzame stoffen bepaalde geneesmiddelen hebben aangewezen en andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof niet, hebt u aanspraak op de door ons aangewezen geneesmiddelen. Maakt u toch gebruik van niet-preferente geneesmiddelen, dan worden deze in principe niet vergoed. Alleen als uw arts aangeeft dat behandeling met het preferente middel voor u medisch niet verantwoord is, hebt u recht op een ander geneesmiddel. Wij kunnen de lijst met aangewezen geneesmiddelen op ieder moment wijzigen. U ontvangt hierover van ons informatie.

#### Preferentiebeleid

*Preferentie betekent letterlijk voorkeur. Bij geneesmiddelen wil dat zeggen dat er voorkeur is voor lager geprijsde geneesmiddelen. Wij kunnen binnen een groep van gelijke geneesmiddelen (met dezelfde werkzame stof) een voorkeursmiddel aanwijzen. U vindt deze aangewezen voorkeursmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg IZZ. Het verplicht en vrijwillig eigen risico geldt niet voor deze voorkeursgeneesmiddelen.*

#### Zelfzorgmiddelen:

u hebt recht op zelfzorgmiddelen als u deze geneesmiddelen langer dan zes maanden moet gebruiken. U hebt alleen recht op laxeremiddelen, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, middelen om de maag te legen en middelen tegen droge ogen, die zijn opgenomen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. De eerste 15 dagen komen de kosten van het geneesmiddel voor uw rekening.

Niet-geregistreerde geneesmiddelen:

u hebt recht op niet-geregistreerde geneesmiddelen als er sprake is van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is een behandeling met een geneesmiddel in een voor u geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor de zorgverzekering.

U hebt recht op de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:

- apotheekbereidingen;
- geneesmiddelen die uw arts speciaal voor u bestelt bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning als bedoeld in de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar op verzoek van uw behandelend arts zijn ingevoerd. U hebt alleen recht op deze geneesmiddelen als u een zeldzame aandoening hebt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.

**Geleverd door:**

apotheker of apotheekhoudend huisarts.

**Eigen bijdrage:**

u bent voor sommige geneesmiddelen een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd.

*De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) bepaalt welke geneesmiddelen worden vergoed volgens de Zorgverzekeringswet en voor welke geneesmiddelen u een eigen bijdrage moet betalen. Als u moet bijbetalen voor een medicijn, telt deze eigen bijdrage niet mee voor uw eigen risicobedrag. Kijk voor meer informatie op onze website. U kunt voor informatie natuurlijk ook terecht bij uw apotheker.*

**Recept (voorschrift):**

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

**Toestemming:**

voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. Deze voorwaarden zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal van de geneesmiddelen op bijlage 2 hebt u van ons voorafgaande toestemming nodig. De geneesmiddelen, waarvoor u toestemming nodig hebt, kunt u vinden in het Reglement farmaceutische zorg IZZ. Wij kunnen deze lijst tussentijds aanpassen. U ontvangt hierover informatie.

Voor het aanvragen van toestemming kan uw arts een artsenverklaring van [www.znformulieren.nl](http://www.znformulieren.nl) downloaden en invullen. Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts met wie wij een overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan het door uw arts ingevulde formulier tegelijk met het recept inleveren. Uw apotheker beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden. Als u om privacyoverwegingen dit formulier niet bij uw apotheek wil inleveren, kunt u ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen. Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan voorafgaande toestemming vragen door de artsenverklaring rechtstreeks bij ons in te dienen. Kijk voor meer informatie voorin deze voorwaarden.

**Bijzonderheden:**

1. u hebt geen recht op:
  - farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
  - preventieve reisgeneesmiddelen en reisvaccinaties;
  - geneesmiddelen ter voorkoming van zwangerschap als u 21 jaar of ouder bent;
  - geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;

- geneesmiddelen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
  - geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.
2. 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.

*Bent u jonger dan 21 jaar? Dan hebt u recht op anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium. Voor sommige middelen is een eigen bijdrage van toepassing.*

*Bent u 21 jaar of ouder? U hebt dan geen recht op anticonceptiemiddelen.*

*Ongeacht uw leeftijd, hebt u recht op het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals een spiraaltje of implanonstaafje door de huisarts of medisch specialist.*

*U kunt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement farmaceutische zorg IZZ vinden op onze website of telefonisch opvragen. Kijkt u voor meer informatie voorin deze voorwaarden.*

## Artikel 31 | 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:

- a. lijdt aan een stofwisselingsstoornis;
- b. lijdt aan een voedselallergie;
- c. lijdt aan een resorptiestoornis;
- d. lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop; of
- e. 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 apotheekhoudend huisarts terecht.

Telefoonnummer Sorgente: (030) 634 62 62.

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

**Op voorschrift van:**

diëtist, huisarts, medisch specialist of kaakchirurg.

**Toestemming:**

u hebt voorafgaande toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming, kan uw arts een artsenverklaring van [www.znformulieren.nl](http://www.znformulieren.nl) downloaden en invullen.

Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts met wie wij een overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan het door uw arts ingevulde formulier tegelijk met het recept inleveren. Uw apotheker beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden. Als u om privacyoverwegingen dit formulier niet bij uw apotheek wilt inleveren, kunt u ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen. Deze procedure geldt ook voor onze voorkeursleveranciers Sorgente en Tefa-Portanje B.V.

Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan voorafgaande toestemming vragen door de artsenverklaring rechtstreeks naar Zorgverzekeraar IZZ te (laten) sturen. Kijk voor meer informatie voorin deze voorwaarden.

**Bijzonderheden:**

u hebt geen recht op dieetproducten.

*Een dieetproduct is een voedingsmiddel met een andere samenstelling. Voorbeelden zijn glutenvrije of zoutarme producten. Deze producten worden niet vergoed. Een dieetpreparaat heeft een andere samenstelling en vorm dan gewone voeding.*

## Hulpmiddelenzorg

### Artikel 32 | Hulpmiddelen en verbandmiddelen

**Omschrijving:**

u hebt recht op functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. De meeste hulpmiddelen en verbandmiddelen ontvangt u in eigendom. Andere hulpmiddelen ontvangt u in bruikleen. Dat wil zeggen dat u dit hulpmiddel kunt gebruiken zolang u hierop bent aangewezen en zolang u bij ons bent verzekerd. U sluit met ons een bruikleenovereenkomst, waarin uw rechten en plichten zijn opgenomen. Hulpmiddelen in bruikleen kunt u alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten.

Krijgt u het hulpmiddel in eigendom? Dan is en blijft het hulpmiddel van u.

In het Reglement hulpmiddelen IZZ vindt u de volgende informatie:

- wordt het hulpmiddel in eigendom of in bruikleen verstrekt;
- de kwaliteitseisen waaraan de zorgaanbieder moet voldoen;
- of u een verwijzing nodig hebt en zo ja, van wie;
- of u voorafgaande toestemming nodig hebt (voor eerste aanschaf, herhaling of reparatie);
- gebruikstermijn van het betreffende hulpmiddel. Deze gebruikstermijn is richtinggevend. Als dit nodig is, kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- maximum te leveren aantallen/stuks;
- bijzonderheden zoals maximale vergoedingen.

U ontvangt de hulpmiddelen gebruiksklaar. Als dat van toepassing is, ontvangt u het hulpmiddel inclusief eerste batterijen, oplaadapparaat en/of gebruiksinstructie.

*Wij maken met zorgaanbieders afspraken over de kwaliteit, prijs en service. Als u naar een zorgaanbieder gaat met wie wij een overeenkomst hebben gesloten, kunt u een goed product en uitstekende dienstverlening verwachten. Ook hoeft u zelf geen toestemming aan te vragen of kosten voor te schieten. Wij betalen de kosten namelijk rechtstreeks aan de zorgaanbieder. Een overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. U kunt deze informatie ook telefonisch bij ons opvragen. Kijk voorin deze voorwaarden welk telefoonnummer u kunt bellen.*

*Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de nota zelf moet betalen.*

*Voor een hulpmiddel in eigendom hebt u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven 2011, zoals deze zijn overeengekomen tussen de betreffende zorgaanbieders en ons. In de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders IZZ 2011 zijn de betreffende maximale vergoedingen per hulpmiddel opgenomen. Deze lijst vindt u op onze website. U kunt deze informatie ook telefonisch bij ons opvragen. Kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.*

*Als het een bruikleenhulpmiddel betreft, dan bedraagt de vergoeding maximaal 80% van de gemiddelde kosten per gebruiker per jaar. De hoogte van de gemiddelde kosten is gelijk aan de kosten, die wij zouden hebben betaald voor verstrekking van een hulpmiddel in bruikleen.*

**Door:**

een zorgaanbieder voor hulpmiddelen. U vindt de zorgaanbieders met wie wij een overeenkomst hebben gesloten in de zorggids. Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? In het Reglement hulpmiddelen IZZ vindt u of deze zorgaanbieder aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen.

**Eigen bijdrage/maximale vergoeding:**

u vindt in het Reglement hulpmiddelen IZZ voor welke hulpmiddelen een wettelijke eigen bijdrage of maximumvergoeding geldt.

**Voorschrift:**

zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen IZZ.

**Toestemming:**

u hebt voor de eerste aanschaf van een hulpmiddel of verbandmiddel altijd voorafgaande toestemming nodig. Wij beoordelen of u voldoet aan de gestelde voorwaarden. Hierbij beoordelen wij of u bent aangewezen op het hulpmiddel of verbandmiddel. Ook bekijken wij of het hulpmiddel doelmatig is en niet onnodig kostbaar. U vindt in het Reglement hulpmiddelen IZZ per hulpmiddel of u voor vervanging of reparatie van het hulpmiddel ook voorafgaande toestemming nodig hebt.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij een overeenkomst hebben gesloten? Uw zorgaanbieder beoordeelt voor ons of u voldoet aan de voorwaarden. Voor sommige hulpmiddelen is afgesproken dat wij de aanvraag beoordelen. In dat geval stuurt de zorgaanbieder uw aanvraag naar ons door.

Als u om privacyoverwegingen niet wilt dat de zorgaanbieder uw aanvraag beoordeelt, kunt u ons de aanvraag ook rechtstreeks sturen.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? U moet ons dan zelf voorafgaande toestemming vragen. Wilt u bij de aanvraag de offerte van het hulpmiddel en de toelichting van de voorschrijver meesturen?

Voorin deze voorwaarden vindt u waar u de aanvraag naar toe kunt sturen.

**Bijzonderheden:**

1. u moet het hulpmiddel goed verzorgen. U krijgt binnen de normale gemiddelde gebruikstermijn alleen toestemming voor vervanging van een hulpmiddel als het huidige hulpmiddel niet meer adequaat is. U kunt een verzoek tot vervanging binnen de gebruikstermijn, wijziging of reparatie vooraf gemotiveerd bij ons indienen. Als door toerekenbare onachtzaamheid, opzet of roekeloosheid schade aan het hulpmiddel ontstaat, hebt u binnen de gebruikstermijn geen recht op vervanging of reparatie van het hulpmiddel;
2. u kunt toestemming krijgen voor een tweede exemplaar van het hulpmiddel als u daar redelijkerwijs op bent aangewezen;

3. als u een hulpmiddel in bruikleen hebt ontvangen kan controle plaatsvinden. Als wij van oordeel zijn dat u redelijkerwijs niet (langer) op het hulpmiddel bent aangewezen, kunnen wij het hulpmiddel terugvorderen.

*U kunt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen IZZ vinden op onze website of telefonisch opvragen. Kijk voorin deze voorwaarden welk telefoonnummer u kunt bellen.*

## Verblijf in een instelling

### Artikel 33 | 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, of revalidatie-instelling dat voldoet aan de eisen zoals de Wet toelating zorginstellingen (WTzi) deze stelt aan een instelling.

#### Op voorschrift van:

verloskundige, medisch specialist, psychiater/zenuwarts of kaakchirurg. Zij stellen de medische noodzaak vast.

#### 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 34 | 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.

*Ambulancevervoer is vervoer van zieken en ongevalslachtoffers 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 verstrekken of vergoeden van dat vervoer zal voor u leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule). Deze hardheidsclausule geldt per jaar.

#### **Wanneer kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule?**

*Als de uitkomst van de rekensom 'aantal aaneengesloten maanden (maximaal 12) dat vervoer noodzakelijk is x het aantal keren per week x het aantal kilometers enkele reis' groter of gelijk is aan 250.*

*Bijvoorbeeld: u had 5 maanden vervoer nodig voor 2 keer per week en de reisafstand enkele reis was 25 kilometer. Dan kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule, want 5 maanden x 2 keer per week x 25 km enkele reis is 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 kunnen wij 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 € 0,27 per kilometer. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis worden apart berekend.

#### Eigen bijdrage:

u bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van maximaal € 92,- per kalenderjaar voor zittend ziekenvervoer. Er geldt geen eigen bijdrage voor ambulancevervoer.

#### Op voorschrift van:

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

#### Toestemming:

u hebt alleen voorafgaande toestemming nodig voor zittend ziekenvervoer.

*U kunt met het Formulier medische verklaring zittend ziekenvervoer toestemming aanvragen. Dit formulier kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. Kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.*

#### Bijzonderheden:

1. als wij u toestemming geven om naar een bepaalde zorgaanbieder of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet;
2. in gevallen waarin ziekenvervoer per ambulance, auto of een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kunnen wij toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door ons aan te geven vervoermiddel.

## Zorgbemiddeling

### Artikel 35 | Zorg- en wachtlijstbemiddeling

#### 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 het IZZ Basispakket. U kunt voor deze zorgbemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling.

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. Wij bekijken 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 gebruikmaken van een zorgaanbieder waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten. De kosten van deze niet-gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij 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 Zorgverzekeraar IZZ en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een IZZ Basispakket en eventuele IZZ 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 Zorgverzekeraar IZZ als onderdeel van het IZZ Basispakket 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.

**IZZ Basispakket, variant Natura:** een tussen Zorgverzekeraar IZZ en de verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering.

**Toestemming (machtiging):** een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens Zorgverzekeraar IZZ voor u wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

**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 Zorgverzekeraar IZZ, is vermeld.

**Verzekeringnemer:** degene die met Zorgverzekeraar IZZ 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.

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

**Verzekeringsvoorwaarden IZZ Basispakket, variant Natura / verzekeringsvoorwaarden:** de modelovereenkomst als bedoeld in artikel 1j van de Zorgverzekeringswet van Zorgverzekeraar IZZ.

**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.

**Zorgpolis:** de akte waarin de tussen de verzekeringnemer en Zorgverzekeraar IZZ gesloten zorgverzekering is vastgelegd.

**Zorgverzekeraar IZZ:** IZZ Zorgverzekeraar N.V., gevestigd in Arnhem en statutair gevestigd in Nijmegen, KvK-nummer: 09143315. Zorgverzekeraar IZZ is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12001039. Zorgverzekeraar IZZ is onderdeel van 'Univé-VGZ-IZA-Trias'. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt Zorgverzekeraar IZZ aangeduid met 'wij' en 'ons'.

**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.





# Deel 2

## Aanvullende verzekeringen

## I. Algemeen gedeelte

### Artikel 1 | Verzekerde zorg

#### 1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Uw aanvullende verzekering geeft u recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden.

#### 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. Vergoeding van de kosten van zorg

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg 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. Als u gebruikmaakt van zorg die door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder wordt geleverd, dan worden de kosten van zorg vergoed op basis van het met de betreffende zorgaanbieders afgesproken tarief.

#### 1.4. Door wie mag de zorg verleend worden?

U hebt vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan. Voor een aantal vormen van zorg hebt u geen vrije keuze van zorgaanbieder, maar is er sprake van door ons gecontracteerde, aangewezen of erkende zorgaanbieders. U krijgt in die gevallen geen vergoeding als u gebruikt maakt van niet-gecontracteerde, niet-aangewezen of niet erkende zorgaanbieders. Met sommige leveranciers hebben wij specifieke afspraken gemaakt. Dit zijn onze voorkeursleveranciers. Daar waar sprake is van voorkeursleveranciers wordt dit in het betreffende zorgartikel aangegeven.

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Voor veel zorgaanbieders zijn deze eisen wettelijk vastgelegd en is de medische titel beschermd. Dit geldt bijvoorbeeld voor een huisarts, medisch specialist, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut en tandarts. Voor de zorgaanbieders waarvoor deze voorwaarden niet in de wet zijn vastgelegd of waarvoor wij aanvullende voorwaarden hebben gesteld, kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden aan welke eisen de zorgaanbieder moet voldoen.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders kunt u raadplegen via onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden. De erkende zorgaanbieders vindt u in het betreffende zorgartikel.

