

**van de:**

* SIZ Particuliere Verzekering	artikel 1 t/m 9, 10 t/m 33 en 72;
* SIZ Studentenverzekering	artikel 1 t/m 9, 10 t/m 33 en 72;
* Aanvullende zorgverzekeringen	
1. SIZ Aanvullende Verzekering Budget	artikel 1 t/m 9, 35, 37, 40 t/m 44, 55 t/m 68, 72 en 73;
2. SIZ Aanvullende Verzekering Accent	artikel 1 t/m 9, 34, 35, 37, 38, 40 t/m 47, 49 t/m 70, 72 en 73;
3. SIZ Aanvullende Verzekering Accent Klasse	artikel 1 t/m 9, 34, 35, 37, 38, 40 t/m 47 en 49 t/m 73;
4. SIZ Aanvullende Verzekering Plus	artikel 1 t/m 9, 34 t/m 70, 72 en 73;
5. SIZ Aanvullende Verzekering Plus Klasse	artikel 1 t/m 9 en 34 t/m 73,

**geldend vanaf 1 januari 2002.**

**Toelichting:**

De Stichting IZA Ziektekostenverzekeringen (SIZ) heeft een aantal samenhangende verzekeringspakketten ontwikkeld voor zowel particulier verzekerden als ziekenfondsverzekerden. Dit komt tot uitdrukking in deze verzekeringsvoorwaarden.

De voorwaarden hebben betrekking op de SIZ Particuliere Verzekering en de SIZ Studentenverzekering (voor particulier verzekerden) en op de verschillende aanvullende zorgverzekeringen (voor zowel particulier verzekerden als ziekenfondsverzekerden). Al deze zorgverzekeringen worden opgesomd in artikel 2 "Algemene bepalingen" onder lid 2.

De opbouw van de verzekeringsvoorwaarden is als volgt:

Het algemene gedeelte bestaat uit de artikelen 1 tot en met 9. Dit gedeelte geldt in beginsel voor alle zorgverzekeringen. Sommige bepalingen in dit algemene gedeelte regelen iets voor één of meer met name genoemde zorgverzekeringen. Dit blijkt dan uit de tekst van de bepaling zelf. De artikelen 10 tot en met 73 bevatten de vergoedingsregelingen van de verschillende zorgverzekeringen.

De opsomming van het tweede lid van artikel 2 "Algemene bepalingen" geeft aan, welke artikelen bij welke zorgverzekeringen horen.

Aan de hand daarvan kunt u nagaan welke artikelen voor u van belang zijn.

In sommige van die artikelen wordt, voor wat betreft de hoogte van de vergoedingen of de voorwaarden die gelden, onderscheid gemaakt tussen de verschillende verzekeringspakketten.

Om uw rechten te kunnen bepalen moet u dan letten op het verzekeringspakket dat voor u van toepassing is. Op het polisblad staat vermeld voor welke aanvullende zorgverzekering u verzekerd bent.

De SIZ-regeling wordt uitgevoerd door Zorgverzekeraar VGZ.

## Artikel 1 Begripsbepalingen

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

- 1.1. **SIZ:** de Stichting IZA Ziektekostenverzekeringen.
- 1.2. **Maatschappij:** de ovm Zorgverzekeraar VGZ ua, gevestigd te Nijmegen.
2. **Basiszorgverzekeringen:**
  - 2.1. **Ziekenfondsverzekering:** de verzekering ingevolge de Ziekenfondswet.
  - 2.2. **SIZ Particuliere Verzekering:** de zogenoemde particuliere verzekering volgens de SIZ regeling.
  - 2.3. **SIZ Studentenverzekering:** de zogenoemde particuliere verzekering volgens de SIZ regeling bestemd voor studenten.
  - 2.4. **Standaardpakketpolis:** de verzekeringsovereenkomst als bedoeld in de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen (WTZ), waaronder begrepen de Studentenstandaardpakketpolis.
3. **Aanvullende zorgverzekeringen:** de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven zorgverzekeringen, die gesloten worden als aanvulling op een basiszorgverzekering en alsdan deel uitmaken van de verzekeringsovereenkomst.
4. **AWBZ:** Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
  - 5.1. **Verzekeringsovereenkomst:** de met de maatschappij gesloten verzekeringsovereenkomst.
  - 5.2. **Verzekeringnemer:** de persoon die met de maatschappij de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten.
  - 5.3. **Verzekerde:** diegene die voor de SIZ regeling bij de maatschappij staat geregistreerd voor een basis-/aanvullende zorgverzekering en die als zodanig op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door de maatschappij, is vermeld.
- 6.1. **Gezin:**
  - 6.1.1. twee gehuwden, al dan niet met ongehuwde kinderen;
  - 6.1.2. twee ongehuwden, dan wel twee geregistreerde partners die aangetoond duurzaam samenwonen en een gemeenschappelijke huishouding voeren, al dan niet met ongehuwde kinderen;
  - 6.1.3. een alleenstaande met één of meer ongehuwde kinderen.
- 6.2. **Kinderen:**
  - 6.2.1. ongehuwde eigen dan wel adoptiefkinderen tot 18 jaar;
  - 6.2.2. ongehuwde studerende dan wel gehandicapte eigen of adoptiefkinderen van 18 tot 30 jaar, mits voor die kinderen aanspraak bestaat op kinderbijslag, een uitkering uit hoofde van de Wet studiefinanciering 2000, een uitkering uit hoofde van de Wet tegemoetkoming studiekosten of op persoonsgebonden aftrek wegens uitgaven voor levensonderhoud als bedoeld in de artikelen 2, 35 en 36 van de Uitvoeringsregeling Inkomstenbelasting 2001.
7. **Acupuncturist:** een in Nederland gevestigde acupuncturist, die lid is van de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA), het Nederlands Genootschap voor Acupunctuur (NGvA), de Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de natuurlijke geneeskunst (NWP) of die opgenomen is in het (praktijk)register van de Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV).
8. **Apotheker:** een in Nederland gevestigde apotheker, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
9. **Arts:** een in Nederland gevestigde arts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
10. **Audiologisch centrum:** een conform de bij wet gestelde regels als zodanig toegelaten instelling.
11. **Bijkomende kosten:** de medische kosten die rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens de medisch specialistische of kaakchirurgische behandeling in een ziekenhuis of in een aan een ziekenhuis verbonden polikliniek en die op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg in rekening gebracht mogen worden (zoals kosten voor röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, bestralingen, narcose en gebruik operatiekamer).
12. **Centrum voor erfelijkheidsadvies:** een in Nederland gelegen c.q. gevestigde instelling, die conform de bij wet gestelde regels is toegelaten voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.
13. **Centrum voor tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen:** een in Nederland gelegen c.q. gevestigd universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.
14. **Chiropractor:** een in Nederland gevestigde chiropractor (D.C.).
15. **Diëtist:** een in Nederland gevestigde diëtist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.
16. **Eerstelijnspsycholoog:** een in Nederland gevestigde eerstelijnspsycholoog, die is ingeschreven in het register van eerstelijnspsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

17. **Ergotherapeut:** een in Nederland gevestigde ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.
18. **Fysiotherapeut:** een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
19. **Huidtherapeut:** een in Nederland gevestigde huidtherapeut, met het diploma Huidtherapie van de Stichting Opleiding Huidtherapie, de Hogeschool van Utrecht of de Hogeschool van Eindhoven.
20. **Huisarts:** een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het Register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
21. **Kaakchirurg:** een in Nederland gevestigde tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
22. **Kinderfysiotherapeut:** een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als kinderfysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
23. **Klassiek homeopaat:** een in Nederland gevestigde klassiek homeopaat, die lid is van de Nederlandse Vereniging voor Klassieke Homeopathie (NVKH) of de Nederlandse Werkgroep van Praktijns in de natuurlijke geneeskunst (NWP).
24. **Kraamcentrum:** een conform de bij wet gestelde regels als zodanig toegelaten instelling waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft gesloten.
25. **Kraaminrichting:** een conform de bij wet gestelde regels als zodanig toegelaten instelling.
26. **Kraamverzorgende:** een in Nederland gevestigde als zodanig bij de bevoegde instantie geregistreerde beroepsbeoefenaar.
27. **Logopedist:** een in Nederland gevestigde logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.
28. **Manueel therapeut:** een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als manueel therapeut ingeschreven staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
29. **Medisch specialist:** een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
30. **Mondhygiënist:** een in Nederland gevestigde mondhygiënist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.
31. **Oedeemtherapeut:** een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als oedeemtherapeut ingeschreven staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
32. **Oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck:** een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.
33. **Orthodontist:** een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
34. **Osteopaat:** een in Nederland gevestigde osteopaat (D.O.).
35. **Podotherapeut:** een in Nederland gevestigde podotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.
36. **Schoonheidsspecialist:** een in Nederland gevestigde schoonheidsspecialist met het diploma Schoonheidsverzorging-B respectievelijk het diploma Camouflagetherapie bij toepassing van camouflagetherapie, het diploma Elektrisch ontharen bij toepassing van elektrisch epileren en het diploma Acne bij behandeling van acne.
37. **Sportmedische Instelling:** een in Nederland gelegen c.q. gevestigde instelling die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).
38. **Tandarts:** een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
39. **Tandprotheticus:** een in Nederland gevestigde tandprotheticus, die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.
40. **Tandtechnicus:** een gediplomeerde kracht die vakkundig tandtechnische laboratoriumwerkzaamheden verricht.
41. **TSVI-c:** een in Nederland gevestigde tandarts met specifieke vaardigheden op het gebied van de orale implantologie en chirurgische aspecten.
42. **Verloskundige:** een in Nederland gevestigde verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
43. **Verpleegkundige:** een verpleegkundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
44. **Zelfstandig behandelcentrum:** een in Nederland gelegen centrum voor medisch specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

45. **Ziekenhuis:** een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

## Artikel 2 Algemene bepalingen

1. De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die door de verzekeringnemer, al dan niet eigenhandig, op het aanvraagformulier zijn vermeld of op andere schriftelijke wijze aan de maatschappij zijn verstrekt. De maatschappij heeft het recht de nietigheid van de verzekeringsovereenkomst in te roepen, indien de hiervoor bedoelde gegevens onjuist, onvolledig of in strijd met de waarheid zijn of indien omstandigheden verzwegen worden, welke van dien aard zijn, dat de overeenkomst niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, wanneer de maatschappij van die omstandigheden kennis had gekregen.
2. De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde of op andere schriftelijke wijze aan de verzekeringnemer bevestigde zorgverzekeringen.

Deze van de verzekeringsovereenkomst deel uitmakende verzekeringsvoorwaarden zijn als volgt, met de daarbij aangegeven artikelen, van toepassing op de onderscheiden zorgverzekeringen:

\* **SIZ Particuliere Verzekering:** artikel 10 t/m 33 en 72;

\* **SIZ Studentenverzekering:** artikel 10 t/m 33 en 72;

\* **Aanvullende Zorgverzekeringen:**

1. **SIZ Aanvullende Verzekering Budget:**

artikel 35, 37, 40 t/m 44, 55 t/m 68, 72 en 73;

2. **SIZ Aanvullende Verzekering Accent:**

artikel 34, 35, 37, 38, 40 t/m 47, 49 t/m 70, 72 en 73;

3. **SIZ Aanvullende Verzekering Accent Klasse:**

artikel 34, 35, 37, 38, 40 t/m 47 en 49 t/m 73;

4. **SIZ Aanvullende Verzekering Plus:**

artikel 34 t/m 70, 72 en 73;

5. **SIZ Aanvullende Verzekering Plus Klasse:**

artikel 34 t/m 73.

Tenzij uit enige bepaling anders blijkt, zijn de artikelen 1 tot en met 9 op alle zorgverzekeringen van toepassing.

3. Recht op enige vergoeding op grond van de verzekering bestaat eerst dan, indien de verzekerde op de betrokken vorm van zorg naar aard, inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen, rekening houdend met de eisen van doelmatigheid en doeltreffendheid.
4. Vergoeding, voorzover tariefgebonden, vindt uitsluitend plaats op basis van rechtsgeldige tarieven óf (indien de wet niet van toepassing is op een tarief) op basis van het door de maatschappij met de betrokken beroepsbeoefenaar of instelling overeengekomen tarief. Indien een tarief geldt dat lager is dan het wettelijk maximum, dan is voor de vergoeding bepalend het door of namens de maatschappij overeengekomen tarief. Indien de maatschappij meer vergoedt dan waartoe zij gehouden is, is de maatschappij gerechtigd tot terugvordering op eigen naam van het door de verzekerde aan de beroepsbeoefenaar of instelling teveel betaalde. Door het sluiten van de verzekeringsovereenkomst verleent verzekeringnemer hiertoe volmacht aan de maatschappij.

5. Voor vergoeding komen uitsluitend in aanmerking kosten van zorg, verleend door in Nederland gevestigde beroepsbeoefenaren en instellingen, met uitzondering van het bepaalde in artikel 11, 14, 72 en 73.
6. Recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien en zolang aan de verzekeringsovereenkomst rechten kunnen worden verleend, waarbij bepalend is de datum waarop of de periode waarin de betrokken vorm van zorg is verleend. Indien in de verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgverlener opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend.
7. De maatschappij heeft het recht om kosten, op vergoeding waarvan de verzekeringnemer jegens maatschappij aanspraak kan maken op grond van de basiszorgverzekering of een aanvullende zorgverzekering, rechtstreeks te betalen aan de beroepsbeoefenaar of instelling, die de zorg heeft verleend. Met zodanige betaling vervalt de aanspraak van de verzekeringnemer op vergoeding.
8. Indien de maatschappij rechtstreeks aan beroepsbeoefenaren of instellingen kosten betaalt, die vallen onder het met de verzekeringnemer overeengekomen eigen risico dan wel anderszins voor rekening van de verzekeringnemer komen op grond van de basiszorgverzekering of een aanvullende zorgverzekering, is de verzekeringnemer die kosten verschuldigd aan de maatschappij.
9. Op de in lid 8 bedoelde vordering van de maatschappij op de verzekeringnemer zijn de leden 5 tot en met 7 van artikel 4 op overeenkomstige wijze van toepassing.
10. Vergoeding van de kosten op grond van de aanvullende zorgverzekeringen vindt eerst plaats nadat vaststaat dat de betreffende kosten niet onder de dekking van een basiszorgverzekering vallen, met inbegrip van het eigen risico of de eigen bijdrage.
11. Op de basis- en aanvullende zorgverzekeringen is het Nederlands recht van toepassing.

## Artikel 3 Kinderen

1. De verzekeringnemer kan voor zijn kinderen ongeacht de gezondheidstoestand een verzekering aangaan, mits aanmelding daarvoor heeft plaatsgevonden binnen één maand na de geboorte.
2. De verzekeringnemer kan voor zijn adoptiekinderen met ingang van de datum van de feitelijke opnemingsdatum van het kind in het gezin in Nederland een verzekering aangaan, met dien verstande dat afhankelijk van acceptatie door de maatschappij op grond van de gezondheidstoestand van het kind een SIZ Particuliere Verzekering of een SIZ Studentenverzekering dan wel een verzekeringsovereenkomst op basis van de Standardpakketpolis kan worden gesloten. Aanmelding daarvoor dient plaats te vinden binnen één maand na de datum van de feitelijke opnemingsdatum in het gezin in Nederland.

## Artikel 4 Premie

1. De premies voor de onderscheiden zorgverzekeringen worden door de maatschappij vastgesteld.
2. Voor bepaalde groepen van verzekerden en voor bepaalde zorgverzekeringen gelden (leeftijdsafhankelijke) kortingen of toeslagen op de premies. Bereikt de verzekerde een leeftijd die een wijziging van de korting of het intreden van een toeslag met zich meebrengt, dan gaat de nieuwe premie in op de eerste dag van de daaropvolgende maand.
3. De premie is door de verzekeringnemer bij vooruitbetaling verschuldigd in maandelijks termijnen. Indien de maatschappij de premie niet of niet tijdig incasseert, is de verzekeringnemer niettemin gehouden tot tijdige premiebetaling.
4. De maatschappij en de verzekeringnemer kunnen nader overeenkomen, onder daarbij te bepalen condities, dat de premie ineens en vooruit wordt voldaan voor één of meer jaren.
5. Is de premie niet binnen 30 dagen na aanmaning voldaan, dan vervallen de aanspraken op uitkeringen uit hoofde van de verzekering met ingang van de eerste dag van de periode waarover de achterstallige premie is verschuldigd. Verval van aanspraken laat onverlet de verplichting tot (verdere) premiebetaling.  
De aanspraken gaan weer in vanaf de dag, waarop de maatschappij de achterstallige premie met inbegrip van de (buiten)gerechtelijke incassokosten heeft ontvangen, doch uitsluitend ten aanzien van kosten die nadien ontstaan zijn en niet voorzienbaar waren.
6. Alle door de maatschappij te maken kosten van invordering van achterstallige premie komen voor rekening van de verzekeringnemer. Deze kosten, voorzover buiten rechte gemaakt, worden gesteld op 20% van de achterstallige premie.
7. De verzekeringnemer heeft niet het recht de verschuldigde premie te verrekenen met van de maatschappij te vorderen vergoedingen.
8. Voor de toepassing van de leden 3 tot en met 7 van dit artikel worden de bijdragen, die de maatschappij op grond van wettelijke verplichtingen aan verzekerden in rekening brengt, als premie beschouwd.

## Artikel 5 Overige verplichtingen

1. De verzekeringnemer brengt de maatschappij schriftelijk op de hoogte van voor de verzekering van belang zijnde wijzigingen, binnen één maand na het ontstaan daarvan.  
Wijzigingen als hier bedoeld zijn onder meer:
  - verandering van adres;
  - aangaan van een huwelijk, aangaan van een relatie, geboorte, overlijden;
  - echtscheiding, beëindiging van een relatie;
  - wijziging bank-/gironummer;
  - ontstaan of vervallen van recht op inschrijving in de ziektefondsverzekering of een andere wettelijke ziektekostenregeling.Indien door verzuim van de verzekeringnemer ten onrechte een premie of een te hoge premie in rekening wordt gebracht, bestaat geen aanspraak op terugbetaling.

2. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan diens laatst bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.
3. De verzekerde verleent alle medewerking bij het verkrijgen van inlichtingen (met name van derden) of bij onderzoeken die nodig zijn voor een goede uitvoering van de verzekering.
4. De verzekerde informeert de maatschappij omtrent feiten, die met zich mee kunnen brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden, en verstrekt de maatschappij in dat verband alle benodigde inlichtingen. In aansprakelijkheidskwesties treft de verzekerde geen enkele regeling met een derde, zonder schriftelijke akkoordverklaring van de maatschappij. De verzekerde onthoudt zich van handelingen waardoor de maatschappij in haar belangen kan worden geschaad.
5. De verzekerde dient originele nota's ter declaratie in bij de maatschappij binnen één jaar na de dagtekening daarvan. Met behulp van de computer vervaardigde nota's behoren te zijn geparafeerd door de zorgverlener. Ingediende nota's waarop uitkering wordt gedaan dan wel waarop eigen risico wordt ingehouden, worden niet geretourneerd aan de verzekerde.
6. Indien de verzekerde zich niet houdt aan de bepalingen van dit artikel en de maatschappij daardoor in haar belangen wordt geschaad of kan worden geschaad, is de maatschappij niet gehouden tot uitkering over te gaan.

## Artikel 6 Uitsluitingen

Niet vergoed worden de kosten:

1. van onderzoeken of behandelingen die verband houden met ziekten of afwijkingen, welke reeds bestonden vóór of bij het totstandkomen van de verzekering en waarmee verzekerde bekend was of waarvan hij toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gedaan aan de maatschappij. Deze uitsluiting is niet van toepassing indien en voorzover de verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
2. van onderzoeken of behandelingen, die naar wetenschappelijke opvattingen niet algemeen aanvaard zijn, niet gebruikelijk zijn in het kader van de uitoefening van het beroep of van het specialisme, dan wel niet begrepen zijn in de wettelijke omschrijving van de beroepsuitoefening;
3. van onderzoeken of behandelingen, die tot doel hebben het beoogde of bereikte resultaat van een eerdere niet medisch geïndiceerde behandeling of ingreep teniet te doen;
4. van schriftelijke verklaringen, administratiekosten of kosten wegens het niet tijdig voldoen van nota's van zorgverleners;
5. die veroorzaakt zijn door eigen grove schuld of opzet;
6. die bestaan uit eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd krachtens de basiszorgverzekeringen of de AWBZ, behoudens voorzover in deze voorwaarden anders is bepaald;
7. op vergoeding waarvan aanspraak kan worden gemaakt op grond van enige wet, publiekrechtelijke regeling of andere

- overeenkomst, indien de verzekering bij de maatschappij niet zou bestaan. Met aanspraak op kostenvergoeding wordt in dit verband gelijkgesteld het recht op een verstrekking in natura;
8. wegens verstrekkingen waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt krachtens de Ziekenfondswet, indien de verzekeringnemer of de verzekerde in aanmerking komt voor inschrijving in de ziekenfondsverzekering, ongeacht of betrokkene zich daadwerkelijk aanmeldt voor zodanige inschrijving;
  9. die na 1 januari 2002 als gevolg van een wijziging in de ziekenfondsverzekering of de AWBZ dan wel de Standaardpakketpolis onder de dekking zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden komen te vallen;
  10. die zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitierij;
  11. die zijn veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, ongeacht hoe deze zijn ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet voor schade, veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen (onder "kerninstallatie" wordt hierbij verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen). Het bepaalde in de vorige volzin is niet van toepassing voorzover krachtens de Nederlandse of de buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is.

#### **Artikel 7 Wijziging van premie en voorwaarden**

De maatschappij heeft het recht deze verzekeringsvoorwaarden en de premies voor de daarin geregelde zorgverzekeringen, hetzij landelijk, hetzij regionaal, en bloc te wijzigen.

#### **Artikel 8 Duur en beëindiging**

1. De verzekering wordt voor onbepaalde tijd aangegaan en in stand gehouden:
  - gedurende tenminste het jaar waarin de verzekering is ingegaan en het daaropvolgende kalenderjaar, voor wat betreft de SIZ Particuliere Verzekering en de SIZ Studentenverzekering;
  - gedurende tenminste het jaar waarin de verzekering is ingegaan en de twee daaropvolgende kalenderjaren voor alle aanvullende zorgverzekeringen.
2. Na afloop van de in lid 1 genoemde periode(n) kan de verzekeringnemer de zorgverzekering(en) schriftelijk en uitsluitend per 1 januari van enig jaar opzeggen met inachtneming van een opzegtermijn van tenminste drie maanden.
3. Het vorige lid is niet van toepassing bij omzetting van een aanvullende zorgverzekering in een andere aanvullende zorgverzekering, waaraan de verzekerde meer rechten kan onttelen.

4. De SIZ Particuliere Verzekering, SIZ Studentenverzekering en (Studenten)Standaardpakketpolis eindigen van rechtswege met ingang van de dag waarop de maatschappij van de verzekerde mededeling ontvangt van zijn inschrijving in de ziekenfondsverzekering.
5. De verzekering eindigt van rechtswege op het moment waarop de verzekerde zijn vaste woonplaats kiest in het buitenland, tenzij tevoren anders wordt overeengekomen.
6. De SIZ Particuliere Verzekering eindigt van rechtswege op de eerste dag van de maand waarin de verzekerde de leeftijd van 65 jaar bereikt, met dien verstande dat aansluitend bij de maatschappij een verzekering kan worden gesloten op basis van de Standaardpakketpolis.
7. De verzekering van een kind eindigt van rechtswege op de eerste dag van de daaropvolgende maand indien betrokkene niet meer als zodanig is aan te merken volgens de begripsbepaling in deze verzekeringsvoorwaarden. De verzekering kan in dezelfde vorm worden voortgezet op grond van een daartoe te sluiten verzekeringsovereenkomst.
8. De aanvullende zorgverzekeringen eindigen van rechtswege tegelijk met het einde van de basiszorgverzekering.
9. In afwijking van het bepaalde in lid 1 kan de verzekeringnemer de verzekering door opzegging beëindigen ingeval van verhoging van de premie van de verzekering dan wel ingeval van een zodanige wijziging van de verzekeringsvoorwaarden, dat de verzekerde minder rechten aan de verzekering kan onttelen. Opzegging dient in deze gevallen schriftelijk te geschieden binnen 30 dagen na de kennisgeving van de wijziging. De verzekering eindigt met ingang van de datum van de wijziging. Het recht tot opzegging als bedoeld in dit artikellid geldt niet, indien de wijziging van de premie en/of van de verzekeringsvoorwaarden voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen.
10. Onverlet de beëindiging van rechtswege van de verzekering als bedoeld in het vierde en vijfde lid kan de maatschappij de verzekering niet beëindigen, behoudens:
  - ingeval van onjuiste en/of onvolledige opgave zoals bedoeld in artikel 2, lid 1;
  - indien de verzekerde nalatig is in de betaling van de kosten, bedoeld in artikel 2, lid 8;
  - indien de verzekerde nalatig is in de betaling van de premie, waaronder begrepen de bijdragen bedoeld in artikel 4, lid 8, binnen 30 dagen na de aanmaning;
  - ingeval van (poging tot) bedrog door de verzekerde.

#### **Artikel 9 Geschillen**

1. Alle geschillen, samenhangend met of voortvloeiend uit de verzekeringsovereenkomst, worden onderworpen aan het oordeel van de daartoe bevoegde rechter.
2. De verzekerde kan een klacht, nadat deze ter kennis is gebracht van de maatschappij en de maatschappij haar definitieve standpunt daaromtrent kenbaar heeft gemaakt, dan wel binnen een periode van één maand na het indienen van de klacht niet heeft gereageerd, voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.

## **Artikel 10 Opname in een ziekenhuis**

Omschrijving: opname van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden.

Vergoeding: volledig en onbeperkt op basis van verpleging en behandeling in de derde verpleegklasse (inclusief bijkomende kosten en medisch specialistische of kaakchirurgische zorg).

Verwijzing door: huisarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:

1. vergoed worden, tot het kind de leeftijd van 3 maanden heeft bereikt, de kosten indien sprake is van een gezonde bij de maatschappij verzekerde zuigeling, die in het ziekenhuis verblijft samen met zijn moeder, die aldaar met medische noodzaak is opgenomen;
2. ingeval van verpleging in een hogere dan de derde verpleegklasse wordt uitsluitend een vergoeding verleend gebaseerd op de kosten die zouden zijn gemaakt indien verpleging had plaatsgevonden in de derde verpleegklasse;
3. voor vergoeding van de kosten van:
  - orgaantransplantatie, zie artikel 15;
  - fertiliteitsbevorderende behandeling en in vitro fertilisatie (ivf), zie artikel 16;
  - plastische en/of reconstructieve chirurgie, zie artikel 20.

## **Artikel 11 Opname in het Nederlands Astma Centrum te Davos**

Omschrijving: onderzoek, opname en verder verblijf in het Nederlands Astma Centrum te Davos in Zwitserland (NAD).

Vergoeding: volledig.

Verwijzing door: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:

1. toestemming wordt alleen gegeven nadat, na evaluatie van de klachten en na optimale behandeling in een ziekenhuis in Nederland, de noodzaak tot opname is vastgesteld;
2. de machtiging wordt telkens afgegeven voor een beperkte periode.

## **Artikel 12 Dagverpleging**

Omschrijving: een korter dan 24 uur durende bedverpleging in een ziekenhuis of in een door de maatschappij gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum, noodzakelijk in verband met onderzoek of behandeling door een medisch specialist.