#### 1.5. Hoe maakt u aanspraak op vergoeding?

Veel zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons

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 manier zijn gespecificeerd, dat wij er zonder verdere navraag uit op kunnen maken tot welke vergoeding wij zijn gehouden. Ingediende nota's waarop uitkering wordt gedaan worden niet teruggestuurd aan u. Wij hebben het recht te wachten met betaling van de nota totdat betaling van de kosten door u is aangetoond. U kunt nota's tot maximaal drie jaar na het begin van de behandeling indienen.

*Spaar uw nota's niet op, maar dien ze direct in. Dat scheelt u en ons in administratie.*

#### 1.6. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Hiermee vervalt uw recht op vergoeding.

#### 1.7. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij ten opzichte van u gehouden zijn of de kosten van zorg komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u als verzekeringnemer in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

#### 1.8. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of een voorafgaande schriftelijke toestemming 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.

#### Toestemming

Als toestemming nodig is, hebt u voor de zorg onze voorafgaande toestemming nodig. Deze toestemming wordt ook wel machtiging genoemd.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij een overeenkomst hebben gesloten?

Als de zorg wordt verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder, beoordeelt hij voor ons of u voldoet aan de voorwaarden. Voor sommige zorg is afgesproken dat wij zelf de aanvraag beoordelen. In dat geval stuurt de zorgaanbieder de aanvraag naar ons door.

Als u om privacyoverwegingen uw aanvraag niet door uw zorgaanbieder wilt laten afhandelen, dan kunt u uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten?

Maakt u gebruik van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

#### 1.9. Ontlenen recht

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de behandeling of levering tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering 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 behande-

ling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering.

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.

### 1.10. Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

- (vergoeding van de kosten van) zorg die verband houden met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het tot stand komen van de verzekering en waarmee u bekend was of kon zijn of waarvan u toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gemaakt aan ons. Deze uitsluiting is niet van toepassing als de verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen;
- vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig betalen van nota's van zorgaanbieders;
- vergoeding van eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- van zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de AWBZ, als de verzekerde voor deze wet verzekerd was;
- van zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van een zorgverzekering volgens de Zorgverzekeringswet of een daarmee overeenkomende ziektekostenverzekering;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van de AWBZ, de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de verzekering bij ons niet zou bestaan. In dat geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal op grond van deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken. Wij hanteren het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. Zie onze website;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muerij, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
- veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- vergoeding als de kosten in rekening worden gebracht door uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid, tenzij door ons vooraf toestemming is verleend.

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

Hebt u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg.

De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is.

De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

#### **Waarborg uitkering bij terrorisemeschade**

*Na de aanslagen van 11 september 2001 in Amerika, is duidelijk geworden hoeveel schade terroristische aanslagen in werkelijkheid kunnen aanrichten. Een groot-schalige aanslag in Nederland zou kunnen betekenen dat het aantal schadeclaims zo groot is dat ze niet allemaal kunnen worden uitbetaald.*

*Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorisemeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij Terrorisme (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen.*

*De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. De NHT heeft de regels voor het zorgvuldig afwickelen van schadeclaims opgenomen in het Protocol Afwickelen schadeclaims.*

*In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de) schade krijgt vergoed.*

## 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 ons schriftelijk hebt doorgegeven.

### 2.2. Aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde of op andere schriftelijke manier aan u bevestigde aanvullende verzekering(en).

Na het sluiten van de verzekeringsovereenkomst ontvangt u van ons zo snel mogelijk een polis. Vervolgens ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuwe polis. Op het polisblad worden de verzekerden en de voor hen gesloten verzekeringen vermeld.

Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de volgende aanvullende verzekeringen:

- IZZ Bijzonder Bewust: hoofdstuk II;
- Basisaanvullende regeling: hoofdstuk III;
- Regeling extra vergoedingen: hoofdstuk IV;
- Regeling aanvullende vergoedingen, Pakket 1: hoofdstuk V;
- Regeling aanvullende vergoedingen, Pakket 2: hoofdstuk VI;
- IZZ Comfort: hoofdstuk VII.

Tenzij uit enige bepaling anders blijkt, zijn hoofdstuk I en VIII op alle verzekeringen van toepassing.

### 2.3. Bijbehorende documenten

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

- bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- het Clausuleblad terrorismedekking;
- overzicht gecontracteerde zorgaanbieders;
- verwijzingsprotocol naar de lactatiekundige NVL.

Deze documenten kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

### 2.4. Fraude

Materiële controle en fraude onderzoek wordt verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de zorgverzekering bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald.

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). Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug.

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

Ook kunnen wij 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).

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie, justitie en/of FIOD-ECD.

Wij zijn onderdeel van 'Univé-VGZ-IZA-Trias'. Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat wij uw aanvullende verzekering(en) en binnen de Univé organisatie lopende (schade)verzekeringen kunnen beëindigen. U kunt gedurende een periode van acht jaar geen aanvullende verzekeringen of andere schadeverzekeringen sluiten binnen 'Univé-VGZ-IZA-Trias'.

Wij kunnen de noodzakelijk gemaakte onderzoekskosten bij u terugvorderen.

### 2.5. Bescherming persoonsgegevens

Wij nemen uw privacy serieus. Uw persoonsgegevens zijn nodig voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringen en worden opgenomen in onze persoonsregistratie. 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 onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Vanaf de ingangsdatum van de aanvullende verzekering mogen wij:

- aan derden (zoals zorgaanbieders en leveranciers) inlichtingen vragen en geven als wij dit nodig vinden om de verplichtingen uit de aanvullende verzekering(en) te kunnen nakomen;

- uw burgerservicenummer (BSN) in de administratie opnemen. Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Wij zullen in de communicatie met uw zorgaanbieders uw BSN gebruiken.

Wij nemen hierbij de privacywetgeving in acht.

*Als wij uw rekeningen rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangen en aan hen betalen, wordt uw aanvullende verzekering 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 ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt.

### 2.7. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de aanvullende verzekering, 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.

### 2.8. Nederlands recht

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

## Artikel 3 | Premie

### 3.1. Verschuldigdheid van premie

De verzekeringnemer is premie verschuldigd. Voor een verzekerde is tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie verschuldigd.

*Voor kinderen, die vallen onder de collectieve regeling van IZZ of de Ex-IZZ-verzekering en waarvoor een IZZ Basispakket is afgesloten, geldt een afwijkende regel. Voor deze kinderen is tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 30e verjaardag geen premie verschuldigd.*

Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden.

### 3.2. Betaling van premie, wettelijke bijdragen en kosten

3.2.1. U bent als verzekeringnemer verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage op de bij aanmelding overeengekomen manier voor alle verzekerden vooruit te betalen.

3.2.2. Wanneer u voor premiebetaling per maand hebt gekozen, bent u als verzekeringnemer verplicht toestemming te geven voor maandelijkse afschrijving van uw bankrekening. Een door u als verzekeringnemer afgegeven toestemming voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, wettelijke bijdragen en overige kosten. Het automatisch te incasseren bedrag is gemaximeerd tot € 250,00 per

maand. Voor bedragen boven de € 250,00 sturen we een acceptgiro.

### 3.3. Verrekening

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

### 3.4. Niet-tijdig betalen

3.4.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen en kosten niet tijdig betaalt, sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kunnen wij de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premieevaldag 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 wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht bij niet tijdige betaling de aanvullende verzekering te beëindigen.

In geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. De verzekering gaat in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.

3.4.2. Wij kunnen administratiekosten, minnelijke en gerechtelijke incassokosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen.

3.4.3. Als u al bent aangemaand voor niet tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen of kosten, hoeven wij u bij niet-tijdig betalen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

3.4.4. Wij hebben het recht om achterstallige premie en kosten te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere van ons te ontvangen bedragen.

3.4.5. Als wij de verzekering wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie beëindigen, hebben wij 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 onze medisch adviseur;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers, die met controle zijn belast tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die nodig is voor de uitvoering van de aanvullende verzekering;
- ons te informeren over feiten, die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van belang zijn. Wijzigingen zijn onder meer (echt)scheiding, geboorte, begin en einde detentie, adoptie of wijziging bankrekeningnummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, kunnen wij uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg schorsen.

## Artikel 5 | Wijziging premie en voorwaarden

### 5.1. Wijziging premie en voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie van de aanvullende verzekering(en) op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een dergelijke wijziging gebeurt op een door ons vast te stellen datum.

### 5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premie van de aanvullende verzekering(en) in uw nadeel wijzigen, kunt u de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt als verzekeringnemer in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld de overeenkomst opzeggen. Dit opzeggingsrecht hebt u niet als een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepaling.

## Artikel 6 | Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering

### 6.1. Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop het IZZ Basispakket aanvangt of op 1 januari van een kalenderjaar. Als u bij ons het IZZ Basispakket aanvraagt, geeft u ons toestemming uw oude zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar op te zeggen. Deze toestemming geldt ook voor de aanvullende verzekeringen. Als de aanvullende verzekering(en) niet opgezegd moet(en) worden, moet u dat op het aanvraagformulier vermelden.

De aanvullende verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

### 6.2. Toelating, acceptatie en pakketkeuze voor de aanvullende verzekering(en)

6.2.1. Toelating en acceptatie voor de aanvullende verzekeringen  
U kunt de aanvullende verzekeringen in aanvulling op het IZZ Basispakket sluiten. Hiervoor geldt geen medische selectie.

Voor toelating tot de Regeling aanvullende vergoedingen, Pakket 1 of Pakket 2, voor verzekerden van 18 jaar en ouder moet een tandheelkundige verklaring ingevuld worden. Verzekerden jonger dan 18 jaar krijgen dezelfde aanvullende verzekering als de verzekeringnemer.

#### **Collectieve regeling**

*Verzekerden die vallen onder de collectieve regeling van IZZ, hoeven voor toelating tot de Regeling aanvullende vergoedingen, Pakket 1 of 2 geen tandheelkundige verklaring in te vullen.*

*Kinderen jonger dan 30 jaar, die vallen onder de collectieve regeling van IZZ of de Ex-IZZ-verzekering en waarvoor een IZZ Basispakket is afgesloten, krijgen dezelfde aanvullende verzekering als de verzekeringnemer.*

6.2.2. Mogelijke pakketcombinatie

Wanneer u een aanvullende verzekering wilt afsluiten, geldt het volgende:

- de Regeling extra vergoedingen of de Regeling aanvullende vergoedingen kan alleen in combinatie met de Basisaanvullende regeling gesloten worden;
- verzekerde moet een keuze maken tussen de Regeling

- extra vergoedingen of de Regeling aanvullende vergoedingen, Pakket 1 of Pakket 2;
- de aanvullende verzekering IZZ Comfort is uitsluitend voor verzekerden die gebruikmaken van de collectieve regeling van IZZ. IZZ Comfort kan alleen in combinatie met de Regeling aanvullende vergoedingen, Pakket 2 worden gesloten. Kinderen in de zin van de collectieve regeling kunnen geen gebruikmaken van IZZ Comfort;
- IZZ Bijzonder Bewust kan niet in combinatie met andere aanvullende verzekeringen worden afgesloten. Verzekerden, niet zijnde de verzekeringnemer of de partner van verzekeringnemer, kunnen geen gebruikmaken van IZZ Bijzonder Bewust.

#### 6.2.3. Wijziging aanvullende verzekering

U kunt van aanvullende verzekering wijzigen. Het bepaalde in 6.2.1 en 6.2.2 is van toepassing. U als verzekeringnemer moet de wijzigingen uiterlijk 31 december aan ons doorgeven. De wijziging gaat in per 1 januari van het volgende kalenderjaar.

Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door bij wijziging van aanvullende verzekering binnen IZZ.

#### 6.3. Einde van rechtswege

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

- wij door wijziging of intrekking van onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren;
- de verzekerde overlijdt;
- wij stoppen met het aanbieden en uitvoeren van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekeringen.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of andere feiten en omstandigheden over de verzekerde die tot het einde van de aanvullende verzekering(en) hebben geleid of kunnen leiden. Als wij vaststellen dat de aanvullende verzekering is geëindigd of zal eindigen, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

Als de aanvullende verzekering eindigt omdat wij stoppen met het aanbieden van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekeringen stellen we u als verzekeringnemer uiterlijk drie maanden voordat de aanvullende verzekering eindigt hiervan op de hoogte.

#### 6.4. Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?

##### 6.4.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.

##### 6.4.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- tegelijk met het beëindigen van het IZZ Basispakket.

6.4.3. U kunt voor opzegging van de aanvullende verzekering(en) zoals bedoeld in artikel 6.4.1. en 6.4.2. ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars.

#### 6.5. Wanneer kunnen wij de aanvullende verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van het niet-tijdig betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.5;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen twee maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de aanvullende verzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

## Artikel 7 | Klachten en geschillen

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

7.1.1. U kunt ervan uitgaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan 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 onze website. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

#### *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*
- *Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken 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.*

7.1.2. U ontvangt van ons 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](http://www.skgz.nl). U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

### 7.2. Klachten over onze formulieren

7.2.1. Vindt u een formulier 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 onze website.

7.2.2. U ontvangt van ons 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](mailto:informatielijn@nza.nl). Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, [www.nza.nl](http://www.nza.nl), is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

## Artikel 8 | Zorg- en wachtlijstbemiddeling

U hebt aanspraak op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet aanvaardbare lange wachtlijst voor medisch-specialistische, kaakchirurgische of psychologische zorg of enige andere vorm van zorg met een wachttijd door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens deze aanvullende verzekering. Als sprake is van een niet aanvaardbare lange wachttijd kunt u een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. 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. Wij bekijken samen met u de mogelijkheden.

## II. IZZ Bijzonder Bewust

### Artikel 1 | Beweegzorg (fysiotherapie en bewegingstherapie)

#### Omschrijving:

1. beweegzorg is zorg die klachten aan het bewegingsapparaat verhelpt. Hierbij moet u denken aan de volgende therapieën:
  - fysiotherapie;
  - oedeemtherapie;
  - oefentherapie Cesar/Mensendieck;
  - ergotherapie;
2. naast deze reguliere therapieën kunt u ook gebruikmaken van alternatieve bewegingstherapieën:
  - chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., (ortho) manuele geneeskunde, craniosacraaltherapie, haptotherapie, adem- en ontspanningstherapie van Dixhoorn.

#### Door:

voor therapieën onder omschrijving, punt 1:

- fysiotherapie: fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut);
- oedeemtherapie: oedeemtherapeut of huidtherapeut. De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici;
- oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Register van Verbijzonderde Oefentherapeuten C/M (dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut);
- ergotherapie: ergotherapeut;

Voor alternatieve bewegingstherapieën onder omschrijving, punt 2: een door ons aangewezen zorgaanbieder. U kunt een overzicht van de door ons aangewezen zorgaanbieders vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

#### Vergoeding:

de kosten voor de zorg genoemd onder omschrijving, punt 1 en 2 samen worden vergoed tot ten hoogste € 150,00 per kalenderjaar. Voor therapieën onder omschrijving, punt 1 geldt: als de behandeling wordt verzorgd door een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten, worden de kosten vergoed tot ten hoogste de tarieven zoals genoemd in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders IZZ 2011. U kunt de lijst vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

#### Bijzonderheden:

1. als het behandeling betreft van een aandoening volgens bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering, dan vindt – voor verzekerden van 18 jaar en ouder vanaf de dertiende behandeling – vergoeding plaats vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf onze toestemming vereist;
2. vergoeding van kosten van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie geldt vanaf de tiende behandeling. De eerste negen behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering;
3. verzekerden jonger dan 18 jaar hebben recht op vergoeding van de kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de negentiende behandeling. De eerste achttien behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering;
4. vergoeding van de kosten van ergotherapie geldt vanaf het elfde behandeluur. De eerste tien behandeluren zijn opgenomen in de zorgverzekering;

5. met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld:
- arbocuratieve- of reïntegratietrajecten;
  - (groeps)behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, medische fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht, cardiotraining e.d.

## Artikel 2 | Brillen, contactlenzen, ooglaserbehandeling of lensimplantaties

### Omschrijving:

1. een tegemoetkoming in de aanschafkosten van contactlenzen en/of brillenglazen op sterkte met bijbehorende brilmonturen;
2. een tegemoetkoming in de kosten van een ooglaserbehandeling of een lensimplantatie. Implantatie van multifocale lenzen (bijvoorbeeld Restore) wordt niet vergoed.

### Door:

1. omschrijving, punt 1: opticien of optiekbedrijf;
2. omschrijving, punt 2: oogarts.

### Vergoeding:

de kosten genoemd onder omschrijving, punt 1 en 2 samen worden vergoed tot ten hoogste € 75,00 in een periode van drie kalenderjaren.

*Wij hebben met een aantal opticienketens speciaal voor u aanvullende afspraken gemaakt. Kiest u ervoor om bij deze voorkeursleveranciers uw bril en/of contactlenzen aan te schaffen, dan levert u dat extra voordeel op. Zo kunt u voor hetzelfde geld een duurdere bril of contactlenzen uitzoeken. Ga naar onze website voor meer informatie.*

*Wij hebben met een aantal centra voor refractiechirurgie (ooglaseren en/of lensimplantaties) afspraken gemaakt. Daardoor krijgt u een korting, waardoor het bedrag dat u zelf nog moet betalen lager wordt. De kwaliteit is door ons getoetst. Ga naar onze website voor meer informatie.*

## Artikel 3 | Preventieve en curatieve tandheelkundige zorg

### Omschrijving:

preventieve en curatieve mondzorg.

### Door:

tandarts. De tandprotheticus met wie wij een overeenkomst hebben gesloten en de mondhygiënist mogen zorg verlenen die behoort tot hun deskundigheidsgebied.

### Vergoeding:

de onderstaande prestatiecodes:

	Prestatiecode
Preventieve tandheelkunde	C 11, M50, M55, M59
Curatieve tandheelkunde	X10, A10, H10, V10, V11, V12, V13, V20, V21

De kosten van preventieve en curatieve tandheelkunde samen komen voor een vergoeding in aanmerking tot ten hoogste € 250,00 per kalenderjaar.

*Uw tandarts specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering in de tarievenlijst tandheelkunde. Deze tarievenlijst met maximale tandheelkundige tarieven wordt jaarlijks opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). De behandelingen worden in prestatiecodes uitgedrukt. Deze prestatiecodes beginnen met een letter gevolgd door twee cijfers. Zo staat de C11 voor een eerste jaarlijkse consult.*



### III. Basisaanvullende regeling

#### Artikel 1 | Bewegzorg (fysiotherapie en bewegingstherapie)

##### Omschrijving:

1. beweegzorg is zorg die klachten aan het bewegingsapparaat verhelpt. Hierbij moet u denken aan de volgende therapieën:
  - fysiotherapie;
  - oedeemtherapie;
  - oefen therapie Cesar/Mensendieck;
  - ergotherapie;
2. naast deze reguliere therapieën kunt u ook gebruik maken van alternatieve bewegingstherapieën:
  - chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., (ortho) manuele geneeskunde, craniocraaltherapie, haptotherapie, adem- en ontspanningstherapie van Dixhoorn.

##### Door:

voor therapieën onder omschrijving, punt 1:

- fysiotherapie: fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut);
- oedeemtherapie: oedeemtherapeut of huidtherapeut. De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici;
- oefen therapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Register van Verbijzonderde Oefentherapeuten C/M (dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut);
- ergotherapie: ergotherapeut;

Voor alternatieve bewegingstherapieën onder omschrijving, punt 2: een door ons aangewezen zorgaanbieder. U kunt een overzicht van de door ons aangewezen zorgaanbieders vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

##### Vergoeding:

de kosten van zorg genoemd onder omschrijving, punt 1 en 2 samen worden vergoed tot ten hoogste € 150,00 per kalenderjaar. Voor therapieën onder omschrijving, punt 1 geldt: als de behandeling wordt verzorgd door een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten worden de kosten vergoed tot ten hoogste de tarieven zoals genoemd in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders IZZ 2011. U kunt deze lijst vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

##### Bijzonderheden:

1. als het behandeling betreft van een aandoening volgens bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering, dan vindt - voor verzekerden van 18 jaar en ouder vanaf de dertiende behandeling - vergoeding plaats vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf onze toestemming vereist;
2. vergoeding van kosten van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie geldt vanaf de tiende behandeling. De eerste negen behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering;
3. verzekerden jonger dan 18 jaar hebben recht op vergoeding van de kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder)oefen therapie Cesar/Mensendieck vanaf de 19e behandeling. De eerste achttien behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering;
4. vergoeding van de kosten van ergotherapie geldt vanaf het elfde behandeluur. De eerste tien behandeluren zijn opgenomen in de zorgverzekering;

5. met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld:
  - arbocuratieve- of reïntegratietrajecten;
  - (groeps)behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, medische fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht, cardiotraining e.d.;
6. als de verzekerde naast de Basisaanvullende regeling ook is ingeschreven in de Regeling extra vergoedingen, de Regeling aanvullende vergoedingen, Pakket 1 of Pakket 2 dan geldt een ruimere vergoeding.

#### Artikel 2 | Besnijdenis (Medische circumcisie)

##### Omschrijving:

medisch noodzakelijke besnijdenis (circumcisie) in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis, een gecontracteerd besnijdeniscentrum of huisartsenpraktijk.

##### Door:

medisch specialist of huisarts met wie wij daartoe afspraken hebben gemaakt.

##### Vergoeding:

volledig.

##### Verwijsbrief van:

huisarts of medisch specialist.

##### Toestemming:

ja, met toelichting van de behandelend uroloog of huisarts.

#### Artikel 3 | Brillen, contactlenzen, ooglaserbehandeling of lensimplantaties

##### Omschrijving:

1. een tegemoetkoming in de kosten van contactlenzen en/of brillenglazen op sterkte met bijbehorende brilmonturen;
2. een tegemoetkoming in de kosten van een ooglaserbehandeling of een lensimplantatie. Implantatie van multifocale lenzen (bijvoorbeeld Restore) wordt niet vergoed.

##### Door:

1. omschrijving, punt 1: opticien of optiekbedrijf;
2. omschrijving, punt 2: oogarts.

##### Vergoeding:

de kosten genoemd onder omschrijving, punt 1 en 2 samen worden vergoed tot ten hoogste € 200,00 in een periode van drie kalenderjaren.

*Wij hebben met een aantal opticienketens speciaal voor u aanvullende afspraken gemaakt. Kiest u ervoor om bij deze voorkeursleveranciers uw bril en/of contactlenzen aan te schaffen, dan levert u dat extra voordeel op. Zo kunt u voor hetzelfde geld een duurdere bril of contactlenzen uitzoeken. Ga naar onze website voor meer informatie.*

*Wij hebben met een aantal centra voor refractiechirurgie (ooglaseren en/of lensimplantaties) afspraken gemaakt. Daardoor krijgt u een korting, waardoor het bedrag dat u zelf nog moet betalen lager wordt. De kwaliteit is door ons getoetst. Ga naar onze website voor meer informatie.*

## Artikel 4 | Groepsrevalidatie en groepstherapie voor patiënten met kanker

### Omschrijving:

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

### Door:

- instellingen, anders dan ziekenhuizen en integrale kankercentra, die voor de groepsrevalidatie "Herstel en Balans" gecertificeerd zijn door de Stichting Herstel & Balans. U kunt deze instellingen vinden op [www.herstelenbalans.nl](http://www.herstelenbalans.nl);
- instellingen die aangesloten zijn bij de Stichting Instellingen PsychoSociale Oncologie (IPSO).

### Vergoeding:

ten hoogste € 700,00 per diagnose.

### Verwijsbrief van:

medisch specialist.

### Bijzonderheden:

als oncologische revalidatie wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist, vindt vergoeding plaats vanuit de zorgverzekering.

## Artikel 5 | IZZ FitKit

*Via [Gezondizz.nl](http://Gezondizz.nl) kunt u kosteloos gebruikmaken van de diensten van een groot aantal deskundigen. U stelt uw vraag via e-mail en uw privacy is strikt gewaarborgd.*

### 5.1. Cursussen, voorlichting en trainingen

#### Omschrijving:

- cursussen en voorlichting die erop gericht zijn de gezondheid te bevorderen en gezondheidsklachten te voorkomen, zoals cursussen gericht op:
  - periode rondom zwangerschap;
  - voeding;
  - stoppen met roken;
  - eerste hulp aan kinderen;
- cursussen en voorlichting die erop gericht zijn te leren omgaan met een ziekte en/of aandoening, zoals leren omgaan met diabetes, reuma, astma, dementie;
- therapeutisch zwemmen in groepsverband voor verzekerden met één van de chronische aandoeningen: reumatoïde artritis, Bechterew of verzekerden met hartproblemen. Met als doel de conditie van verzekerden te verbeteren en op peil te houden.

#### Door:

- omschrijving, punt 1: thuiszorgorganisatie, kraamcentrum, Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) of Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG);
- omschrijving, punt 2: thuiszorgorganisatie, GGD, RIAGG of patiëntenvereniging die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of het Regionaal Patiënten Consumenten Platform (RPCP);
- omschrijving, punt 3: patiëntenvereniging van reuma-, Bechterew of hartpatiënten die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (zie [www.npcf.nl](http://www.npcf.nl): onder het kopje "organisatie" vindt u de link "onze leden").

#### Vergoeding:

ten hoogste € 100,00 per kalenderjaar.

### 5.2. Vaccinatie

#### Omschrijving:

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

#### Door:

- huisarts of arts die een LCR-accreditatie en gele-koorts registratie heeft. Voor adressen zie de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR): [www.lcr.nl](http://www.lcr.nl);
- een Travel (Health) Clinics verbonden aan een ziekenhuis. U kunt een overzicht van Travel (Health) Clinics die verbonden zijn aan een ziekenhuis vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

#### Vergoeding:

- als de zorg wordt verleend door een onder, punt 1 genoemde zorgaanbieder: 75% tot ten hoogste € 140,00 per kalenderjaar;
- als de zorg wordt verleend door een onder, punt 2 genoemde zorgaanbieder: volledig, tot ten hoogste € 140,00 per kalenderjaar.

### 5.3. Sportgeneeskunde

#### Omschrijving:

behandelingen, consulten en sportkeuringen.

#### Door:

sportarts die werkzaam is in een sportmedische instelling die aangesloten is bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

#### Vergoeding:

ten hoogste € 120,00 per twee kalenderjaren.

### 5.4. Zorg voor vrouwen in de overgang

#### Omschrijving:

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

#### Door:

verpleegkundige die de opleiding gevolgd heeft tot Care for Women Specialiste of die aangesloten is bij de overgangspraktijk Women's Life.

#### Vergoeding:

ten hoogste € 40,00 per consult tot ten hoogste 4 consulten voor de gehele looptijd van de verzekering.

### 5.5. Incontinentiezorg

#### Omschrijving:

leefadviezen en een medische conclusie voor vrouwen die last hebben van ongewild urineverlies. Na het invullen van een diagnostisch expertsysteem dat bestaat uit een digitale vragenlijst, ontvangt u online een medische conclusie met aanbevelingen. De digitale vragenlijst vindt u via: [www.izz.nl/incontinentiezorg](http://www.izz.nl/incontinentiezorg).

#### Vergoeding:

volledig, eenmalig.

*Wordt u toch liever persoonlijk begeleid dan kunt u vervolgens gebruikmaken van een programma met een intensieve persoonlijke begeleiding door een incontinentieverpleegkundige. De zorg wordt aan huis geleverd. De kosten van deze persoonlijke begeleiding komen uit de zorgverzekering en vallen daardoor eventueel onder het verplicht en/of vrijwillig eigen risico.*

## 5.6. Dieetadvisering

### Omschrijving:

voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden.

### Door:

diëtist met wie wij daartoe een overeenkomst hebben gesloten.

### Vergoeding:

een aanvulling van ten hoogste 4 behandelingen per kalenderjaar op het aantal toegestane uren.

## 5.7. IZZ Lijf & Leden

### Omschrijving:

u hebt de keuze uit een basis en een uitgebreide IZZ Lijf & Leden Test. De basis IZZ Lijf & Leden Test omvat de volgende onderzoeken en een advies:

- hartslag;
- bloeddruk;
- gewicht/BMI;
- buikomvang;
- vetpercentage;
- inspanningstest;
- bloedonderzoek: bloedsuiker, totaal cholesterol, cholesterol- HDL, creatinine, gamma gt, hemoglobine, hematocriet;
- urineonderzoek: eiwit, glucose.

De uitgebreide IZZ Lijf & Leden Test omvat naast de onderzoeken van de basis IZZ Lijf & Leden Test:

- een longfunctietest en een ECG.

### Door:

zorgaanbieder met wie wij daartoe een overeenkomst hebben gesloten.

### Vergoeding:

eenmaal per kalenderjaar de basis IZZ Lijf & Leden Test of de uitgebreide IZZ Lijf & Leden Test.

### Eigen bijdrage:

€ 25,00 voor de basis IZZ Lijf & Leden Test en € 50,00 voor de uitgebreide IZZ Lijf & Leden Test. De eigen bijdrage wordt door ons geïncasseerd.

### Bijzonderheden:

u kunt een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

## 5.8. Preventief psychologisch consult

### Omschrijving:

het eerste preventief psychologisch consult. Eventuele noodzakelijke vervolgbehandelingen eerstelijnspsychologische zorg vinden plaats uit het IZZ Basispakket.

### Door:

gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijnspsycholoog. De eerstelijnspsycholoog is een gezondheidszorgpsycholoog die als eerstelijnspsycholoog is ingeschreven in het Register van eerstelijnspsychologen

bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). Eerstelijnspsychologische zorg zoals beschreven in dit artikel voor verzekerden jonger dan 18 jaar mag ook worden verleend door een kinderpsycholoog, jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist. De kinder- en jeugdpsycholoog is als zodanig ingeschreven bij het NIP. De orthopedagoog-generalist is als zodanig ingeschreven in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

De zorg kan plaatsvinden op een afdeling psychiatrie van een algemeen ziekenhuis, GGZ-instelling of vrijgevestigde praktijk.

### Vergoeding:

€ 60,00 per kalenderjaar.

### Bijzonderheden:

als u gebruik wilt maken van het preventief psychologisch consult, dient u hiervoor een brief van IZZ aan de zorgaanbieder te overleggen. U kunt deze brief downloaden via [www.izz.nl/preventiefconsult](http://www.izz.nl/preventiefconsult) of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

## Artikel 6 | Krukken

### Omschrijving:

bruikleen of vergoeding van kosten van aanschaf van krukken.

Er is sprake van bruikleen als de periode van gebruik korter is dan 26 weken.

### Vergoeding:

- volledig (bruikleen en aanschaf) als de krukken geleverd worden door een leverancier met wie wij daartoe een overeenkomst hebben gesloten. U kunt de gecontracteerde leveranciers vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden;
- € 40,00 (aanschaf) als de krukken geleverd worden door een niet-gecontracteerde leverancier.

### Verwijsbrief van:

uw huisarts of medisch specialist als u het hulpmiddel aanschaft.

## Artikel 7 | Orthodontie

### Omschrijving:

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

### Door:

orthodontist of tandarts.

### Vergoeding:

70% van de kosten.

## Artikel 8 | Plastische chirurgie

### 8.1. Correctie van oorschelpen

### Omschrijving:

behandeling van plastisch-chirurgische aard in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis, die strekt tot correctie van uitstaande oorschelpen voor verzekerden tot en met 12 jaar.

### Door:

medisch specialist.

### Vergoeding:

volledig.

**Verwijsbrief van:**  
huisarts of medisch specialist.

## 8.2. Ooglidcorrectie

**Omschrijving:**  
correctie van bovenoogleden in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis.

**Door:**  
medisch specialist.

**Vergoeding:**  
volledig.

**Indicatie:**  
een zeer ernstige gezichtsveldbeperking. Hiervan is sprake als de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm boven het centrum van de pupil hangt of lager. Gemeten wordt ter hoogte van het centrum van de pupil terwijl de verzeerde ontspannen recht vooruit kijkt.

**Verwijsbrief van:**  
huisarts of medisch specialist.

**Toestemming:**  
ja, met toelichting van de behandelend medisch specialist. Bij de aanvraag moet een foto worden meegestuurd (gemaakt door het ziekenhuis of uzelf) waarop de afwijking – zoals omschreven onder indicatie – goed zichtbaar is.

## Artikel 9 | Preventieve en curatieve tandheelkundige zorg

**Omschrijving:**

1. preventieve tandheelkunde: prestatiecodes beginnend met C en M;
2. curatieve tandheelkunde: prestatiecodes beginnend met B, X, A, V, E, G en H;
3. de in de Regeling zorgverzekering vastgestelde eigen bijdrage voor de uitneembare volledige gebitsprothese (prestatiecodes P21, P25, P30, J50, J51, J52 en na 2011: P45) en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten.

**Door:**  
tandarts. De tandprotheticus met wie wij een overeenkomst hebben gesloten en de mondhygiënist mogen zorg verlenen die behoort tot hun deskundigheidsgebied.