Vergoeding: volledig. Inclusief bijkomende kosten en medisch specialistische zorg.

Verwijzing door: behandelend arts.

## **Artikel 13 Medisch specialistische zorg, poliklinisch**

Vergoeding: 1. het honorarium van een medisch specialist of kaakchirurg;  
2. de bijkomende kosten in een ziekenhuis, in een polikliniek verbonden aan een ziekenhuis of in een door de maatschappij gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum.

Verwijzing door: huisarts of tandarts.

Machtiging: nee, behalve voor dialyse thuis, chronisch intermitterende beademing en kaakchirurgie.

Bijzonderheden:

1. onder poliklinische medisch specialistische zorg is begrepen:
  - zorg door een trombosedienst;
  - second opinion door een medisch specialist;
2. eveneens worden vergoed de kosten verband houdend met de door een erkend beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur ten huize van de verzekerde;
3. voor vergoeding van de kosten van:
  - orgaantransplantatie, zie artikel 15;
  - fertiliteitsbevorderende behandeling en in vitro fertilisatie (ivf), zie artikel 16;
  - revalidatie, zie artikel 17;
  - erfelijkheidsonderzoek, zie artikel 18;
  - audiologische zorg, zie artikel 19;
  - plastische en/of reconstructieve chirurgie, zie artikel 20;
  - implantaten, zie artikel 26, 38 en 39.

## **Artikel 14 Zorg in een andere lidstaat van de Europese Unie**

Vergoeding: ten hoogste 100% van de in Nederland geldende tarieven.

Machtiging: ja, vooraf. Hierbij kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.

Bijzonderheden:

1. recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien de zorg in Nederland ook voor vergoeding in aanmerking zou komen;
2. voor de vaststelling van de vergoeding van het aantal verpleegdagen wordt uitgegaan van het in Nederland voor de desbetreffende ingreep gebruikelijke aantal;
3. voor vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer, zie artikel 32.
4. onder EU-lidstaat worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Ierland, Italië, Luxemburg, Oostenrijk, Portugal, Spanje, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Tevens worden hieronder verstaan de EER-landen (Europese Economische Ruimteverdrag): Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

## Artikel 15 Orgaantransplantatie

Omschrijving: transplantatie van de volgende donororganen: huid, hoornvlies, beenmerg, (ortho)pe lever, nier, nier/pancreas, bot, hart, long en hart/long, alsmede de in verband met deze transplantatie door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS) gedeclareerde kosten van weefseltyperingen.

Vergoeding: volledig. Voorts worden de kosten vergoed van verpleging en behandeling van de donor op basis van de verpleegklasse waarvoor deze verzekerd is. Ook heeft de donor recht op vergoeding van de kosten van medische behandeling gedurende ten hoogste drie maanden na datum ontslag uit het ziekenhuis waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits de behandeling verband houdt met de betreffende orgaantransplantatie.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden: geen vergoeding wordt verleend in verband met het laten verwijderen van transplantatiemateriaal ten behoeve van een niet bij de maatschappij verzekerde ontvanger.

## Artikel 16 Fertiliteitsbevorderende behandeling en in vitro fertilisatie (ivf)

### 1. Fertiliteitsbevorderende behandeling

Omschrijving: operatieve ingrepen, hormoonbehandeling en kunstmatige inseminatie.

Vergoeding: 1. het honorarium van een medisch specialist;  
2. de bijkomende kosten in een ziekenhuis of in een polikliniek verbonden aan een ziekenhuis.

Verwijzing door: behandelend arts.

### 2. In vitro fertilisatie (ivf)

Vergoeding: 1. het honorarium van een medisch specialist;  
2. de bijkomende kosten in een ziekenhuis of in een polikliniek verbonden aan een ziekenhuis.

Verwijzing door: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf. Hierbij kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.

Bijzonderheden:

1. onder nader te stellen voorwaarden kan een vergoeding worden verleend in de kosten voor behandeling van in vitro fertilisatie in een vergunninghoudend ziekenhuis indien sprake is van een algemeen geaccepteerde medische indicatie;
2. de vergoeding kan worden verleend voor ten hoogste drie pogingen, waarbij onder een poging wordt verstaan één terugplaatsing van embryo('s) (embryotransfer).

## Artikel 17 Revalidatie

Omschrijving: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard.

Door: een aan een conform de bij wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie verbonden multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist.

Vergoeding: volledig.

Machtiging: ja, vooraf. De aanvraag dient te zijn voorzien van een behandelplan.

Bijzonderheden:

voor vergoeding van de kosten van:

- opname in een ziekenhuis, zie artikel 10;

- dagverpleging, zie artikel 12.

## Artikel 18 Erfelijkheidsonderzoek

Omschrijving: onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadviesing en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding.

Door: centrum voor erfelijkheidsadvies.

Vergoeding: volledig.

Bijzonderheden:

indien noodzakelijk voor het advies aan de verzekerde, zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij familieleden die bij de maatschappij zijn verzekerd.

## Artikel 19 Audiologische zorg

Omschrijving: onderzoek naar de gehoorfunctie, advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

Door: audiologisch centrum.

Vergoeding: volledig.

Verwijzing door: behandelend arts.

## Artikel 20 Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Vergoeding: 1. het honorarium van een medisch specialist;  
2. de bijkomende kosten in een ziekenhuis, in een polikliniek verbonden aan een ziekenhuis of in een door de maatschappij gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum.



Indicatie: uitsluitend indien deze behandeling strekt tot correctie van:

1. afwijkingen in het uiterlijk, welke gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke stoornissen;
2. verminkingen welke het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting;
3. verlamde of verslakte bovenoogleden, welke gepaard gaan met aantoonbare beperkingen van het gezichtsveld;
4. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak-, en verhemeltespleten, misvormingen van het benig aangezicht, uitstaande oorschelpen, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfvaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Machtiging: ja, vooraf. Aanvraag door plastisch chirurg.

### **Artikel 21 Preventieve onderzoeken**

Omschrijving: 1. onderzoek van hart- en bloedvaten;  
2. baarmoederhalskankeronderzoek (uitstrijkje);  
3. borstkankeronderzoek.

Door: huisarts of medisch specialist.

Vergoeding: volledig, eenmaal per twee kalenderjaren.

### **Artikel 22 Huisartsenzorg**

Omschrijving: zorg door een huisarts inclusief de kosten van laboratoriumonderzoek op advies van de huisarts, uitgevoerd en berekend door een aan een ziekenhuis verbonden laboratorium, een conform de bij wet gestelde regels toegelaten huisartsenlaboratorium of een trombosedienst.

Vergoeding: volledig.

Bijzonderheden:

1. zorg door artsen die zich specifiek hebben toegelegd op fysiologische zorg en als zodanig zijn ingeschreven in het register van het betreffende specialisme wordt vergoed als ware sprake van en tot ten hoogste het tarief van een consult door een huisarts;
2. niet vergoed worden de kosten voor onderzoek van gezonde zuigelingen en kleuters, al dan niet op een consultatiebureau, keuringen, het afgeven van attesten en dergelijke.

### **Artikel 23 Farmaceutische zorg**

#### **1. Farmaceutische zorg**

Geleverd door: apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding: volledig.

Voorschrift: huisarts, medisch specialist, tandarts of verloskundige.

Bijzonderheden:

1. vergoeding overeenkomstig de Regeling Farmaceutische Zorg

2. van Zorgverzekeraars Nederland met inbegrip van het daarin vastgelegde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Indien een geneesmiddel de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, wordt dat geneesmiddel vergoed;
2. de Regeling Farmaceutische Zorg maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar;
3. niet vergoed worden de kosten van geneesmiddelen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland;
4. voor de vergoeding van de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen, zie artikel 57.

#### **2. Dieetpreparaten**

Geleverd door: apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding: volledig.

Voorschrift: huisarts of medisch specialist.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:

1. vergoeding overeenkomstig de Regeling Dieetpreparaten van Zorgverzekeraars Nederland;
2. de Regeling Dieetpreparaten maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

#### **3. Verbandmiddelen**

Geleverd door: apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding: volledig.

Voorschrift: huisarts, medisch specialist, tandarts of verloskundige.

Bijzonderheden:

recht op vergoeding bestaat alleen ingeval van een ernstige aandoening waarbij men op een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

### **Artikel 24 Tandheelkundige zorg**

#### **1. Tandheelkundige zorg aan verzekerden jonger dan 18 jaar**

Door: tandarts.

Vergoeding: ten hoogste € 227,- per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

1. vergoeding op basis van de Uniforme Particuliere Tarieven (UPT);
2. indien ten gevolge van een lichamelijke of verstandelijke handicap een langere dan de gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is en de kosten niet ten laste van de AWBZ kunnen worden gebracht, wordt - na machtiging vooraf - een vergoeding verleend op basis van het AWBZ uurtarief;
3. ingeval de volledige plaatprothese wordt geleverd door een tandprotheticus wordt een vergoeding in de gemaakte kosten verleend tot ten hoogste de voor tandartsen algemeen practicus geldende Uniforme Particuliere Tarieven;
4. voor de vergoeding van de kosten van orthodontische zorg (gebitsregulatie), zie artikel 25.

## 2. Tandheelkundige zorg aan verzekerden van 18 jaar en ouder

Door: tandarts.