**Vergoeding:**  
de kosten van zorg genoemd onder omschrijving, punt 1, 2 en 3 samen worden vergoed tot ten hoogste € 750,00 per kalenderjaar.

**Bijzonderheden:**  
niet vergoed worden de kosten van volledige narcose (A20), het uitwendig bleken van elementen (E97/E98), niet nagekomen afspraken (C90), implantaten, partiële en frameprothesen, kronen en brugwerk (prestatiecodes beginnend met J, P en R), parodontale hulp (prestatiecodes beginnend met T).

*Uw tandarts specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering in de tarievenlijst tandheelkunde. Deze tarievenlijst met maximale tandheelkundige tarieven wordt jaarlijks opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De behandelingen worden in prestatiecodes uitgedrukt. Deze prestatiecodes beginnen met een letter gevolgd door twee cijfers. Zo staat de C11 voor een eerste jaarlijkse consult.*

## Artikel 10 | Sterilisatie

**Omschrijving:**  
sterilisatie in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis of een huisartsenpraktijk.

**Door:**  
medisch specialist of als het een vasectomie (sterilisatie van de man) betreft; huisarts met wie wij daartoe afspraken hebben gemaakt.

**Vergoeding:**  
volledig.

## Artikel 11 | Vervoer in verband met transplantatie van organen

**Omschrijving:**  
taxivervoer of eigen vervoer tussen de woon- of verblijfplaats van de verzeerde en de instelling waar hij zorg ontvangt die verband houdt met een transplantatie van organen voorzover er geen aanspraak op dit vervoer bestaat op grond van de zorgverzekering. Het betreft de volgende zorg: pretransplantatieonderzoek, opnames en nacontroles. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis wordt apart berekend.

**Door:**  
als het taxivervoer betreft: vervoerder met wie wij daartoe een overeenkomst hebben gesloten. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen via onze website of telefonisch op te vragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

**Vergoeding:**

- als het taxivervoer betreft: volledig;
- als het vervoer met eigen auto betreft: € 0,27 per kilometer.

**Voorschrift:**  
huisarts of medisch specialist.

**Toestemming:**  
ja. U kunt hiervoor gebruikmaken van het formulier Medische verklaring zittend ziekenvervoer. Dit formulier kunt u downloaden via onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

**Bijzonderheden:**  
het betreft hier niet het vervoer van de donor.

## IV. Regeling extra vergoedingen

### Artikel 1 | Alternatieve zorg

#### Omschrijving:

onder alternatieve zorg wordt verstaan:

1. consulten en/of behandelingen die vallen onder de volgende stromingen:
  - a. acupunctuur en andere traditionele Oosterse geneeswijzen;
  - b. antroposofie;
  - c. homeopathie;
  - d. natuurgeneeswijzen;
  - e. psychosociale zorg.

#### Door:

- voor zorg onder a t/m d: een arts met een BIG-registratie (Wet op de individuele beroepen) of een door ons aangewezen zorgaanbieder;
  - voor zorg onder e: een door ons aangewezen zorgaanbieder.
- U kunt een overzicht van de door ons aangewezen zorgaanbieders vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

2. homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen die op grond van de Geneesmiddelenwet als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen worden gekenmerkt. De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige en geleverd zijn door een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

#### Vergoeding:

de kosten van de hiervoor genoemde zorg samen tot ten hoogste per kalenderjaar:

- het honorarium, omschrijving, punt 1: € 200,00;
- de geneesmiddelen, omschrijving, punt 2: € 100,00.

#### Bijzonderheden:

hebt u klachten aan uw bewegingsapparaat? Kijkt u dan in artikel 2 Bewegezorg (fysiotherapie en bewegingstherapie). Daarin zijn naast de reguliere therapieën, zoals fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck, ook alternatieve therapieën, specifiek gericht op het behandelen van klachten aan het bewegingsapparaat opgenomen.

### Artikel 2 | Bewegezorg (fysiotherapie en bewegingstherapie)

#### Omschrijving:

1. bewegezorg is zorg die klachten aan het bewegingsapparaat verhelpt. Hierbij moet u denken aan de volgende therapieën:
  - fysiotherapie;
  - oedeemtherapie;
  - oefentherapie Cesar/Mensendieck;
  - ergotherapie;
2. naast deze reguliere therapieën kunt u ook gebruik maken van alternatieve bewegingstherapieën:
  - chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., (ortho) manuele geneeskunde, craniocraaltherapie, haptotherapie, adem- en ontspanningstherapie van Dixhoorn.

#### Door:

voor therapieën onder omschrijving, punt 1:

- fysiotherapie: fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut);

- oedeemtherapie: oedeemtherapeut of huidtherapeut. De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici;
- oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Register van Verbijzonderde Oefentherapeuten C/M (dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut);
- ergotherapie: ergotherapeut;

Voor alternatieve bewegingstherapieën onder omschrijving, punt 2: een door ons aangewezen zorgaanbieder. U kunt een overzicht van de door ons aangewezen zorgaanbieders vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

#### Vergoeding:

de kosten van zorg genoemd onder omschrijving, punt 1 en 2 samen worden vergoed tot ten hoogste € 300,00 per kalenderjaar. Deze vergoeding is inclusief de vergoeding van € 150,00 voor Bewegezorg (fysiotherapie en bewegingstherapie) in de Basisaanvullende regeling. Voor therapieën onder omschrijving, punt 1 geldt: als de behandeling wordt verzorgd door een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten worden de kosten vergoed tot ten hoogste tot de tarieven zoals genoemd in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders IZZ 2011. U kunt deze lijst vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

#### Bijzonderheden:

1. als het behandeling betreft van een aandoening volgens bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering, dan vindt - voor verzekerden van 18 jaar en ouder vanaf de dertiende behandeling - vergoeding plaats vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf onze toestemming vereist;
2. vergoeding van kosten van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie geldt vanaf de tiende behandeling. De eerste negen behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering;
3. verzekerden jonger dan 18 jaar hebben recht op vergoeding van de kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de 19e behandeling. De eerste achttien behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering;
4. vergoeding van de kosten van ergotherapie geldt vanaf het elfde behandeluur. De eerste tien behandeluren zijn opgenomen in de zorgverzekering;
5. met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld:
  - arbocuratieve- of reïntegratietrajecten;
  - (groeps)behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, medische fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht, cardiotraining e.d.

### Artikel 3 | Buitenland

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

#### Omschrijving:

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

#### Vergoeding:

ten hoogste € 1000,00 per kalenderjaar.

## Artikel 4 | Huidbehandelingen

### 4.1. Acnebehandeling

**Omschrijving:**  
acnebehandeling en de behandeling van acne-littekens in het gezicht.

**Door:**  
huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

**Vergoeding:**  
ten hoogste € 200,00 per kalenderjaar.

**Indicatie:**  
ernstige vorm van acne.

**Verwijsbrief van:**  
huisarts of medisch specialist.

### 4.2. Camouflagetherapie

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

**Door:**  
huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

**Vergoeding:**  
ten hoogste € 200,00 per kalenderjaar.

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

**Verwijsbrief van:**  
huisarts of medisch specialist.

### 4.3. Epilatie

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

**Door:**  
huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

**Vergoeding:**  
ten hoogste € 570,00 per kalenderjaar.

**Indicatie:**  
extreme haargroei in het gelaat.

**Verwijsbrief van:**  
huisarts of medisch specialist.

### 4.4. Psoriasisbehandeling

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

**Door:**  
een in psoriasis gespecialiseerd dagbehandelingscentrum.

**Vergoeding:**  
ten hoogste € 910,00 per kalenderjaar.

**Indicatie:**  
ernstige vorm van psoriasis.

**Verwijsbrief van:**  
dermatoloog.

**Bijzonderheden:**  
aanspraak op lichttherapie in de thuissituatie en andere vormen van therapie voor de bestrijding van psoriasis is opgenomen in de zorgverzekering.

## Artikel 5 | Hulp bij het huishouden

**Omschrijving:**  
het bieden van huishoudelijke hulp bij ernstige en/of langdurige ziekte, ongeval of tijdens of na een ziekenhuisopname van de verzekerde, als overbrugging voor gelijksoortige hulp op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De huishoudelijke hulp omvat de algemene organisatie van het huishouden, zoals de gebruikelijke schoonmaakwerkzaamheden, de maaltijdverzorging, de opvang van huisgenoten en het halen van de boodschappen. De hulp wordt geleverd op het woonadres van de verzekerde, zoals dat bij ons bekend is. De hulp dient in een periode van maximaal 3 maanden aaneengesloten, voorafgaand aan het moment dat aanspraak bestaat op huishoudelijke verzorging vanuit de gemeente op grond van de Wmo, ingepland te worden.

**Door:**  
organisatie waarmee wij daartoe een overeenkomst hebben gesloten of op aanvraag van de verzekerde een andere (erkende) thuiszorgorganisatie.

**Vergoeding:**  
als gebruik wordt gemaakt van een zorgaanbieder waarmee wij:

1. een overeenkomst hebben gesloten: volledig, tot ten hoogste 6 uur per week voor de duur van maximaal 3 maanden per kalenderjaar;
2. geen overeenkomst hebben gesloten: maximaal € 23,00 per uur, tot ten hoogste 6 uur per week voor de duur van maximaal 3 maanden per kalenderjaar.

**Toestemming:**  
ja.

**Bijzonderheden:**

1. voor het aanvragen van huishoudelijke hulp kan tijdens kantooruren, van 9.00 tot 17.00 uur, contact worden opgenomen met IZZ Zorgadvies en bemiddeling; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden;
2. bij de aanvraag dient een kopie van de aanvraag voor huishoudelijke ondersteuning op basis van de Wmo te worden overlegd;
3. de huishoudelijke hulp wordt binnen 2 werkdagen (mits gemeld bij ons voor 10.30 uur) na aanmelding bij ons geboden bij de verzekerde thuis, tenzij hulp op een later tijdstip gewenst is;
4. er bestaat geen aanspraak op huishoudelijke hulp vanaf het moment dat aanspraak bestaat op huishoudelijke verzorging vanuit de gemeente op grond van de Wmo;
5. de zorg wordt vooraf voor de gehele periode ingepland;
6. onder huishoudelijke hulp wordt niet verstaan verpleegkundig of medisch handelen of lichamelijke verzorging;
7. de huishoudelijke hulp wordt alleen geboden in Nederland.

## Artikel 6 | Hulpmiddelen

### 6.1. Hoortoestellen

**Omschrijving:**

batterijen voor een hoortoestel.

**Geleverd door:**

leverancier met wie wij daartoe een overeenkomst hebben gesloten.

**Vergoeding:**

volledig voor ten hoogste twee hoortoestellen.

**Bijzonderheden:**

1. recht op vergoeding bestaat alleen als aanspraak bestaat op een hoortoestel op grond van de zorgverzekering;
2. u kunt een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

### 6.2. Mammaprothese

**Omschrijving:**

artikelen die worden gebruikt na een borstamputatie. Het betreft de aanschaf van plakstrips voor een mammaprothese, een borstprothese BH, een prothese badpak, een zwemprothese en schoonmaakartikelen.

**Vergoeding:**

ten hoogste € 50,00 per twee kalenderjaren.

**Bijzonderheden:**

recht op vergoeding bestaat alleen als aanspraak bestaat op een mammaprothese op grond van de zorgverzekering.

### 6.3. Pruiken

**Omschrijving:**

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

**Vergoeding:**

ten hoogste € 50,00.

**Bijzonderheden:**

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

### 6.4. Schoenen

**Omschrijving:**

aangepaste confectieschoenen of inspectie en reparatie van (semi)orthopedische schoenen.

**Vergoeding:**

u hebt de keuze uit een vergoeding voor:

1. aangepaste confectieschoenen: ten hoogste € 25,00 per paar óf;
2. inspectie en reparatie van (semi)orthopedische schoenen vanaf de 10e maand na leveringsdatum: ten hoogste € 30,00 eenmalig.

**Door:**

oorspronkelijke leverancier.

**Bijzonderheden:**

recht op vergoeding bestaat als er sprake is van een indicatie voor orthopedische schoenen volgens de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook onze website.

### 6.5. Wekapparatuur / plaswekker

**Omschrijving:**

wekapparatuur of plaswekker voor kinderen van 7 tot 18 jaar inclusief de eventueel benodigde bandages.

**Vergoeding:**

1. volledig, als geleverd door een leverancier met wie wij daartoe een overeenkomst hebben gesloten.  
U kunt een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden;
2. € 50,00, als geleverd door een leverancier met wie wij geen overeenkomst gesloten.

## Artikel 7 | Orthodontie

**Omschrijving:**

zorg gericht op de correctie van standafwijkingen van tanden, kiezen en kaken.

**Door:**

tandarts of orthodontist.

**Vergoeding:**

ten hoogste € 100,00 voor de gehele looptijd van de verzekering.

## Artikel 8 | Tandheelkundige zorg

*Uw tandarts specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering in de tarievenlijst tandheelkunde. Deze tarievenlijst met maximale tandheelkundige tarieven wordt jaarlijks opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De behandelingen worden in prestatiecodes uitgedrukt. Deze prestatiecodes beginnen met een letter gevolgd door twee cijfers. Zo staat de C11 voor een eerste jaarlijkse consult.*

### 8.1. Kronen en bruggen

**Omschrijving:**

behandeling voor het vervangen van geheel of gedeeltelijk ontbrekende tanden en/of kiezen met vaste voorzieningen.

**Door:**

tandarts.

**Vergoeding:**

ten hoogste de onderstaande bedragen:

	Prestatiecode	Vergoeding
kronen en brugdelen per element	R20/R25/R26/R27/R40/R45	€ 120,00 <sup>1)</sup>
opnieuw vastzetten gegoten restauraties	R74	volledig

1) de techniekkosten en de kosten van anesthesie zijn opgenomen in de bovenstaande vergoedingen.

De kosten van kronen, brugdelen, implantaten in de niet-tandeloze kaak en frameprothese samen komen voor vergoeding in aanmerking tot ten hoogste € 240,00 per kalenderjaar.

**8.2. Implantaten in de niet-tandeloze kaak****Omschrijving:**

vervangende elementen voor de wortel van tanden en/of kiezen voor het verkrijgen van steunpunten voor tandvervanging(en).

**Door:**

kaakchirurg of tandarts.

**Vergoeding:**

de vergoeding bestaat uit:

1. het honorarium van de kaakchirurg en de bijkomende kosten in een ziekenhuis, of;
2. het honorarium van de tandarts, materiaal- en techniekkosten van alle verrichtingen samen.

De kosten van kronen, brugdelen, implantaten in de niet-tandeloze kaak en frameprothese samen komen voor vergoeding in aanmerking tot ten hoogste € 240,00 per verzekerde per kalenderjaar.

**Bijzonderheden:**

niet vergoed worden de kosten van volledige narcose (A20).

**8.3. Frameprothese****Omschrijving:**

een gedeeltelijke uitneembare gebitsprothese met een metalen frame.

**Door:**

tandarts.

**Vergoeding:**

ten hoogste de onderstaande bedragen:

	Prestatiecode	Vergoeding
frameprothese, per boven- of onderprothese: - 1 t/m 4 elementen - 5 of meer elementen	P34	€ 160,00 <sup>1)</sup>
	P35	€ 230,00 <sup>1)</sup>

1) de techniekkosten zijn opgenomen in bovenstaande vergoedingen.

De kosten van kronen, brugdelen, implantaten in de niet-tandeloze kaak en frameprothese samen komen voor vergoeding in aanmerking tot ten hoogste € 240,00 per verzekerde per kalenderjaar.

**8.4. Overige prothetische voorzieningen****Omschrijving:**

overige prothetische voorzieningen, inclusief techniekkosten:

	Prestatiecode
partiële prothese - 1 t/m 4 elementen - 5 of meer elementen	P10 P15
uitbreiding bestaande prothese	P79
extra voor gegoten ankers, per stuk	P18
rebasen per werkstuk	P51/P52/P53/P54
reparatie van prothese	P57/P58
extra voor immmediaat, per element	P40

**Door:**

tandarts.

**Vergoeding:**

volledig, op basis van de onder omschrijving genoemde prestatiecodes.

**Artikel 9 | Verblijf****9.1. Herstellingsoorden en zorghotels****Omschrijving:**

verblijf in een herstellingsoord of zorghotel is mogelijk:

1. aansluitend op ontslag uit een ziekenhuis of behandeling in een zelfstandig behandelcentrum als uw behandelingen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum helemaal zijn afgerond;
2. als uw mantelzorg overbelast is of tijdelijk wegvalt en er geen andere opvang thuis mogelijk is;
3. als u wilt herstellen van (mentale) overbelasting of "burn-out".

**Door:**

een door ons gecontracteerd herstellingsoord of zorghotel. Op onze website vindt u een overzicht van de gecontracteerde herstellingsoorden en zorghotels. U kunt deze ook telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden

**Vergoeding:**

ten hoogste € 70,00 per dag voor ten hoogste 42 dagen per kalenderjaar.

**Verwijzing:**

u hebt een verwijzing nodig van uw huisarts of medisch specialist als er sprake is van een herstel in verband met (mentale) overbelasting of "burn-out" (punt 3. van de omschrijving).

**Bijzonderheden:**

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

**9.2. Hospice****Omschrijving:**

het verblijf in een hospice/Bijna-Thuis-Huis voor verzekerden die ongeneeslijk ziek zijn en niet meer thuis verzorgd kunnen worden. Zij kunnen tot aan het overlijden hier worden verzorgd.



**Door:**

een door ons erkend hospice/Bijna-Thuis-Huis.  
Op [www.palliatief.nl/zorgkiezen](http://www.palliatief.nl/zorgkiezen) (AGORA) vindt u een overzicht van de erkende hospices/Bijna-Thuis-Huizen in uw regio.

**Vergoeding:**

ten hoogste € 30,00 per dag.

**9.3. Therapeutisch vakantiecamp voor verzekerden jonger dan 18 jaar****Omschrijving:**

verblijf in een van de volgende therapeutische vakantiecampen:

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

**Vergoeding:**

ten hoogste € 230,00 per kalenderjaar.

**Artikel 10 | Verloskundige zorg en kraamzorg****10.1. Verloskundige zorg****Omschrijving:**

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

**Vergoeding:**

volledig.

**Bijzonderheden:**

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

**10.2. Kraampakket****Omschrijving:**

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

**Vergoeding:**

volledig.

**Bijzonderheden:**

u kunt het kraampakket aanvragen via onze website of bellen met IZZ Kraamzorg; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden

**10.3. Eigen bijdrage kraamzorg****Omschrijving:**

de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de Regeling zorgverzekering.

**Vergoeding:**

volledig.

**Bijzonderheden:**

1. de aanvullende vergoeding wordt verleend over hetzelfde aantal uren of dagen waarop de aanspraak op kraamzorg op grond van de zorgverzekering betrekking heeft;
2. de Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook onze website.

**10.4. Kraamzorg bij adoptie****Omschrijving:**

de noodzakelijke ondersteuning en advisering van de moeder over verzorging van en omgang met het adoptiekind, jonger dan 3 maanden. Het aantal zorguren wordt geïndiceerd door het kraamcentrum.

**Door:**

gediplomeerd kraamverzorgende verbonden aan een kraamcentrum of een verpleegkundige die als kraamverzorgende werkt.

**Vergoeding:**

ten hoogste 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen.

**10.5. Extra kraamzorg moeder en pasgeborene****Omschrijving:**

de noodzakelijke ondersteuning en advisering van de moeder over verzorging van en omgang met het kind. Daarnaast kan zij ingezet worden voor aan kraamzorg gerelateerde zaken, zoals opvang van de andere aanwezige kinderen, opvang van bezoek, verzorging gezinswas, (voor)bereiding van de warme maaltijd. Deze zorg kan zowel als aanvulling gedurende de reguliere kraamzorgperiode gegeven worden, als aansluitend aan de 10e dag gerekend vanaf de dag van de bevalling en/of bij ontslag van het kind uit het ziekenhuis na de 10e dag na de geboorte.

**Door:**

gediplomeerd kraamverzorgende verbonden aan een kraamcentrum of een verpleegkundige die als kraamverzorgende werkt.

**Vergoeding:**

ten hoogste 20 uur.

**Bijzonderheden:**

recht op aanspraak extra kraamzorg bestaat uitsluitend als aanvulling op de vanuit de zorgverzekering geïndiceerde kraamzorg.

**10.6. Problemen met borstvoeding****Omschrijving:**

lactatiekundig consult voor de moeder bij problemen met de borstvoeding in specifieke situaties.

**Door:**

lactatiekundige die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).

**Vergoeding:**

één consult per bevalling tot ten hoogste € 80,00.

**Verwijsbrief van:**

verloskundige, kraamcentrum, consultatiebureau-arts of jeugdgezondheidszorgverpleegkundige.

**Bijzonderheden:**

de verwijzing vindt plaats volgens het Verwijzingsprotocol naar de Lactatiekundige NVL. Dit protocol maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook onze website.

### 10.7. Elektrische borstkolf

**Omschrijving:**

huur van een elektrische borstkolf tijdens en na een ziekenhuisopname van 8 dagen of langer van een zieke zuigeling.

**Vergoeding:**

ten hoogste € 110,00 per bevalling.

### 10.8. GeboorteTENS

**Omschrijving:**

vergoeding van de huur- of aanschafkosten van een geboorteTENS.

**Vergoeding:**

ten hoogste € 80,00 voor de gehele looptijd van de verzekering.

### Artikel 11 | Vitamines

**Omschrijving:**

enkelvoudige vitaminepreparaten van de vitamines A-B1-B2-B3-B6-B8-B11-B12-D-E-K voor de behandeling van ernstig vitaminedeficiëntie.

**Vergoeding:**

ten hoogste € 200,00 per kalenderjaar.

**Voorschrift:**

behandelend arts.

**Toestemming:**

ja.

## V. Regeling aanvullende vergoedingen, Pakket 1

### Artikel 1 | Alternatieve zorg

1. consulten en/of behandelingen die vallen onder de volgende stromingen:
  - a. acupunctuur en andere traditionele Oosterse geneeswijzen;
  - b. antroposofie;
  - c. homeopathie;
  - d. natuurgeneeswijzen;
  - e. psychosociale zorg.

**Door:**

- voor zorg onder a t/m d: een arts met een BIG-registratie (Wet op de individuele beroepen) of een door ons aangewezen zorgaanbieder;
  - voor zorg onder e: een door ons aangewezen zorgaanbieder.
- U kunt een overzicht van de door ons aangewezen zorgaanbieders vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

2. homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen die op grond van de Geneesmiddelenwet als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen worden gekenmerkt. De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige en geleverd zijn door een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

**Vergoeding:**

de kosten van de hiervoor genoemde zorg samen tot ten hoogste per kalenderjaar:

- het honorarium, omschrijving, punt 1: € 200,00;
- de geneesmiddelen, omschrijving, punt 2: € 100,00.

**Bijzonderheden:**

hebt u klachten aan uw bewegingsapparaat? Kijkt u dan in artikel 2 Beweegzorg (fysiotherapie en bewegingstherapie). Daarin zijn naast de reguliere therapieën, zoals fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck, ook alternatieve therapieën, specifiek gericht op het behandelen van klachten aan het bewegingsapparaat opgenomen.

### Artikel 2 | Beweegzorg (fysiotherapie en bewegingstherapie)

**Omschrijving:**

1. beweegzorg is zorg die klachten aan het bewegingsapparaat verhelpt. Hierbij moet u denken aan de volgende therapieën:
  - fysiotherapie;
  - oedeemtherapie;
  - oefentherapie Cesar/Mensendieck;
  - ergotherapie;
2. naast deze reguliere therapieën kunt u ook gebruik maken van alternatieve bewegingstherapieën:
  - chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., (ortho) manuele geneeskunde, craniosacraaltherapie, haptotherapie, adem- en ontspanningstherapie van Dixhoorn.

**Door:**

- voor therapieën onder omschrijving, punt 1:
- fysiotherapie: fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut);

- oedeemtherapie: oedeemtherapeut of huidtherapeut. De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici;
- oefen therapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Register van Verbijzonderde Oefentherapeuten C/M (dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut);
- ergotherapie: ergotherapeut;

Voor alternatieve bewegingstherapieën onder omschrijving, punt 2: een door ons aangewezen zorgaanbieder. U kunt een overzicht van de door ons aangewezen zorgaanbieders vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

#### Vergoeding:

de kosten van zorg genoemd onder omschrijving, punt 1 en 2 samen worden vergoed tot ten hoogste € 400,00 per kalenderjaar. Deze vergoeding is inclusief de vergoeding van € 150,00 voor Beweegzorg (fysiotherapie en bewegingstherapie) in de Basisaanvullende regeling.

Voor therapieën onder omschrijving, punt 1 geldt: als de behandeling wordt verzorgd door een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten, worden de kosten vergoed tot ten hoogste de tarieven zoals genoemd in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders IZZ 2011. U kunt deze lijst vinden op onze website en telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

#### Bijzonderheden:

1. als het behandeling betreft van een aandoening volgens bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering, dan vindt - voor verzekerden van 18 jaar en ouder vanaf de dertiende behandeling - vergoeding plaats vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf onze toestemming vereist;
2. vergoeding van kosten van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie geldt vanaf de tiende behandeling. De eerste negen behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering;
3. verzekerden jonger dan 18 jaar hebben recht op vergoeding van de kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder)oefen therapie Cesar/Mensendieck vanaf de 19e behandeling. De eerste achttien behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering;
4. vergoeding van de kosten van ergotherapie geldt vanaf het elfde behandeluur. De eerste tien behandeluren zijn opgenomen in de zorgverzekering;
5. met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld:
  - arbocuratieve- of reïntegratietrajecten;
  - (groeps)behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, medische fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht, cardiotraining e.d.

### Artikel 3 | Buitenland

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

##### Omschrijving:

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

##### Vergoeding:

ten hoogste € 1.000,00 per kalenderjaar.

### Artikel 4 | Huidbehandelingen

#### 4.1. Acnebehandeling

##### Omschrijving:

acnebehandeling en de behandeling van acne-littekens in het gezicht.

##### Door:

huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

##### Vergoeding:

ten hoogste € 200,00 per kalenderjaar.

##### Indicatie:

ernstige vorm van acne.

##### Verwijsbrief van:

huisarts of medisch specialist.

#### 4.2. Camouflagetherapie

##### Omschrijving:

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

##### Door:

huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

##### Vergoeding:

ten hoogste € 200,00 per kalenderjaar.

##### Indicatie:

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

##### Verwijsbrief van:

huisarts of medisch specialist.

#### 4.3. Epilatie

##### Omschrijving:

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

##### Door:

huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

##### Vergoeding:

ten hoogste € 570,00 per kalenderjaar.

##### Indicatie:

extreme haargroei in het gelaat.

##### Verwijsbrief van:

huisarts of medisch specialist.

#### 4.4. Psoriasisbehandeling

##### Omschrijving:

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

##### Door:

een in psoriasis gespecialiseerd dagbehandelingscentrum.

**Vergoeding:**  
ten hoogste € 910,00 per kalenderjaar.

**Indicatie:**  
ernstige vorm van psoriasis.

**Verwijsbrief van:**  
dermatoloog.

**Bijzonderheden:**  
aanspraak op lichttherapie in de thuissituatie en andere vormen van therapie voor de bestrijding van psoriasis is opgenomen in de zorgverzekering.

## Artikel 5 | Hulp bij het huishouden

**Omschrijving:**  
het bieden van huishoudelijke hulp bij ernstige en/of langdurige ziekte, ongeval of tijdens of na een ziekenhuisopname van de verzekerde, als overbrugging voor gelijksoortige hulp op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).  
De huishoudelijke hulp omvat de algemene organisatie van het huishouden, zoals de gebruikelijke schoonmaakwerkzaamheden, de maaltijdverzorging, de opvang van huisgenoten en het halen van de boodschappen. De hulp wordt geleverd op het woonadres van de verzekerde, zoals dat bij ons bekend is.  
De hulp dient in een periode van maximaal 3 maanden aaneengesloten, voorafgaand aan het moment dat aanspraak bestaat op huishoudelijke verzorging vanuit de gemeente op grond van de Wmo, ingepland te worden.

**Door:**  
organisatie waarmee wij daartoe een overeenkomst hebben gesloten, of, op aanvraag van de verzekerde een andere (erkende) thuiszorgorganisatie.

**Vergoeding:**  
als gebruik wordt gemaakt van een zorgaanbieder waarmee wij:

1. een overeenkomst hebben gesloten: volledig, tot ten hoogste 6 uur per week voor de duur van maximaal 3 maanden per kalenderjaar;
2. geen overeenkomst hebben gesloten: maximaal € 23,00 per uur, tot ten hoogste 6 uur per week voor de duur van maximaal 3 maanden per kalenderjaar.

**Toestemming:**  
ja.

**Bijzonderheden:**

1. voor het aanvragen van huishoudelijke hulp kan tijdens kantooruren, van 9.00 tot 17.00 uur, contact worden opgenomen met IZZ Zorgadvies en bemiddeling; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden;
2. bij de aanvraag dient een kopie van de aanvraag voor huishoudelijke ondersteuning op basis van de Wmo te worden overlegd;
3. de huishoudelijke hulp wordt binnen 2 werkdagen (mits gemeld bij ons voor 10.30 uur) na aanmelding bij ons geboden bij de verzekerde thuis, tenzij hulp op een later tijdstip gewenst is;
4. er bestaat geen aanspraak op huishoudelijke hulp vanaf het moment dat aanspraak bestaat op huishoudelijke verzorging vanuit de gemeente op grond van de Wmo;
5. de zorg wordt vooraf voor de gehele periode ingepland;
6. onder huishoudelijke hulp wordt niet verstaan verpleegkundig of medisch handelen of lichamelijke verzorging;
7. de huishoudelijke hulp wordt alleen geboden in Nederland.

## Artikel 6 | Hulpmiddelen

### 6.1. Hoortoestellen

**Omschrijving:**  
batterijen voor een hoortoestel.

**Geleverd door:**  
leverancier met wie wij een overeenkomst hebben gesloten.

**Vergoeding:**  
volledig voor ten hoogste twee hoortoestellen.

**Bijzonderheden:**

1. recht op vergoeding bestaat alleen als aanspraak bestaat op een hoortoestel op grond van de zorgverzekering.
2. u kunt een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

### 6.2. Mammaprothese

**Omschrijving:**  
artikelen die worden gebruikt na een borstampuatie. Het betreft de aanschaf van plakstrips voor een mammaprothese, een borstprothese BH, een prothese badpak, een zwemprothese en schoonmaakartikelen.

**Vergoeding:**  
ten hoogste € 50,00 per twee kalenderjaren.

**Bijzonderheden:**  
recht op vergoeding bestaat alleen als aanspraak bestaat op een mammaprothese op grond van de zorgverzekering.

### 6.3. Pruiken

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

**Vergoeding:**  
ten hoogste € 50,00.

**Bijzonderheden:**

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

### 6.4. Schoenen

**Omschrijving:**  
aangepaste confectieschoenen of inspectie en reparatie van (semi) orthopedische schoenen vanaf de 10e maand na leveringsdatum.

**Door:**  
oorspronkelijke leverancier.

**Vergoeding:**  
u hebt de keuze uit een vergoeding voor:

1. aangepaste confectieschoenen: ten hoogste € 50,00 per paar óf;
2. inspectie en reparatie van (semi)orthopedische schoenen vanaf de 10e maand na leveringsdatum: ten hoogste € 30,00 eenmalig.

**Bijzonderheden:**

recht op vergoeding bestaat als er sprake is van een indicatie voor orthopedische schoenen volgens de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook onze website.

**6.5. Wekapparatuur / plaswekker****Omschrijving:**

wekapparatuur of plaswekker voor kinderen van 7 tot 18 jaar inclusief de eventueel benodigde bandages.

**Vergoeding:**

1. volledig, als geleverd door een leverancier met wie wij daartoe een overeenkomst hebben gesloten.  
U kunt een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vinden op onze website of telefonisch opvragen: kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.
2. € 50,00, als geleverd door een leverancier met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten.

**Artikel 7 | Kuuroord****Omschrijving:**

1. behandeling binnen een periode van 2 tot 4 weken, waarbij de verzekerde verblijft in de kuuroorden:
  - Thermaalbad Arcen in Arcen;
  - Scandic Sanadome in Nijmegen;
  - Kuurcentrum Fontana in Nieuweschans;
  - Thermae 2000 in Valkenburg (L);
2. behandeling in een kuuroord in Europa (niet zijnde Nederland).

**Vergoeding:**

1. als de behandeling plaatsvindt in een van de kuuroorden genoemd onder omschrijving, punt 1, ten hoogste € 460,00 per twee kalenderjaren;
2. als de behandeling plaatsvindt in een kuuroord genoemd onder omschrijving, punt 2, ten hoogste € 700,00 per twee kalenderjaren.