Vergoeding: 80% van de kosten van de volgende behandelingen op basis van de Uniforme Particuliere Tarieven (UPT):

### Verrichtingen

### UPT-code

- periodiek preventief onderzoek	C11
- incidenteel consult	C13
- schriftelijke medische anamnese	C22
- röntgendiagnostiek	
- intra-orale röntgenfoto	X10
- orthopantomogram	X21, X22
- röntgenschedelprofielfoto	X24
- chirurgische ingrepen:	alle codes beginnend met H

### Bijzonderheden:

1. de vergoeding van genoemde behandelingen wordt in principe eenmaal per kalenderjaar verleend, tenzij meer behandelingen per kalenderjaar medisch noodzakelijk zijn;
2. indien ten gevolge van een lichamelijke of verstandelijke handicap een langere dan de gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is en de kosten niet ten laste van de AWBZ kunnen worden gebracht, wordt - na machtiging vooraf - geen vergoeding verleend op basis van de Uniforme Particuliere Tarieven maar op basis van het AWBZ-uurtarief;
3. niet vergoed worden de kosten van UPT-code H90.

## 3. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

Door: een aan een centrum voor tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen verbonden tandarts of een tandarts met aantoonbare specifieke deskundigheid en ervaring.

Indicatie: tandheelkundige behandeling in gevallen waarin één van de hierna limitatief omschreven lichamelijke aandoeningen dan wel aangeboren of verworven tandheelkundige afwijkingen heeft geleid tot een zeer ernstige functiestoornis van het kauwstelsel:

1. het niet aangelegd zijn van gebitselementen (multiple agenesie), waarbij het aantal ontbrekende elementen minstens tien is.  
Onder genoemd aantal zijn de verstandskiezen niet inbegrepen;
2. een kaakgewrichtsafwijking (pijndysfunctiesyndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van een tandarts, algemeen practicus, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten, niet tot het gewenste resultaat heeft geleid.  
Hieronder wordt verstaan een ernstige cranio-mandibulaire dysfunctie, uitsluitend indien gebleken is dat uitgebreid functieonderzoek heeft plaatsgevonden en een eerste behandeling geen resultaat heeft gehad. Het functieonderzoek (UPT-code G01) en de hieronder bedoelde eerste behandeling komen niet voor vergoeding in aanmerking.  
Onder eerste behandeling wordt hier verstaan:  
- spalktherapie (UPT-code G62 en G64);  
- indirect planmatig inslijpen (UPT-code G65);

- vervaardigen van uitneembare of vastzittende prothetische voorzieningen bij tevoren reeds bestaande onvolkomenheden in dorsale afsteuning of bij diastemen elders in het gebit;
3. een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dentoalveolair defect).  
Onder dentoalveolair defect wordt hier verstaan een defect waarbij niet alleen tanden en/of kiezen zijn betrokken, maar waarbij tevens een deel van het kaakbot verloren is gegaan. Onder normale prothetische voorzieningen worden niet alleen uitneembare, maar ook vastzittende voorzieningen (zoals bruggen) verstaan;
  4. een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnatho- en/of palatoschisis);
  5. een uitgebreid defect aan de mond en/of de kaak en/of het aangezicht ten gevolge van een ongeval en/of na voorafgaande chirurgische behandeling (oromaxillofaciaal defect).

Vergoeding: volledig.

Verwijzing door: tandarts.

Machtiging: ja, vooraf.

### Bijzonderheden:

1. het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:
  - 1.1. de behandeling een benadering in teamverband vereist en/of van een zodanige moeilijkheidsgraad sprake is dat bijzondere deskundigheid, vaardigheid en ervaring benodigd is;
  - 1.2. de maatschappij op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een behandelplan, volgens het model dat hiervoor is vastgesteld, tevoren toestemming heeft gegeven bij welke toestemming nadere voorwaarden kunnen worden gesteld;
2. geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is;
3. het recht op vergoeding is beperkt tot die tandheelkundige behandelingen welke noodzakelijk worden geacht om de afwijking te compenseren en die betrekking hebben op het gedeelte van het kauwstelsel waar de afwijking zich manifesteert.

## Artikel 25 Orthodontische zorg

### 1. Orthodontische zorg aan verzekerden jonger dan 18 jaar

Door: orthodontist of tandarts.

Vergoeding: 80% van de kosten.

Indicatie: gebitsregulatie.

### 2. Orthodontische zorg

Door: orthodontist.

Vergoeding: volledig.

Indicatie: kaakorthopedische afwijkingen als direct gevolg van lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnatho- en/of palatoschisis).

Verwijzing door: huisarts of tandarts.

## **Artikel 26 Implantologie in de volledig tandeloze kaak**

Omschrijving: tandheelkundige implantaten, alsmede het inbrengen daarvan in de kaak.

Door: kaakchirurg.

Vergoeding: 1. het honorarium van een kaakchirurg en een anesthesist;  
2. de bijkomende kosten in een ziekenhuis of in een polikliniek verbonden aan een ziekenhuis.

Machtiging: ja, vooraf. De aanvraag dient te zijn voorzien van een behandelplan.

Bijzonderheden:

1. het recht op vergoeding bestaat uitsluitend en indien:
  - 1.1. de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandeloze kaak;
  - 1.2. de implantaten dienen als steun voor een (over)kappingsprothese;
2. geen toestemming wordt verleend, indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is;
3. voor vergoeding van de kosten:
  - die verband houden met het inbrengen van tandheelkundige implantaten in de kaak anders dan hiervoor genoemd, zie artikel 38 en 39;
  - van mesostructuur, zie artikel 38;
  - van prothetische voorzieningen, zie artikel 37.

## **Artikel 27 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck**

### **1. Fysiotherapie**

Omschrijving: fysiotherapie en de verbijzonderingen kinderfysiotherapie, manuele therapie en oedeemtherapie.

Door: (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut of oedeemtherapeut.

Vergoeding: ten hoogste 9 behandelingen/zittingen per indicatie per kalenderjaar.

Verwijzing door: behandelend arts.

Bijzonderheden:

1. indien een verzekerde een indicatie heeft voor (kinder)fysiotherapie of oedeemtherapie in verband met een chronische aandoening overeenkomstig de Regeling Fysiotherapie van Zorgverzekeraars Nederland, dan bestaat, na machtiging vooraf, recht op vergoeding van het aantal noodzakelijke behandelingen/zittingen binnen een daartoe vastgestelde periode per indicatie;
2. de Regeling Fysiotherapie maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar;
3. indien geïndiceerd door de behandelend arts dan bestaat, na machtiging vooraf, nogmaals recht op vergoeding van ten hoogste 9 behandelingen/zittingen kinderfysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck;
4. niet vergoed worden de kosten van o.a. zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie en individuele behandeling dan wel groepsbe-

handeling die er toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen.

### **2. Oefentherapie Cesar/Mensendieck**

Door: oefentherapeut Cesar/Mensendieck.

Vergoeding: ten hoogste 9 behandelingen/zittingen per indicatie per kalenderjaar.

Verwijzing door: behandelend arts.

Bijzonderheden:

1. indien een verzekerde een indicatie heeft voor oefentherapie Cesar/Mensendieck in verband met een chronische aandoening overeenkomstig de Regeling Fysiotherapie van Zorgverzekeraars Nederland, dan bestaat, na machtiging vooraf, recht op vergoeding van het aantal noodzakelijke behandelingen/zittingen binnen een daartoe vastgestelde periode per indicatie;
2. de Regeling Fysiotherapie van Zorgverzekeraars Nederland maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar;
3. indien geïndiceerd door de behandelend arts dan bestaat, na machtiging vooraf, nogmaals recht op vergoeding van ten hoogste 9 behandelingen/zittingen kinderfysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck.

## **Artikel 28 Logopedie**

Door: logopedist.

Vergoeding: volledig.

Indicatie: de behandeling dient een geneeskundig doel te hebben.

Verwijzing door: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:

niet vergoed worden de kosten van logopedische behandelingen in verband met dyslexie, taalontwikkelingsstoornissen bijvoorbeeld in verband met dialect of anderstaligheid, behandeling in verband met beroepsuitoefening, spreken in het openbaar, voordrachtskunst, en dergelijke.

## **Artikel 29 Ergotherapie**

Omschrijving: advisering, instructie, training of behandeling in de behandelruimte van de ergotherapeut of ten huize van de verzekerde met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

Door: ergotherapeut.

Vergoeding: ten hoogste 10 uur per kalenderjaar.

Verwijzing door: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf.

## Artikel 30 Hulpmiddelen

Omschrijving: aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen, opgenomen in de geldende Regeling Hulpmiddelen.

Vergoeding: overeenkomstig de maximumbedragen van de geldende Regeling Hulpmiddelen.

Voorschrift: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:

1. de te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn;
2. op hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt is het eigen risico (zie artikel 33) niet van toepassing;
3. de kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de geldende Regeling Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde;
4. de geldende Regeling Hulpmiddelen maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

## Artikel 31 Verloskundige zorg en kraamzorg

### 1. Verloskundige zorg

Door: verloskundige, huisarts of medisch specialist.

Vergoeding: volledige vergoeding van verloskundige zorg, alsmede de kosten van gebruik van verloskamer in geval de bevalling in een ziekenhuis plaatsvindt.