**Indicatie:**

arthritis psoriatica, Morbus Bechterew, Morbus Forestier of reumatoïde artritis.

**Verwijsbrief van:**

reumatoloog.

**Toestemming:**

ja.

**Artikel 8 | Orthodontie****Omschrijving:**

zorg gericht op de correctie van standafwijkingen van tanden, kiezen en kaken.

**Door:**

tandarts of orthodontist.

**Vergoeding:**

ten hoogste € 230,00 voor de gehele looptijd van de verzekering.

**Artikel 9 | Reizen****Spoedeisende zorg tijdens vakantie en tijdelijk verblijf****Omschrijving:**

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

**Vergoeding:**

volledig, binnen Europa, de Azoren, de Canarische Eilanden, Madeira en de niet-Europese landen rond de Middellandse Zee.

**Bijzonderheden:**

1. recht op vergoeding bestaat alleen als er aanspraak op de zorg bestaat vanuit de zorgverzekering. De te verlenen vergoeding heeft een aanvullend karakter;
2. de vergoeding wordt uitbetaald in euro's;
3. voor het verkrijgen van geneeskundige zorg kan een beroep worden gedaan op de IZZ-Alarmcentrale; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.  
Wij adviseren u om de IZZ-Alarmcentrale in te schakelen bij met name spoedeisende zorg waarmee hoge kosten zijn gemoeid, zoals een behandeling of opname in een ziekenhuis;
4. de kosten van repatriëring worden vergoed vanuit de IZZ Reisverzekering. Voor meer informatie over de IZZ Reisverzekering, zie onze website.

**Artikel 10 | Stottertherapie****Omschrijving:**

stottertherapie volgens de methode BOMA, Del Ferro, Hausdörfer of McGuire.

**Door:**

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

**Vergoeding:**

ten hoogste € 660,00 voor de gehele looptijd van de verzekering.

**Verwijsbrief van:**

huisarts of medisch specialist.

**Artikel 11 | Tandheelkundige zorg**

*Uw tandarts specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering in de tarievenlijst tandheelkunde. Deze tarievenlijst met maximale tandheelkundige tarieven wordt jaarlijks opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De behandelingen worden in prestatiecodes uitgedrukt. Deze prestatiecodes beginnen met een letter gevolgd door twee cijfers. Zo staat de C11 voor een eerste jaarlijkse consult.*

**11.1. Opbouw****Omschrijving:**

behandeling die tot doel heeft dat er voldoende houvast kan worden geboden voor het goed kunnen bevestigen van een definitieve voorziening.

**Door:**  
tandarts.

**Vergoeding:**  
een volledige vergoeding van:  
1. opbouw, plastisch materiaal (R31);  
2. opbouw, gegoten (R32/R33).

### 11.2. Kronen en bruggen

**Omschrijving:**  
behandeling voor het vervangen van geheel of gedeeltelijk ontbrekende tanden en/of kiezen met vaste voorzieningen.

**Door:**  
tandarts.

**Vergoeding:**  
ten hoogste de onderstaande bedragen:

	Prestatiecode	Vergoeding
kronen en bruggdelen per element	R20/R25/R26/R27/ R40/R45	€ 250,00 <sup>1)</sup>
etsbrug per element	R60/R61/R65/R66	€ 120,00 <sup>1)</sup>
indirecte labiale veneering	R79	€ 90,00 <sup>1)</sup>
opnieuw vastzetten gegoten restauraties	R74	volledig

<sup>1)</sup> de techniekkosten en de kosten van anesthesie zijn opgenomen in de bovenstaande vergoedingen

De kosten van kronen, bruggdelen, implantaten in de niet-tandeloze kaak en frameprothese samen komen voor vergoeding in aanmerking tot ten hoogste € 1.000,00 per kalenderjaar.

### 11.3. Implantaten in de niet-tandeloze kaak

**Omschrijving:**  
vervangende elementen voor de wortel van tanden en/of kiezen voor het verkrijgen van steunpunten voor tandvervanging(en).

**Door:**  
kaakchirurg of tandarts.

**Vergoeding:**  
de vergoeding bestaat uit:  
1. het honorarium van de kaakchirurg en de bijkomende kosten in een ziekenhuis, of;  
2. het honorarium van de tandarts, materiaal- en techniekkosten van alle verrichtingen samen.

De kosten van kronen, bruggdelen, implantaten in de niet-tandeloze kaak en frameprothese samen komen voor vergoeding in aanmerking tot ten hoogste € 1.000,00 per kalenderjaar.

**Bijzonderheden:**  
niet vergoed worden de kosten van volledige narcose (A20)

### 11.4. Frameprothese

**Omschrijving:**  
een gedeeltelijke uitneembare gebitsprothese met een metalen frame.

**Door:**  
tandarts.

**Vergoeding:**  
ten hoogste de onderstaande bedragen:

	Prestatiecode	Vergoeding
frameprothese, per boven- of onder prothese: - 1 t/m 4 elementen - 5 of meer elementen	P34	€ 320,00 <sup>1)</sup>
	P35	€ 460,00 <sup>1)</sup>
uitbreiden bestaande prothese	P79	€ 30,00 <sup>1)</sup>
wortelkap, 2 kappen per kalenderjaar, per kap	P31	€ 120,00 <sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> de techniekkosten zijn al opgenomen in bovenstaande vergoedingen.

De kosten van kronen, bruggdelen, implantaten in de niet-tandeloze kaak en frameprothese samen komen voor vergoeding in aanmerking tot ten hoogste € 1.000,00 per kalenderjaar.

### 11.5. Overige prothetische voorzieningen

**Omschrijving:**  
overige prothetische voorzieningen, inclusief techniekkosten.

	Prestatiecode
partiële prothese: - 1 t/m 4 elementen - 5 of meer elementen	P10
	P15
uitbreiding bestaande prothese	P79
extra voor gegoten ankers, per stuk	P18
rebasen per werkstuk	P51/P52/P53/P54
reparatie van prothese	P57/P58
extra voor immmediaat, per element	P40

**Door:**  
tandarts.

**Vergoeding:**  
volledig, op basis van de onder omschrijving genoemde prestatiecodes.

## Artikel 12 | Verblijf

### 12.1. Herstellingsoorden en zorghotels

**Omschrijving:**  
verblijf in een herstellingsoord of zorghotel is mogelijk:  
1. aansluitend op ontslag uit een ziekenhuis of behandeling in een zelfstandig behandelcentrum als uw behandelingen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum helemaal zijn afgerond;

- als uw mantelzorg overbelast is of tijdelijk wegvalt en er geen andere opvang thuis mogelijk is;
- als u wilt herstellen van (mentale) overbelasting of "burn-out".

**Door:**

een door ons gecontracteerd herstellingsoord of zorghotel. Op onze website vindt u een overzicht van de gecontracteerde herstellings-oorde en zorghotels. U kunt deze ook telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden

**Vergoeding:**

ten hoogste € 70,00 per dag voor ten hoogste 42 dagen per kalenderjaar.

**Verwijsbrief van:**

huisarts of medisch specialist als er sprake is van een herstel in verband met (mentale) overbelasting of "burn-out" (punt 3. van de omschrijving).

**Bijzonderheden:**

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

**12.2. Hospice****Omschrijving:**

het verblijf in een hospice/Bijna-Thuis-Huis voor verzekerden die ongeneeslijk ziek zijn en niet meer thuis verzorgd kunnen worden. Zij kunnen tot aan het overlijden hier worden verzorgd.

**Door:**

een door IZZ erkend hospice/Bijna-Thuis-Huis. Op [www.palliatief.nl/zorgkiezen](http://www.palliatief.nl/zorgkiezen) (AGORA) vindt u een overzicht van de erkende hospices/Bijna-Thuis-Huizen in uw regio.

**Vergoeding:**

ten hoogste € 30,00 per dag.

**12.3. Therapeutisch vakantiecamp voor verzekerden jonger dan 18 jaar****Omschrijving:**

verblijf in een van de volgende therapeutische vakantiecampen:

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

**Vergoeding:**

ten hoogste € 230,00 per kalenderjaar.

**12.4. Logeershuis Ronald McDonald/Kiwanis, gastenverblijf Ter Weijde****Omschrijving:**

verblijf:

- in een logeershuis dat is verbonden aan een in Nederland gelegen ziekenhuis, zoals een Ronald McDonald-huis of een Kiwanishuis;
- in het gastenverblijf Ter Weijde, verbonden aan het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA), bij opname of twee dagbehandelingen, die op aaneengesloten dagen plaatsvinden.

**Vergoeding:**

ten hoogste 15 nachten per kalenderjaar.

**Bijzonderheden:**

- recht op vergoeding bestaat uitsluitend als aanspraak bestaat op opname of twee dagbehandelingen van de verzekerde die op

aaneengesloten dagen plaatsvinden, in een ziekenhuis op grond van de zorgverzekering;

- de afstand woonplaats-logeerplaats bedraagt ten minste 40 kilometer (enkele reis);
- ook bestaat aanspraak op vergoeding van logieskosten van ten hoogste twee gezinsleden.

**Artikel 13 | Verloskundige zorg en kraamzorg****13.1. Verloskundige zorg****Omschrijving:**

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

**Vergoeding:**

volledig.

**Bijzonderheden:**

- recht op vergoeding bestaat uitsluitend in die gevallen waarin de verzekerde aanspraak op de zorg heeft op grond van de zorgverzekering;
- de Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook onze website.

**13.2. Kraampakket****Omschrijving:**

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

**Vergoeding:**

volledig.

**Bijzonderheden:**

u kunt het kraampakket aanvragen via onze website of bellen met IZZ Kraamzorg; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

**13.3. Eigen bijdrage kraamzorg****Omschrijving:**

de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de Regeling zorgverzekering.

**Vergoeding:**

volledig.

**Bijzonderheden:**

- de aanvullende vergoeding wordt verleend over hetzelfde aantal uren of dagen waarop de aanspraak op kraamzorg op grond van de zorgverzekering betrekking heeft;
- de Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook onze website..

**13.4. Kraamzorg bij adoptie****Omschrijving:**

de noodzakelijke ondersteuning en advisering van de moeder over verzorging van en omgang met het adoptiekind, jonger dan 3 maanden. Het aantal zorguren wordt geïndiceerd door het kraamcentrum.

**Door:**  
gediplomeerd kraamverzorgende verbonden aan een kraamcentrum of een verpleegkundige die als kraamverzorgende werkt.

**Vergoeding:**  
ten hoogste 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen.

### 13.5. Extra kraamzorg moeder en pasgeborene

**Omschrijving:**  
de noodzakelijke ondersteuning en advisering van de moeder over verzorging van en omgang met het kind. Daarnaast kan zij ingezet worden voor aan kraamzorg gerelateerde zaken, zoals opvang van de andere aanwezige kinderen, opvang van bezoek, verzorging gezinswas, (voor)bereiding van de warme maaltijd. Deze zorg kan zowel als aanvulling gedurende de reguliere kraamzorgperiode gegeven worden, als aansluitend aan de 10e dag gerekend vanaf de dag van de bevalling en/of bij ontslag van het kind uit het ziekenhuis na de 10e dag na de geboorte.

**Door:**  
gediplomeerd kraamverzorgende verbonden aan een kraamcentrum of een verpleegkundige die als kraamverzorgende werkt.

**Vergoeding:**  
ten hoogste 20 uur.

**Bijzonderheden:**  
recht op aanspraak extra kraamzorg bestaat uitsluitend als aanvulling op de vanuit de zorgverzekering geïndiceerde kraamzorg.

### 13.6. Problemen met borstvoeding

**Omschrijving:**  
lactatiekundig consult voor de moeder bij problemen met de borstvoeding in specifieke situaties.

**Door:**  
lactatiekundige die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).

**Vergoeding:**  
één consult per bevalling tot ten hoogste € 80,00.

**Verwijsbrief van:**  
verloskundige, kraamcentrum, consultatiebureau-arts of jeugd-gezondheidszorgverpleegkundige.

**Bijzonderheden:**  
de verwijzing vindt plaats volgens het Verwijzingsprotocol naar de Lactatiekundige NVL. Dit protocol maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook onze website.

### 13.7. Elektrische borstkolf

**Omschrijving:**  
huur van een elektrische borstkolf tijdens en na een ziekenhuisopname van 8 dagen of langer van een zieke zuigeling.

**Vergoeding:**  
ten hoogste € 110,00 per bevalling.

### 13.8. GeboorteTENS

**Omschrijving:**  
vergoeding van de huur- of aanschafkosten van een geboorteTENS.

**Vergoeding:**  
ten hoogste € 80,00 voor de gehele looptijd van de verzekering.

### Artikel 14 | Vitamines

**Omschrijving:**  
enkelvoudige vitaminepreparaten van de vitamines A-B1-B2-B3-B6-B8-B11-B12-D-E-K voor de behandeling van ernstig vitaminetekort.

**Vergoeding:**  
ten hoogste € 200,00 per kalenderjaar.

**Voorschrift:**  
behandelend arts.

**Toestemming:**  
ja.



## VI. Regeling aanvullende vergoedingen, Pakket 2

### Artikel 1 | Alternatieve zorg

1. consulten en/of behandelingen die vallen onder de volgende stromingen:
  - a. acupunctuur en andere traditionele Oosterse geneeswijzen;
  - b. antroposofie;
  - c. homeopathie;
  - d. natuurgeneeswijzen;
  - e. psychosociale zorg.

#### Door:

- voor zorg onder a t/m d: een arts met een BIG-registratie (Wet op de individuele beroepen) of een door ons aangewezen zorgaanbieder;
  - voor zorg onder e: een door ons aangewezen zorgaanbieder.
- U kunt een overzicht van de door ons aangewezen zorgaanbieders vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

2. homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen die op grond van de Geneesmiddelenwet als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen worden gekenmerkt. De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige en geleverd zijn door een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

#### Vergoeding:

de kosten van de hiervoor genoemde zorg samen tot ten hoogste per kalenderjaar:

- het honorarium, omschrijving, punt 1: € 500,00;
- de geneesmiddelen, omschrijving, punt 2: € 300,00.

#### Bijzonderheden:

hebt u klachten aan uw bewegingsapparaat? Kijkt u dan in artikel 3 Bewegzorg (fysiotherapie en bewegingstherapie). Daarin zijn naast de reguliere therapieën, zoals fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck, ook alternatieve therapieën, specifiek gericht op het behandelen van klachten aan het bewegingsapparaat opgenomen.

### Artikel 2 | Anticonceptie

#### Omschrijving:

anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder die op grond van de Regeling zorgverzekering verstrekt mogen worden zoals anticonceptiepil, een antioconceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium.

#### Door:

apotheker of apotheekhoudend huisarts.

#### Voorschrift:

huisarts of medische specialist voor het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel.

#### Vergoeding:

maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

*De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals bijvoorbeeld een spiraaltje worden vergoed vanuit het IZZ Basispakket.*

#### Bijzonderheden:

1. per voorschrift bestaat aanspraak op de anticonceptiepil voor een periode van een jaar;
2. verzekerden jonger dan 21 jaar hebben op grond van de zorgverzekering aanspraak op anticonceptiemiddelen.

### Artikel 3 | Bewegzorg (fysiotherapie en bewegingstherapie)

#### Omschrijving:

1. bewegzorg is zorg die klachten aan het bewegingsapparaat verhelpt. Hierbij moet u denken aan de volgende therapieën:
  - fysiotherapie;
  - oedeemtherapie;
  - oefentherapie Cesar/Mensendieck;
  - ergotherapie;
2. naast deze reguliere therapieën kunt u ook gebruik maken van alternatieve bewegingstherapieën:
  - chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., (ortho) manuele geneeskunde, craniosacraaltherapie, haptotherapie, adem- en ontspanningstherapie van Dixhoorn.

#### Door:

voor therapieën onder omschrijving, punt 1:

- fysiotherapie: fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut);
- oedeemtherapie: oedeemtherapeut of huidtherapeut. De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici;
- oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Register van Verbijzonderde Oefentherapeuten C/M (dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut);
- ergotherapie: ergotherapeut;

Voor alternatieve bewegingstherapieën onder omschrijving, punt 2: een door ons aangewezen zorgaanbieder. U kunt een overzicht van de door ons aangewezen zorgaanbieders vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

#### Vergoeding:

1. voor de zorg genoemd onder omschrijving, punt 1:
  - a. volledig: als de behandeling wordt verzorgd door een zorgaanbieder met wie wij een overeenkomst hebben gesloten;
  - b. ten hoogste de tarieven zoals genoemd in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders IZZ 2011 als de zorgaanbieder geen overeenkomst heeft gesloten. U kunt deze lijst vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden;
2. voor de zorg genoemd onder omschrijving, punt 2: ten hoogste € 600,00 per kalenderjaar.

#### Bijzonderheden:

1. als het behandeling betreft van een aandoening volgens bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering, dan vindt - voor verzekerden van 18 jaar en ouder vanaf de dertiende behandeling - vergoeding plaats vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf onze toestemming vereist;
2. vergoeding van kosten van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie geldt vanaf de tiende behandeling. De eerste negen behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering;

3. verzekeren jonger dan 18 jaar hebben recht op vergoeding van de kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de 19e behandeling. De eerste achttien behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering;
4. vergoeding van de kosten van ergotherapie geldt vanaf het elfde behandeluur. De eerste tien behandeluren zijn opgenomen in de zorgverzekering;
5. met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld:
  - arbocuratieve- of re-integratietrajecten;
  - (groeps)behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, medische fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht, cardiotraining e.d.

#### Artikel 4 | Brillen, contactlenzen, ooglaserbehandeling of lensimplantaties

##### Omschrijving:

1. een tegemoetkoming in de kosten van contactlenzen en/of brillenglazen op sterkte met bijbehorende brilmonturen;
2. een tegemoetkoming in de kosten van een ooglaserbehandeling of een lensimplantatie. Implantatie van multifocale lenzen (bijvoorbeeld Restore) wordt niet vergoed.

##### Door:

1. omschrijving, punt 1: opticien of optiekbedrijf;
2. omschrijving, punt 2: oogarts.

##### Vergoeding:

de kosten genoemd onder omschrijving, punt 1 en 2 samen worden vergoed ten hoogste € 340,00 in een periode van drie kalenderjaren. Deze vergoeding is inclusief de vergoeding voor brillen, contactlenzen, ooglaseren en lensimplantatie in de Basisaanvullende regeling.

*Wij hebben met een aantal opticienketens speciaal voor u aanvullende afspraken gemaakt. Kiest u ervoor om bij deze voorkeursleveranciers uw bril en/of contactlenzen aan te schaffen, dan levert u dat extra voordeel op. Zo kunt u voor hetzelfde geld een duurdere bril of contactlenzen uitzoeken. Ga naar onze website voor meer informatie.*

*Wij hebben met een aantal centra voor refractiechirurgie (ooglaseren en/of lensimplantaties) afspraken gemaakt. Daardoor krijgt u een korting, waardoor het bedrag dat u zelf nog moet betalen lager wordt. De kwaliteit is door ons getoetst. Ga naar onze website voor meer informatie.*

#### Artikel 5 | Buikwandcorrectie

##### Omschrijving:

correctie van de buikwand.

##### Door:

medisch specialist.

##### Vergoeding:

ten hoogste € 2.500,00 voor de gehele looptijd van de verzekering.

##### Indicatie:

een overhangende buikhuidplooi waarbij de plooi – aan de binnenzijde gemeten – 6 cm of meer bedraagt waarbij smetten aanmerkelijk is. Uw gewicht moet in verhouding staan tot uw lichaamslengte ( $BMI \leq 30$ ).

*De body Mass Index (BMI) kunt u berekenen door uw lichaamsgewicht te delen door uw lengte in het kwadraat (lengte x lengte). Voorbeeld: u weegt 85 kilogram en u bent 1,75 meter lang. Uw BMI is dan  $85 \text{ gedeeld door } (1,75 \times 1,75) = 85 \text{ gedeeld door } 3,0625 = 27,76$ . Dit is afgerond 28. Op [www.gezondizz.nl](http://www.gezondizz.nl) kunt u heel eenvoudig uw BMI berekenen.*

##### Verwijsbrief van:

huisarts of medisch specialist.

##### Toestemming:

ja, de toestemmingsaanvraag moet een brief bevatten van de behandelend medisch specialist die de aard en de omvang van de afwijking vermeldt.

##### Bijzonderheden:

als u aanspraak kunt maken op een vergoeding uit de zorgverzekering dan geldt de bovengenoemde vergoeding niet.

#### Artikel 6 | Buitenland

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

##### Omschrijving:

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

##### Vergoeding:

ten hoogste € 1.000,00 per kalenderjaar.

#### Artikel 7 | Eerstelijnspsychologische zorg

##### Omschrijving:

een aanvulling op het aantal zittingen eerstelijnspsychologische zorg vanuit de zorgverzekering. Onder eerstelijnspsychologische zorg wordt verstaan diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische aandoeningen/stoornissen.

##### Door:

gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijnspsycholoog. De eerstelijnspsycholoog is een gezondheidszorgpsycholoog die als eerstelijnspsycholoog is ingeschreven in het Register van eerstelijnspsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). Eerstelijnspsychologische zorg zoals beschreven in dit artikel voor verzekeren jonger dan 18 jaar mag ook worden verleend door een kinderpsycholoog, jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist. De kinder- en jeugdpsycholoog is als zodanig ingeschreven bij het NIP. De orthopedagoog-generalist is als zodanig ingeschreven in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogogen en onderwijskundigen (NVO).

De zorg kan plaatsvinden op een afdeling psychiatrie van een algemeen ziekenhuis, in een GGZ-instelling of vrijgevestigde praktijk.

##### Vergoeding:

ten hoogste € 240,00 per kalenderjaar.

##### Bijzonderheden:

vanuit de zorgverzekering hebt u aanspraak op 8 zittingen eerstelijnspsychologische zorg. Per zitting geldt een eigen bijdrage. De aanvullende verzekering vergoedt deze eigen bijdrage niet.

## Artikel 8 | Huidbehandelingen

### 8.1. Acnebehandeling

**Omschrijving:**  
acnebehandeling en de behandeling van acne-littekens in het gezicht.

**Door:**  
huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

**Vergoeding:**  
ten hoogste € 200,00 per kalenderjaar.

**Indicatie:**  
ernstige vorm van acne.

**Verwijsbrief van:**  
huisarts of medisch specialist.

### 8.2. Camouflagetherapie

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

**Door:**  
huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

**Vergoeding:**  
ten hoogste € 200,00 per kalenderjaar.

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

**Verwijsbrief van:**  
huisarts of medisch specialist.

### 8.3. Epilatie

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

**Door:**  
huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

**Vergoeding:**  
ten hoogste € 570,00 per kalenderjaar.

**Indicatie:**  
extreme haargroei in het gelaat.

**Verwijsbrief van:**  
huisarts of medisch specialist.

### 8.4. Psoriasisbehandeling

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

**Door:**  
een in psoriasis gespecialiseerd dagbehandelingscentrum.

**Vergoeding:**  
ten hoogste € 910,00 per kalenderjaar.

**Indicatie:**  
ernstige vorm van psoriasis.

**Verwijsbrief van:**  
dermatoloog.

**Bijzonderheden:**  
aanspraak op lichttherapie in de thuissituatie en andere vormen van therapie voor de bestrijding van psoriasis is opgenomen in de zorgverzekering.

## Artikel 9 | Hulp bij het huishouden

**Omschrijving:**  
het bieden van huishoudelijke hulp bij ernstige en/of langdurige ziekte, ongeval of tijdens of na een ziekenhuisopname van de verzekerde, als overbrugging voor gelijksoortige hulp op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De huishoudelijke hulp omvat de algemene organisatie van het huishouden, zoals de gebruikelijke schoonmaakwerkzaamheden, de maaltijdverzorging, de opvang van huisgenoten en het halen van de boodschappen.

De hulp wordt geleverd op het woonadres van de verzekerde, zoals dat bij ons bekend is. De hulp dient in een periode van maximaal 3 maanden aaneengesloten, voorafgaand aan het moment dat aanspraak bestaat op huishoudelijke verzorging vanuit de gemeente op grond van de Wmo, ingepland te worden.

**Door:**  
organisatie waarmee wij daartoe een overeenkomst hebben gesloten, of, op aanvraag van de verzekerde een andere (erkende) thuiszorgorganisatie.

**Vergoeding:**  
als gebruik wordt gemaakt van een zorgaanbieder waarmee wij:

1. een overeenkomst hebben gesloten: volledig tot ten hoogst 6 uur per week voor de duur van maximaal 3 maanden per kalenderjaar;
2. geen overeenkomst hebben gesloten: maximaal € 23,00 per uur, tot ten hoogste 6 uur per week voor de duur van maximaal 3 maanden per kalenderjaar.

**Toestemming:**  
ja.

**Bijzonderheden:**

1. voor het aanvragen van huishoudelijke hulp kan tijdens kantooruren, van 9.00 tot 17.00 uur, contact worden opgenomen met IZZ Zorgadvies en bemiddeling; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden;
2. bij de aanvraag dient een kopie van de aanvraag voor huishoudelijke ondersteuning op basis van de Wmo te worden overlegd;
3. de huishoudelijke hulp wordt binnen 2 werkdagen (mits gemeld bij ons voor 10.30 uur) na aanmelding bij ons geboden bij de verzekerde thuis, tenzij hulp op een later tijdstip gewenst is;
4. er bestaat geen aanspraak op huishoudelijke hulp vanaf het moment dat aanspraak bestaat op huishoudelijke verzorging vanuit de gemeente op grond van de Wmo;
5. de zorg wordt vooraf voor de gehele periode ingepland;
6. onder huishoudelijke ondersteuning wordt niet verstaan verpleegkundig of medisch handelen of lichamelijke verzorging;
7. de huishoudelijke hulp wordt alleen geboden in Nederland.

## Artikel 10 | Hulpmiddelen

### 10.1. Hoortoestellen

**Omschrijving:**  
batterijen voor een hoortoestel.

**Geleverd door:**  
leverancier met wie wij een overeenkomst hebben gesloten.

**Vergoeding:**  
volledig voor ten hoogste twee hoortoestellen.

**Bijzonderheden:**

1. recht op vergoeding bestaat alleen als aanspraak bestaat op het hulpmiddel op grond van de zorgverzekering;
2. u kunt een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

### 10.2. Mammaprothese

**Omschrijving:**  
artikelen die worden gebruikt na een borstamputatie. Het betreft de aanschaf van plakstrips voor een mammaprothese, een borstprothese BH, een prothese badpak, een zwemprothese en schoonmaakartikelen.

**Vergoeding:**  
ten hoogste € 50,00 per twee kalenderjaren.

**Bijzonderheden:**  
recht op vergoeding bestaat alleen als aanspraak bestaat op een mammaprothese op grond van de zorgverzekering.

### 10.3. Pruiken

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

**Vergoeding:**  
ten hoogste € 50,00.

**Bijzonderheden:**

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

### 10.4. Schoenen

**Omschrijving:**  
aangepaste confectieschoenen of inspectie en reparatie van (semi)orthopedische schoenen vanaf de 10e maand na leveringsdatum.

**Vergoeding:**  
u hebt de keuze uit een vergoeding voor:

1. aangepaste confectieschoenen: ten hoogste € 50,00 per paar óf;
2. inspectie en reparatie van (semi)orthopedische schoenen vanaf de 10e maand na leveringsdatum: ten hoogste € 30,00 eenmalig.

**Door:**  
oorspronkelijke leverancier.

**Bijzonderheden:**

recht op vergoeding bestaat als er sprake is van een indicatie voor orthopedische schoenen volgens de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook onze website.

### 10.5. Steunzolen

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

**Geleverd door:**  
orthopedisch(e) schoenmaker(ij) of werkplaats of podotherapeut.

**Vergoeding:**  
ten hoogste € 90,00 eenmaal per twee kalenderjaren.

**Voorschrift:**  
huisarts, medisch specialist of podotherapeut.

### 10.6. Wekapparatuur / plaswekker

**Omschrijving:**  
wekapparatuur of plaswekker voor kinderen van 7 tot 18 jaar inclusief de eventueel benodigde bandages.

**Vergoeding:**

1. volledig, als geleverd door een leverancier met wie wij daartoe een overeenkomst hebben gesloten. U kunt een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vinden op onze website;
2. € 50,00, als geleverd door een leverancier met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten.

## Artikel 11 | Kuuroord

**Omschrijving:**

1. behandeling binnen een periode van 2 tot 4 weken waarbij de verzekerde verblijft in de kuuroorden:
  - Thermaalbad Arcen in Arcen;
  - Scandic Sanadome in Nijmegen;
  - Kuurcentrum Fontana in Nieuweschans;
  - Thermae 2000 in Valkenburg (L);
2. behandeling in een kuuroord in Europa (niet zijnde Nederland).

**Vergoeding:**

1. als de behandeling plaatsvindt in een kuuroord genoemd onder omschrijving, punt 1, ten hoogste € 460,00 per twee kalenderjaren;
2. als de behandeling plaatsvindt in een kuuroord genoemd onder omschrijving, punt 2, ten hoogste € 700,00 per twee kalenderjaren.

**Indicatie:**

arthritis psoriatica, Morbus Bechterew, Morbus Forestier of reumatoïde artritis.

**Verwijsbrief van:**  
reumatoloog.

**Toestemming:**  
ja.

## Artikel 12 | Orthodontie

### Omschrijving:

zorg gericht op de correctie van standafwijkingen van tanden, kiezen en kaken.

### Door:

tandarts of orthodontist.

### Vergoeding:

ten hoogste € 460,00 voor de gehele looptijd van de verzekering.

## Artikel 13 | Reizen

### Spoedeisende zorg tijdens vakantie en tijdelijk verblijf

#### Omschrijving:

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

#### Vergoeding:

volledig, op basis van werelddekking.

#### Bijzonderheden:

- recht op vergoeding bestaat alleen als er aanspraak op de zorg bestaat vanuit de zorgverzekering. De te verlenen vergoeding heeft een aanvullend karakter;
- de vergoeding wordt uitbetaald in euro's;
- voor het verkrijgen van geneeskundige zorg kan een beroep worden gedaan op de IZZ Alarmcentrale; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden. Wij adviseren u om de IZZ Alarmcentrale in te schakelen bij met name spoedeisende zorg waarmee hoge kosten zijn gemoeid, zoals een behandeling of opname in een ziekenhuis;
- de kosten van repatriëring worden vergoed vanuit de IZZ Reisverzekering. Voor meer informatie over de IZZ Reisverzekering, zie onze website.

## Artikel 14 | Stottertherapie

### Omschrijving:

stottertherapie volgens de methode BOMA, Del Ferro, Hausdörfer of McGuire.

### Door:

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

### Vergoeding:

ten hoogste € 660,00 voor de gehele looptijd van de verzekering.

### Verwijsbrief van:

huisarts of medisch specialist.

## Artikel 15 | Tandheelkundige zorg

*Uw tandarts specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering in de tarievenlijst tandheelkunde. Deze tarievenlijst met maximale tandheelkundige tarieven wordt jaarlijks opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De behandelingen worden in prestatiecodes uitgedrukt. Deze prestatiecodes beginnen met een letter gevolgd door twee cijfers. Zo staat de C11 voor een eerste jaarlijkse consult.*

### 15.1. Curatieve tandheelkundige zorg

#### Omschrijving:

parodontale zorg.

#### Door:

tandarts. De mondhygiënist mag zorg verlenen die behoort tot het eigen deskundigheidsgebied.

#### Vergoeding:

prestatiecodes beginnend met een T, tot ten hoogste € 1.000,00 per kalenderjaar.

### 15.2. Opbouw

#### Omschrijving:

behandeling die tot doel heeft dat er voldoende houvast kan worden geboden voor het goed kunnen bevestigen van een definitieve voorziening.

#### Door:

tandarts.

#### Vergoeding:

een volledige vergoeding van:

- opbouw, plastisch materiaal (R31);
- opbouw, gegoten (R32/R33).

### 15.3. Kronen en bruggen

#### Omschrijving:

behandeling voor het vervangen van geheel of gedeeltelijk ontbrekende tanden en/of kiezen met vaste voorzieningen.

#### Door:

tandarts.

#### Vergoeding:

ten hoogste de onderstaande bedragen:

	Prestatiecode	Vergoeding
kronen en bruggdelen, per element	R20/R25/R26/R27/ R40/R45	€ 250,00 <sup>1)</sup>
etsbrug, per element	R60/R61/R65/R66	€ 120,00 <sup>1)</sup>
indirecte labiale veneering opnieuw vastzetten	R79	€ 90,00 <sup>1)</sup>
gegoten restauraties	R74	volledig

<sup>1)</sup> de techniekkosten en de kosten van anesthesie zijn opgenomen in de bovenstaande vergoedingen.

De kosten van kronen, brugdelen implantaten in de niet-tandeloze kaak en frameprothese samen komen voor vergoeding in aanmerking tot ten hoogste € 1.500,00 per kalenderjaar.