### 2. Kraamzorg en kraamverpleging

Omschrijving: 1. kraamzorg verleend door een aan een kraamcentrum verbonden kraamverzorgende, waarbij deze ten huize van de verzekerde zowel moeder en kind als de huishouding verzorgt;  
2. kraamzorg verleend aan moeder en kind in een kraaminrichting;  
3. kraamverpleging verleend aan moeder en kind in een ziekenhuis.

Vergoeding: volledig.

Bijzonderheden:

1. kraamzorg kan ook vooraf geregeld worden via de IZA Zorgservice, telefoonnummer (0900) 899 85 00.
2. vergoeding wordt verleend over ten hoogste 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Indien bij combinatievormen van zorg dezelfde dag door beide zorginstellingen in rekening wordt gebracht, wordt deze dubbele dag eveneens vergoed, overeenkomstig bovengenoemde regeling. Indien de zorg wordt verleend door een kraamcentrum geldt tevens dat de vergoeding wordt verleend tot ten hoogste 80 uur, verdeeld over ten hoogste 10 dagen;
3. het kraamcentrum wijst het aantal te realiseren zorguren toe.

### 3. Vervangende kraamzorg

Omschrijving: zorg waarin de verzekerde zelf heeft voorzien, welke wordt geleverd door een verpleegkundige dan wel een kraamverzorgende of een niet door de maatschappij gecontracteerd kraamcentrum.

Vergoeding: ten hoogste € 91,- per dag.

Bijzonderheden:

vergoeding wordt verleend over ten hoogste 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Indien bij combinatievormen van zorg dezelfde dag door beide zorginstellingen in rekening wordt gebracht, wordt deze dubbele dag eveneens vergoed overeenkomstig bovengenoemde regeling.

## Artikel 32 Ziekenvervoer

### 1. Medisch noodzakelijk ziekenvervoer

Omschrijving: medisch noodzakelijk ziekenvervoer in Nederland of naar een andere lidstaat van de Europese Unie, indien en voorzover openbaar vervoer op grond van aard en ernst van de ziekte of aandoening niet mogelijk is.

#### 1.1. Ambulancevervoer

Omschrijving: 1. ambulancevervoer bij opname in of ontslag uit een ziekenhuis of AWBZ instelling;  
2. ambulancevervoer in verband met poliklinische medisch specialistische behandeling ten huize van de medisch specialist, in het ziekenhuis of in een door de maatschappij gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum.

Vergoeding: volledig.

Voorschrift: behandelend arts.

Bijzonderheden:

1. recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien de kosten van opname of behandeling in verband waarmee vervoer noodzakelijk is, geheel of gedeeltelijk worden vergoed krachtens de basiszorgverzekering of de AWBZ;
2. voor vergoeding van de kosten van ziekenvervoer in Nederland komen uitsluitend in aanmerking de kosten voor vervoer tussen de woning van de verzekerde of de plaats van het ongeval en het dichtstbijzijnde ziekenhuis, een door de maatschappij gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum, een AWBZ instelling of de plaats waar de behandeling plaatsvindt;
3. niet vergoed worden de kosten van vervoer in verband met een medisch niet noodzakelijke overbrenging naar een ander ziekenhuis dan waarin de opname plaatsvond.

#### 1.2. Taxi of taxivervangend eigen vervoer (zonder eigen bijdrage)

Omschrijving: 1. vervoer bij opname in of ontslag uit een ziekenhuis of AWBZ instelling;  
2. vervoer in verband met poliklinische radiotherapie, haemodialyse of voor toediening van cytostatica (chemotherapie).

Vergoeding: 1. Indien taxivervoer: volledig;  
2. indien taxivervangend eigen vervoer: ten hoogste € 0,20 per kilometer.

Voorschrift: behandelend arts.

Bijzonderheden:

1. geen vergoeding wordt verleend indien verzekerd voor de SIZ Studentenz verzekering. Dan bestaat uitsluitend recht op vergoeding van de kosten van ambulancevervoer genoemd onder lid 1.1;
2. recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien de kosten van opname of behandeling in verband waarmee vervoer noodzakelijk is geheel of gedeeltelijk worden vergoed krachtens de basiszorgverzekering of de AWBZ;
3. voor vergoeding van de kosten van ziekenvervoer in Nederland komen uitsluitend in aanmerking de kosten voor vervoer tussen de woning van verzekerde en het dichtstbijzijnde ziekenhuis, een door de maatschappij gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum, een AWBZ instelling of de plaats waar de behandeling plaatsvindt;
4. niet vergoed worden de kosten van vervoer in verband met een medisch niet noodzakelijke overbrenging naar een ander ziekenhuis dan waarin de opname plaatsvond.

### 1.3. Taxi of taxivervangend eigen vervoer (met eigen bijdrage)

Omschrijving: vervoer in verband met poliklinische medisch specialistische zorg, niet zijnde vervoer in verband met poliklinische radiotherapie, haemodialyse of voor toediening van cytostatica (chemotherapie).

Vergoeding: 1. indien taxivervoer: volledig;  
2. indien taxivervangend eigen vervoer;  
ten hoogste € 0,20 per kilometer.

Voorschrift: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:

1. geen vergoeding wordt verleend indien verzekerd voor de SIZ Studentenz verzekering. Dan bestaat uitsluitend recht op vergoeding van de kosten van ambulancevervoer genoemd onder lid 1.1;
2. de kosten zoals genoemd onder lid 1.3 en 2 komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking indien deze kosten tezamen meer bedragen dan € 90,- per kalenderjaar, en wel voor dat meerdere;
3. recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien de kosten van opname of behandeling in verband waarmee vervoer noodzakelijk is geheel of gedeeltelijk worden vergoed krachtens de basiszorgverzekering of de AWBZ;
4. voor vergoeding van de kosten van ziekenvervoer in Nederland komen uitsluitend in aanmerking de kosten voor vervoer tussen de woning van de verzekerde en het dichtstbijzijnde ziekenhuis, een door de maatschappij gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum, een AWBZ instelling of de plaats waar de behandeling plaatsvindt.

### 2. Ziekenvervoer zonder medische indicatie

#### Eigen vervoer (met eigen bijdrage)

Omschrijving: eigen vervoer in verband met onderzoek of behandeling, vanwege specifiek medisch onderzoek, in een in Nederland of een andere lidstaat van de Europese Unie gelegen ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer (enkele reis) verwijderd is van de woon- of verblijfplaats van de verzekerde.

Vergoeding: ten hoogste € 0,12 per kilometer.

Voorschrift: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:

1. geen vergoeding wordt verleend indien verzekerd voor de SIZ Studentenz verzekering. Dan bestaat uitsluitend recht op vergoeding van de kosten van ambulancevervoer genoemd onder lid 1.1;
2. de kosten zoals genoemd onder lid 1.3 en 2 komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking indien deze kosten tezamen meer bedragen dan € 90,- per kalenderjaar, en wel voor dat meerdere;
3. recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien de kosten van opname of behandeling in verband waarmee vervoer noodzakelijk is, geheel of gedeeltelijk worden vergoed krachtens de basiszorgverzekering of de AWBZ;
4. voor vergoeding van de kosten van ziekenvervoer in Nederland komen uitsluitend in aanmerking de kosten voor vervoer tussen de woning van de verzekerde en het dichtstbijzijnde ziekenhuis, een door de maatschappij gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum, een AWBZ instelling of de plaats waar de behandeling plaatsvindt.

## Artikel 33 Eigen risico

1. Bij de berekening van de te verlenen vergoeding wordt op de in een kalenderjaar gemaakte kosten, die volgens de bepalingen van de SIZ Particuliere Verzekering of de SIZ Studentenz verzekering voor vergoeding in aanmerking komen, het individueel overeengekomen op de polis vermelde eigen risico in mindering gebracht. Bij de vaststelling van de hoogte van het te dragen eigen risico is bepalend het aantal personen dat op 1 januari van dat jaar in de SIZ Particuliere Verzekering is verzekerd.  
Op hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt (zie artikel 30) is het eigen risico niet van toepassing.
2. Bij aanvang van de verzekering in de loop van een kalenderjaar wordt het toepasselijke eigen risicobedrag naar rato berekend. Bij beëindiging in de loop van een kalenderjaar vindt geen restitutie plaats van het voor dat jaar overeengekomen eigen risicobedrag.
3. De verzekeringnemer van de SIZ Particuliere Verzekering heeft jaarlijks, per 1 januari, het recht het eigen risicobedrag ongeacht de gezondheidstoestand te wijzigen, mits de wens daartoe vóór 1 oktober daaraan voorafgaand schriftelijk wordt doorgegeven.
4. Voor de berekening van het te dragen eigen risicobedrag worden de kosten van een in een volgend kalenderjaar voortdurende ziekenhuisverpleging en kraamzorg toegerekend aan het kalenderjaar waarin deze zijn aangevangen, mits deze onafgebroken en aansluitend voortduren in het daaropvolgende kalenderjaar.

## Artikel 34 Orthodontische zorg

### 1. Orthodontische zorg aan verzekerden jonger dan 18 jaar

Door: orthodontist of tandarts.