#### 15.4. Implantaten in de niet-tandeloze kaak

##### Omschrijving:

vervangende elementen voor de wortel van tanden en/of kiezen voor het verkrijgen van steunpunten voor tandvervangingen.

##### Door:

kaakchirurg of tandarts.

##### Vergoeding:

de vergoeding bestaat uit:

1. het honorarium van de kaakchirurg en de bijkomende kosten in een ziekenhuis, of;
2. het honorarium van de tandarts, materiaal- en techniekkosten van alle verrichtingen samen.

De kosten van kronen, brugdelen, implantaten in de niet-tandeloze kaak en frameprothese samen komen voor vergoeding in aanmerking tot ten hoogste € 1.500,00 per kalenderjaar.

##### Bijzonderheden:

niet vergoed worden de kosten van volledige narcose (A20)

#### 15.5. Frameprothese

##### Omschrijving:

een gedeeltelijke uitneembare gebitsprothese met een metalen frame.

##### Door:

tandarts.

##### Vergoeding:

ten hoogste de onderstaande bedragen:

	Prestatiecode	Vergoeding
frameprothese, per boven- of onderprothese:		
- 1 t/m 4 elementen	P34	€ 320,00 <sup>1)</sup>
- 5 of meer elementen	P35	€ 460,00 <sup>1)</sup>
uitbreiden bestaande prothese	P79	€ 30,00 <sup>1)</sup>
wortelkap, 2 kappen per kalenderjaar, per kap	P31	€ 120,00 <sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> de techniekkosten zijn al opgenomen in bovenstaande vergoedingen.

De kosten van kronen, brugdelen, implantaten in de niet-tandeloze kaak en frameprothese samen komen voor vergoeding in aanmerking tot ten hoogste € 1.500,00 per kalenderjaar.

#### 15.6. Overige prothetische voorzieningen

##### Omschrijving:

overige prothetische voorzieningen, inclusief techniekkosten.

	Prestatiecode
partiële prothese:	
- 1 t/m 4 elementen	P10
- 5 of meer elementen	P15
uitbreiding bestaande prothese	P79
extra voor gegoten ankers, per stuk	P18
rebasen per werkstuk	P51/P52/P53/P54
reparatie van prothese	P57/P58
extra voor immmediaat, per element	P40

##### Door:

tandarts.

##### Vergoeding:

volledig, op basis van de onder omschrijving genoemde prestatiecodes.

#### Artikel 16 | Verblijf

#### 16.1. Herstellingsoorden en zorghotels

##### Omschrijving:

verblijf in een herstellingsoord of zorghotel is mogelijk:

1. aansluitend op ontslag uit een ziekenhuis of behandeling in een zelfstandig behandelcentrum als uw behandelingen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum helemaal zijn afgerond;
2. als uw mantelzorg overbelast is of tijdelijk wegvalt en er geen andere opvang thuis mogelijk is;
3. als u wilt herstellen van (mentale) overbelasting of "burn-out".

##### Door:

een door ons gecontracteerd herstellingsoord of zorghotel. Op onze website vindt u een overzicht van de gecontracteerde herstellingsoorden en zorghotels. U kunt deze ook telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden

##### Vergoeding:

ten hoogste € 70,00 per dag voor ten hoogste 42 dagen per kalenderjaar.

##### Verwijsbrief van:

huisarts of medisch specialist als er sprake is van een herstel in verband met (mentale) overbelasting of "burn-out" (punt 3. van de omschrijving).

##### Bijzonderheden:

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

#### 16.2. Hospice

##### Omschrijving:

het verblijf in een hospice/Bijna-Thuis-Huis voor verzekerden die ongeneeslijk ziek zijn en niet meer thuis verzorgd kunnen worden. Zij kunnen tot aan het overlijden hier worden verzorgd.

**Door:**

een door IZZ erkend hospice/Bijna-Thuis-Huis. Op [www.palliatief.nl/zorgkiezen](http://www.palliatief.nl/zorgkiezen) (AGORA) vindt u een overzicht van de erkende hospices/Bijna-Thuis-Huizen in uw regio.

**Vergoeding:**

ten hoogste € 30,00 per dag.

**16.3. Therapeutisch vakantiecamp voor verzekerden jonger dan 18 jaar****Omschrijving:**

verblijf in een van de volgende therapeutische vakantiecampen:

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

**Vergoeding:**

ten hoogste € 230,00 per kalenderjaar.

**16.4. Logeerhuis Ronald McDonald/Kiwanis, gastenverblijf Ter Weijde****Omschrijving:**

verblijf:

1. in een logeerhuis dat is verbonden aan een in Nederland gelegen ziekenhuis, zoals een Ronald McDonald-huis of een Kiwanishuis;
2. in het gastenverblijf Ter Weijde, verbonden aan het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA), bij opname of twee dagbehandelingen, die op aaneengesloten dagen plaatsvinden.

**Vergoeding:**

ten hoogste 15 nachten per kalenderjaar.

**Bijzonderheden:**

1. recht op vergoeding bestaat uitsluitend als aanspraak bestaat op opname of twee dagbehandelingen van de verzekerde die op aaneengesloten dagen plaatsvinden in een ziekenhuis op grond van de zorgverzekering;
2. de afstand woonplaats-logeerplaats bedraagt ten minste 40 kilometer (enkele reis);
3. ook bestaat aanspraak op vergoeding van logieskosten van ten hoogste twee gezinsleden.

**Artikel 17 | Verloskundige zorg en kraamzorg****17.1. Verloskundige zorg****Omschrijving:**

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

**Vergoeding:**

volledig.

**Bijzonderheden:**

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

**17.2. Kraampakket****Omschrijving:**

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

**Vergoeding:**

volledig.

**Bijzonderheden:**

u kunt het kraampakket aanvragen via onze website of bellen met IZZ Kraamzorg, kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

**17.3. Eigen bijdrage kraamzorg****Omschrijving:**

de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de Regeling zorgverzekering.

**Vergoeding:**

volledig.

**Bijzonderheden:**

1. de aanvullende vergoeding wordt verleend over hetzelfde aantal uren of dagen waarop de aanspraak op kraamzorg op grond van de zorgverzekering betrekking heeft;
2. de Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook onze website.

**17.4. Kraamzorg bij adoptie****Omschrijving:**

de noodzakelijke ondersteuning en advisering van de moeder over verzorging van en omgang met het adoptiekind, jonger dan 3 maanden. Het aantal zorguren wordt geïndiceerd door het kraamcentrum.

**Door:**

gediplomeerd kraamverzorgende verbonden aan een kraamcentrum of een verpleegkundige die als kraamverzorgende werkt.

**Vergoeding:**

ten hoogste 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen.

**17.5. Extra kraamzorg moeder en pasgeborene****Omschrijving:**

de noodzakelijke ondersteuning en advisering van de moeder over verzorging van en omgang met het kind. Daarnaast kan zij ingezet worden voor aan kraamzorg gerelateerde zaken, zoals opvang van de andere aanwezige kinderen, opvang van bezoek, verzorging gezinswas, (voor)bereiding van de warme maaltijd. Deze zorg kan zowel als aanvulling gedurende de reguliere kraamzorgperiode gegeven worden, als aansluitend aan de 10e dag gerekend vanaf de dag van de bevalling en/of bij ontslag van het kind uit het ziekenhuis na de 10e dag na de geboorte.

**Door:**

gediplomeerd kraamverzorgende verbonden aan een kraamcentrum of een verpleegkundige die als kraamverzorgende werkt.

**Vergoeding:**

ten hoogste 20 uur.

**Bijzonderheden:**

recht op aanspraak extra kraamzorg bestaat uitsluitend als aanvulling op de vanuit de zorgverzekering geïndiceerde kraamzorg.

**17.6. Problemen met borstvoeding****Omschrijving:**

lactatiekundig consult voor de moeder bij problemen met de borstvoeding in specifieke situaties.

**Door:**

lactatiekundige die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).

**Vergoeding:**

één consult per bevalling tot ten hoogste € 80,00.

**Verwijsbrief van:**

verloskundige, kraamcentrum, consultatiebureau-arts of jeugd-gezondheidszorgverpleegkundige.

**Bijzonderheden:**

de verwijzing vindt plaats volgens het Verwijzingsprotocol naar de Lactatiekundige NVL. Dit protocol maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook onze website.

**17.7. Elektrische borstkolf****Omschrijving:**

huur van een elektrische borstkolf tijdens en na een ziekenhuisopname van 8 dagen of langer van een zieke zuigeling.

**Vergoeding:**

ten hoogste € 110,00 per bevalling.

**17.8. GeboorteTENS****Omschrijving:**

vergoeding van de huur- of aanschafkosten van een geboorteTENS.

**Vergoeding:**

ten hoogste € 80,00 voor de gehele looptijd van de verzekering.

**Artikel 18 | Vitamines****Omschrijving:**

enkelvoudige vitaminepreparaten van de vitamines A-B1-B2-B3-B6-B8-B11-B12-D-E-K voor de behandeling van ernstig vitaminetekort.

**Vergoeding:**

€ 200,00 per kalenderjaar.

**Voorschrift:**

behandelend arts.

**Toestemming:**

ja.

**Artikel 19 | Voetbehandelingen****Omschrijving:**

1. podotherapie. Hieronder wordt verstaan behandelingen van voetafwijkingen, huid- en nagelaandoeningen, of problemen aan het steun- en bewegingsapparaat die voortvloeien uit de voeten;
2. voetbehandeling voor verzekerden met diabetes mellitus of reumatoïde artritis.

**Door:**

1. voor behandelingen genoemd onder omschrijving, punt 1 en 2: podotherapeut;
2. voor behandelingen genoemd onder omschrijving, punt 2: podotherapeut of pedicure met aantekening 'diabetesvoet' en/ of 'reumatische voet' geregistreerd in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP).

**Vergoeding:**

ten hoogste € 180,00 per kalenderjaar.

**Verwijsbrief van:**

huisarts of medisch specialist.

**Bijzonderheden:**

voor vergoeding van de kosten van steunzolen, zie artikel 10.5, Steunzolen.



## VII. IZZ Comfort

### Artikel 1 | Comfortarrangement

#### Omschrijving:

comfortarrangement bij een opname in een ziekenhuis, waarmee wij hiervoor een hebben gesloten. Dit arrangement bestaat ten minste uit de aansluitkosten van telefoon en televisie aan bed.

#### Vergoeding:

volledig.

#### Bijzonderheden:

1. recht op vergoeding bestaat uitsluitend als er aanspraak bestaat op opname op grond van de zorgverzekering;
2. er bestaat geen recht op vergoeding als verblijf op een één- of tweepersoonskamer niet mogelijk is, bijvoorbeeld om verpleegkundige of medische redenen, zoals bij opname op de afdeling intensive care;
3. u kunt een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

### Artikel 2 | Hulp bij het huishouden

#### Omschrijving:

het bieden van huishoudelijke hulp bij ziekte, ongeval of tijdens of na een ziekenhuisopname van de verzekerde.

#### Door:

organisatie waarmee wij daartoe een overeenkomst hebben gesloten.

#### Vergoeding:

volledig, tot ten hoogste 10 uur per kalenderjaar.

#### Toestemming:

ja.

#### Bijzonderheden:

1. voor het aanvragen van huishoudelijke hulp kan tijdens kantooruren van 09.00 tot 17.00 uur contact worden opgenomen met IZZ Zorgadvies en bemiddeling; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden;
2. huishoudelijke hulp wordt binnen 2 werkdagen geboden bij de verzekerde thuis, tenzij hulp op een later moment gewenst is;
3. er bestaat geen aanspraak op huishoudelijke hulp als aanspraak bestaat op huishoudelijke hulp vanuit de gemeente op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning;
4. huishoudelijke hulp wordt alleen geboden in Nederland;
5. onder huishoudelijke hulp wordt niet verstaan verpleegkundig of medisch handelen of lichamelijke verzorging.

### Artikel 3 | Kinderopvang

#### Omschrijving:

het bieden van kinderopvang voor kinderen van ten hoogste 12 jaar bij:

1. ziekte van het kind waardoor de reguliere kinderopvang geen doorgang kan vinden;
2. ziekenhuisopname van één van de ouders of van een ander kind binnen het gezin. De opvang vindt plaats in huis bij de verzekerde.

#### Door:

kinderopvang met wie wij daartoe een overeenkomst hebben gesloten.

#### Vergoeding:

volledig, tot ten hoogste 24 uur per kalenderjaar.

#### Bijzonderheden:

1. voor het aanvragen van kinderopvang kan tijdens kantooruren van 9.00 tot 17.00 uur contact worden opgenomen met IZZ Zorgadvies en bemiddeling; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden;
2. kinderopvang wordt maximaal binnen 2 werkdagen geboden bij de verzekerde thuis, tenzij hulp op een later moment gewenst is;
3. kinderopvang wordt alleen geboden in Nederland.

### Artikel 4 | Verblijf in één- of tweepersoonskamer

#### Omschrijving:

een verblijf in een één- of tweepersoonskamer bij een geplande opname in een ziekenhuis waarmee wij hiervoor een overeenkomst hebben gesloten. Bij een niet-geplande opname zal het ziekenhuis zich inspannen om verblijf in een één- of tweepersoonskamer mogelijk te maken. U dient bij het opnamebureau van het ziekenhuis te melden dat u het pakket IZZ Comfort hebt afgesloten.

#### Vergoeding:

volledig.

#### Bijzonderheden:

1. recht op vergoeding bestaat uitsluitend als er aanspraak bestaat op opname op grond van de zorgverzekering;
2. als verblijf door niet voldoende bedden capaciteit niet plaatsvindt in een één- of tweepersoonskamer wordt een compensatievergoeding verleend van € 50,00 per ligdag. Deze compensatievergoeding wordt niet verleend als verblijf op een één- of tweepersoonskamer niet mogelijk is, bijvoorbeeld om verpleegkundige of medische redenen, zoals bij opname op de afdeling intensive care. Het bedrag kunt u claimen via uw declaratieformulier, door een briefje aan het formulier toe te voegen waarin u aangeeft hoeveel ligdagen u niet gebruik hebt kunnen maken van de één- of tweepersoonskamer. Wij bekijken samen met de verzekerde de mogelijkheden;
3. u kunt een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

### Artikel 5 | Welkomstpakket

#### Omschrijving:

'welkomstpakket', bij dagverpleging of opname in een ziekenhuis, met daarin zaken om het verblijf en het herstel na de behandeling te veraangemen.

#### Vergoeding:

volledig.

#### Bijzonderheden:

1. verzekerden, of hun familieleden, moeten zelf de opname melden via IZZ Zorgadvies en bemiddeling; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden;
2. recht op vergoeding bestaat uitsluitend als er aanspraak bestaat op een opname op grond van de zorgverzekering;
3. aanspraak op het 'welkomstpakket' bestaat alleen bij een opname in Nederland.

## VIII. Begripsomschrijvingen

**In de verzekeringsvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen IZZ wordt verstaan onder:**

**Aanvullende verzekeringen:** de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekeringen, die als aanvulling op het IZZ Basispakket gesloten worden.

**AWBZ:** de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

**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.

**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, Tsjecho, 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 over 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.

**Geneesmiddelen:** de in artikel 2.8, eerste lid, aanhef en onder a en b van het Besluit zorgverzekering bedoelde geneesmiddelen.

**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.

**IZZ Basispakket:** een tussen Zorgverzekeraar IZZ en de verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering.

**NZa:** Nederlandse Zorgautoriteit als bedoeld in de Wet marktordening gezondheidszorg.

**Toestemming:** een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens Zorgverzekeraar IZZ voor u wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

**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 voor wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door Zorgverzekeraar IZZ, is vermeld.

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

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

**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.

**Zorgverzekeraar IZZ:** IZZ Zorgverzekeraar NV, gevestigd in Arnhem en statutair gevestigd in Nijmegen, KvK-nummer 09143315. Zorgverzekeraar IZZ is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandse Bank (DNB), vergunningnummer: 12001039. Zorgverzekeraar IZZ is onderdeel van 'Univé-VGZ-IZA-Trias'. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt Zorgverzekeraar IZZ aangeduid met 'wij' en 'ons'.

**Zorgverzekering:** een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of door de Zorgverzekeringswet (Zvw) is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of door deze wet geregelde niet te boven gaan.



## Meer weten?

Hebt u vragen, neem dan contact op met onze klantenservice, 0900 - 0274 (lokaal tarief). De meest gestelde vragen staan op [www.izz.nl](http://www.izz.nl)

**IZZ De zorgverzekeraar voor de zorgsector**  
Postbus 445  
5600 AK Eindhoven  
Telefoon 0900 - 0274 (lokaal tarief)  
[www.izz.nl](http://www.izz.nl)