Vergoeding: 1. indien verzekerd voor de SIZ Aanvullende Verzekering Accent of de SIZ Aanvullende Verzekering Accent Klasse: 80% van de kosten tot ten hoogste € 1.362,- per verzekerde ongeacht de duur van de behandeling;  
2. indien verzekerd voor de SIZ Aanvullende Verzekering Plus of de SIZ Aanvullende Verzekering Plus Klasse: 80% van de kosten.

Bijzonderheden: indien een vergoeding van orthodontische zorg plaatsvindt op grond van de SIZ Particuliere Verzekering of de SIZ Studentenverzekering bestaat geen recht op de hier genoemde vergoeding.

### 2. Orthodontische zorg aan verzekerden van 18 jaar of ouder

Door: orthodontist of tandarts.

Vergoeding: 80% van de kosten.

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

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden: eveneens wordt vergoed 80% van de kosten van vooronderzoek of behandeladvies met indicatiestelling (tariefcodes 221001 t/m 221006 en 221010 t/m 221017), ook al volgt geen behandeling.

## Artikel 35 Tandheelkundige zorg

### 1. Preventieve en curatieve tandheelkundige zorg

Door: tandarts.

Vergoeding: 80% van de kosten van de volgende verrichtingen op basis van de aangegeven Uniforme Particuliere Tarieven (UPT):

#### Verrichtingen

#### UPT-code

##### 1.1. Consultatie en diagnostiek

- consulten C12, C28, C65, C70  
- consulttoeslagen C80, C84 t/m C87

#### Verrichtingen

#### UPT-code

##### 1.2. Preventie/mondhygiëne

- (instructie) mondhygiëne M31, M32  
- fluoride applicatie vanaf 6 t/m 16 jaar indien sprake is van cariësactiviteit M10, M20, M21  
- gebitsreiniging (tandsteenverwijdering) M50, M55, M59  
- uitgebreide voedingsanalyse M70

Bijzonderheden:

voor de totale kosten van preventie/mondhygiëne door een tandarts of vrijgevestigde mondhygiënist (zie artikel 40) tezamen, bestaat een vergoeding tot ten hoogste € 125,- per verzekerde per kalenderjaar.

##### 1.3. Anesthesie

- geleidings- en/of infiltratie-anesthesie A10

##### 1.4. Restauraties door middel van plastische materialen

- restauraties door middel van plastisch materiaal V10, V11, V12, V13  
- kroon van plastisch materiaal V14  
- directe labiale veneering V15  
- etsen V20, V21  
- sealing t/m 16 jaar V30, V35  
- droogleggen van elementen door middel van cofferdam V50  
- stiften V70, V80, V85

Bijzonderheden:

recht op vergoeding van de kosten van sealing door een tandarts of vrijgevestigde mondhygiënist (zie artikel 40) tezamen, bestaat eenmalig tot ten hoogste 8 gebitselementen.

##### 1.5. Pulpa- en wortelkanaalbehandeling

- (initiële) wortelkanaalbehandeling E10, E15, E20, E25, E35, E76  
- mortaal-, vitaalamputatie E30, E60  
- apexificatie E65  
- pulpabehandeling bij melkelementen E80  
- elektronische lengtebepaling E85  
- gebruik van een operatiemicroscop E86

##### 1.6. Parodontologie

- parodontaal onderzoek T11, T12  
- initiële parodontale behandeling T21, T22  
- herbeoordeling na initiële behandeling T31, T32  
- uitgebreid bespreken vervolgtraject T33  
- parodontale nazorg T51 t/m T56  
- evaluatieonderzoek T60, T61  
- parodontale chirurgie (exclusief materiaalkosten) T70 t/m T76  
T80 en T81, T84 t/m T90  
- diversen (inclusief laboratoriumkosten) T91 t/m T94

Bijzonderheden:

1. vergoeding van de kosten van gingivectomie en flapoperatie vindt uitsluitend plaats na voorafgaande toestemming;  
2. recht op vergoeding van de kosten van initiële parodontale behandeling door een tandarts of vrijgevestigde mondhygiënist (zie artikel 40) tezamen, bestaat tot ten hoogste 20 gebitselementen per verzekerde per periode van 8 aaneengesloten kalenderjaren;  
3. recht op vergoeding van de kosten van parodontale nazorg door een tandarts of vrijgevestigde mondhygiënist (zie artikel 40) tezamen, bestaat tot ten hoogste € 125,- per verzekerde per kalenderjaar.

### 1.7. Lachgassedatie

- introductie lachgassedatie	B10
- toediening lachgassedatie	B11
- overheadkosten lachgassedatie	B12

### 1.8. Uurtarief

- uurtarief voor de tandheelkundige behandeling van patiënten die lichamelijk en/of verstandelijk gehandicapt zijn	U05, U10
- second opinion TIP	U20

## 2. Gnathologie

Door: tandarts.

Vergoeding: 80% van het honorarium van de tandarts en de bijbehorende techniekkosten, met dien verstande dat voor techniekkosten een maximumvergoeding geldt, als aangegeven in de achter de desbetreffende verrichtingen opgenomen kolom.

Verrichtingen	Maximale vergoeding techniekkosten	UPT-code
- uitgebreid functie-onderzoek	€ 0,-	G01
- gedocumenteerde verwijzing	€ 0,-	G03
- occlusale spalk	€ 80,-	G62
- repositie spalk	€ 80,-	G63
- controlebezoek spalk	€ 0,-	G64
- indirect planmatig inslijpen	€ 0,-	G65
- occlusale opbeetplaat	€ 50,-	G69

## Artikel 36 Inlays, kronen en bruggen

### 1. Restauraties door middel van inlays, kronen en bruggen

Door: tandarts.

Vergoeding: 80% van het honorarium van de tandarts en de bijbehorende techniekkosten, tot ten hoogste de maximumvergoeding, als aangegeven in de achter de desbetreffende verrichtingen opgenomen kolom.

Verrichtingen	Maximumvergoeding	UPT-code
- tweevlaksinlay	€ 160,-	R12
- drievlaksinlay	€ 210,-	R13
- gegoten metalen kroon	€ 250,-	R20, R25
- jacketkroon met/zonder schouderpreparatie	€ 250,-	R26, R27
- brugtussendeel 1e dummy	€ 175,-	R40
- brugtussendeel 2e en volgende dummy in hetzelfde tussendeel	€ 85,-	R45

Bijzonderheden:

per periode van drie aaneengesloten kalenderjaren komen per verzekerde ten hoogste 6 restauraties voor vergoeding in aanmerking.

### 2. Restauraties door middel van niet-plastische materialen

Door: tandarts.

Vergoeding: 80% van het honorarium van de tandarts en de bijbehorende techniekkosten, met dien verstande dat voor de techniekkosten een maximumvergoeding geldt, als aangegeven in de achter de verrichtingen opgenomen kolom.

Verrichtingen	Maximale Vergoeding Techniekkosten	UPT-code
- roestvrijstalen kroon	€ 0,-	R29
- opbouw plastisch materiaal	€ 0,-	R31
- gegoten opbouw indirecte methode	€ 65,-	R32
- gegoten opbouw directe methode	€ 35,-	R33
- intra-coronaire brugverankering	€ 0,-	R46
- etsbrug zonder/met preparatie	€ 150,-	R60, R61
- toeslag volgende dummy	€ 105,-	R65
- toeslag boven aantal 2 bevestigingen	€ 15,-	R66
- kroon onder bestaand frameanker	€ 0,-	R70
- vernieuwen porselein facet	€ 55,-	R71
- vernieuwen facet plastisch materiaal	€ 0,-	R72
- opnieuw vastzetten gegoten restauraties	€ 0,-	R74
- opnieuw vastzetten etsbrug	€ 0,-	R75
- extra voor gegoten opbouw onder bestaande kroon	€ 0,-	R76
- indirecte labiale veneering	€ 110,-	R78, R79

## Artikel 37 Prothetische voorzieningen

### 1. Door tandarts

Vergoeding: 80% van het honorarium van de tandarts en de bijbehorende techniekkosten, met dien verstande dat voor de techniekkosten een maximumvergoeding geldt, als aangegeven in de achter de desbetreffende verrichtingen opgenomen kolom.

Verrichtingen	Maximale vergoeding techniekkosten	UPT-code
<b>1.1. Uitgebreid onderzoek</b>		
- functioneren bestaande prothese	€ 0,-	P60
<b>1.2. Planmatig inslijpen</b>		
- bestaande prothese	€ 0,-	P65
<b>1.3. Tissue conditioning</b>		
	€ 0,-	P06, P56
<b>1.4. Partiële kunstharsprothese</b>		
- 1 t/m 4 elementen	€ 70,-	P10
- 5 t/m 13 elementen	€ 125,-	P15
- extra voor individuele afdruk met randopbouw	€ 30,-	P16
- extra voor gegoten anker	€ 35,-	P18
<b>1.5. Frameprothese</b>		
- 1 t/m 4 elementen	€ 270,-	P34
- 5 t/m 13 elementen	€ 310,-	P35

<b>1.6. Precisieverankering</b>		
- wortelkap met stift	€ 90,-	P31
- extra per precisieverankering c.q. per staafhuls	€ 150,-	P32
- prothesetarief, verhoogd met per immediaat te vervangen element	€ 0,-	P40
- extra voor telescoopkroon	€ 0,-	P33
<b>1.7. Volledige prothese</b>		
- bovenprothese	€ 135,-	P21
- onderprothese	€ 135,-	P25
- boven- en onderprothese	€ 260,-	P30
- individuele afdruk zonder randopbouw	€ 30,-	P36
- individuele afdruk met randopbouw	€ 30,-	P14
<b>1.8. Overkappingsprothese</b>		
- extra voor elk overkapt element	€ 0,-	P29
<b>1.9. Rebasen</b>		
- indirect zonder randopbouw	€ 40,-	P01, P51
- indirect met randopbouw	€ 40,-	P02, P52
- direct zonder randopbouw	€ 0,-	P03, P53
- direct met randopbouw	€ 0,-	P04, P54
<b>1.10. Reparaties per werkstuk</b>		
- breuk, scheur, opnieuw vastzetten van elementen zonder afdruk	€ 25,-	P07, P57
- reparatie prothese met afdruk	€ 35,-	P08, P58
- uitbreiding prothese met element of anker inclusief afdruk	€ 40,-	P78, P79

**Bijzonderheden:**

recht op vergoeding bij vervanging van een boven- en/of onderprothese door een tandarts of tandprotheticus bestaat tweemaal per 8 aaneengesloten kalenderjaren.

**2. Door tandprotheticus**

Vergoeding: 80% van de kosten van de volgende verrichtingen (inclusief techniekkosten) tot ten hoogste de maximumvergoeding als aangegeven in de achter de desbetreffende verrichtingen opgenomen kolom.

<b>Verrichtingen</b>	<b>Maximum- vergoeding</b>
- volledige boven- of onderprothese	€ 275,-
- volledige boven- en onderprothese	€ 550,-
- frameprothese, 1 t/m 4 elementen	€ 360,-
- frameprothese, 5 t/m 13 elementen	€ 450,-
- partiële kunstharsprothese, 1 t/m 4 elementen	€ 105,-
- partiële kunstharsprothese, 5 t/m 13 elementen	€ 200,-
- rebasen	€ 75,-
- revisie van elementen	€ 60,-
- reparatie prothese, te weten breuk, scheur, vastzetten van elementen	€ 25,-

**Bijzonderheden:**

- recht op vergoeding bij vervanging van een boven- en/of onderprothese door een tandarts of tandprotheticus bestaat tweemaal per 8 aaneengesloten kalenderjaren;
- een frame- of partiële prothese dient te worden gemaakt op schriftelijke verwijzing van een tandarts;
- de vergoeding van reparatie van een prothese wordt ook ver-

leend indien de reparatie is verricht door een gediplomeerd tandtechnicus.

**Artikel 38 Implantologie in de volledig tandeloze kaak**

Door: tandarts, die bij de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) staat geregistreerd met de kwalificatie TSVI-c.

Vergoeding: 80% van het honorarium van de tandarts en de bijbehorende techniekkosten voor ten hoogste 4 implantaten per kaak, met dien verstande dat voor de techniekkosten een maximumvergoeding geldt, als aangegeven in de achter de desbetreffende verrichtingen opgenomen kolom.

<b>Verrichtingen</b>	<b>Maximale vergoeding</b>	<b>UPT- code</b>
- onderzoek implantologie	€ 0,-	I70, I71
- proefopstelling	€ 25,-	I72
- overheadkosten per permucosaal implantaat	€ 0,-	I25
- plaatsing 2 implantaten in één fase	€ 420,-	I20
- plaatsing 4 implantaten in één fase	€ 840,-	I40
- mucosaplastiek/transplantaat	€ 0,-	I80
- plaatsing 2 abutments in één fase	€ 160,-	I21
- plaatsing 4 abutments in één fase	€ 320,-	I41
- plaatsing 2 implantaten 1e fase operatie	€ 420,-	I26
- plaatsing 2 healing collars/ abutments 2e fase operatie	€ 160,-	I27
- plaatsing 4 implantaten 1e fase operatie	€ 840,-	I46
- plaatsing 4 healing collars/ abutments 2e fase operatie	€ 320,-	I47
- vervanging 2 healing collars door abutments	€ 50,-	I28
- vervanging 4 healing collars door abutments	€ 100,-	I48
- 2 magneten of drukknopen	€ 340,-	I23
- 4 magneten of drukknopen	€ 680,-	I43
- staaf op 2 implantaten	€ 550,-	I24
- staaf op 4 implantaten	€ 1.100,-	I44
- boven- en onderprothese	€ 300,-	I85
- onderprothese	€ 180,-	I87
- omvorming onderprothese	€ 65,-	I88
- rebasing	€ 65,-	I90, I91, I92
- consult nazorg	€ 0,-	I97, I98

Machtiging: ja, vooraf.

**Bijzonderheden:**

- het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:
  - de implantaten worden geplaatst in de tandeloze kaak ter verhoging van de stabiliteit en retentie voor een nieuw te vervaardigen overkappingsprothese, en;
  - de voorgeschiedenis zodanig is, dat niet op een andere wijze zorg kan worden geboden;
- de prothese op implantaten (I85 en I87) kan ook worden geplaatst door een tandarts/algemeen practicus;
- recht op vergoeding van de UPT-codes I85 en I87 bestaat tweemaal per 8 aaneengesloten kalenderjaren;



## **Artikel 39 Implantologie in de niet-tandeloze kaak**

### **1. Door kaakchirurg**

Vergoeding: 90% tot ten hoogste € 770,- eenmaal per drie kalenderjaren voor alle kosten van kaakchirurg (honorarium) en ziekenhuis (OK) tezamen.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:  
per periode van drie aaneengesloten kalenderjaren bestaat recht op de vergoeding zoals vermeld onder lid 1 óf 2.

### **2. Door tandarts, die bij de NVOI staat geregistreerd met de kwalificatie TSVI-c**

Omschrijving: honorarium van de tandarts, materiaal- en techniekkosten van alle verrichtingen tezamen die vallen onder de UPT-codes I00 t/m I15, I25, I30, I31, I50, I55 en I60.

Vergoeding: 80% van de kosten tot ten hoogste € 770,- eenmaal per drie kalenderjaren.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:  
per periode van drie aaneengesloten kalenderjaren bestaat recht op de vergoeding zoals vermeld onder lid 1 óf 2.

## **Artikel 40 Preventie/mondhygiëne en parodontologie**

Door: vrijgevestigde mondhygiënist.

### **1. Preventie/mondhygiëne**

Vergoeding: 1. 80% van de totale kosten van de volgende verrichtingen tezamen tot ten hoogste € 125,- per verzekerde per kalenderjaar:  
- gebitsreiniging;  
- plaque-score;  
- uitgebreide voedingsanalyse;  
2. eenmalig 80% van de kosten van sealing tot ten hoogste € 12,- per sealing voor ten hoogste 8 gebitselementen per verzekerde t/m 16 jaar per kalenderjaar.

Verwijzing door: behandelend tandarts.

Bijzonderheden:  
de vergoeding die is gegeven voor deze zorg door een tandarts (zie artikel 35, tandheelkundige zorg, 1.2, preventie/mondhygiëne en 1.4, sealing t/m 16 jaar) wordt in mindering gebracht op de aangegeven maximumvergoeding.

### **2. Initiële parodontale behandeling**

Vergoeding: 1. 80% van de kosten van initiële parodontale behandeling (T22) tot ten hoogste 20 gebitselementen tot ten hoogste € 290,- per verzekerde per periode van 8 aaneengesloten kalenderjaren;

2. 80% van de bijbehorende kosten van anesthesie tot ten hoogste € 35,- per verzekerde.

Verwijzing door: behandelend tandarts.

Bijzonderheden:  
de vergoeding die is gegeven voor deze zorg door een tandarts (zie artikel 35, tandheelkundige zorg, initiële parodontale behandeling genoemd onder verrichting 1.6, parodontologie) wordt in mindering gebracht op de aangegeven maximumvergoeding.

### **3. Consult parodontale nazorg**

Vergoeding: 80% van de totale kosten (T52, T54 en T56) tezamen tot ten hoogste € 125,- per verzekerde per kalenderjaar.

Verwijzing door: behandelend tandarts.

Bijzonderheden:  
de vergoeding die is gegeven voor deze zorg door een tandarts (zie artikel 35, tandheelkundige zorg, parodontale nazorg genoemd onder verrichting 1.6, parodontologie) wordt in mindering gebracht op de aangegeven maximumvergoeding.

## **Artikel 41 Gebruik verloskamer**

Omschrijving: ingeval verzekerde zonder medische indicatie poliklinisch bevalt in een ziekenhuis en voorzover deze kosten niet ten laste van de basiszorgverzekering kunnen worden gebracht.

Vergoeding: 90% van de kosten.

## **Artikel 42 Vervangende kraamzorg**

Vergoeding: ten hoogste € 240,- indien de verzekerde zelf heeft voorzien in kraamzorg.

Bijzonderheden:  
1. indien sprake is van een klinische bevalling dan wordt een vergoeding verleend van € 30,- per dag over ten hoogste 8 achtereenvolgende in rekening gebrachte dagen minus het aantal door het ziekenhuis of kraaminrichting in rekening gebrachte dagen;  
2. indien er vergoeding van kraamzorg plaatsvindt op grond van de basiszorgverzekering bestaat geen recht op de hier genoemde vergoeding.

## **Artikel 43 Couveuse nazorg**

Omschrijving: de noodzakelijke ondersteuning, advisering en het geven van instructies ten aanzien van de verzorging van en de omgang met het kind alsmede het inpassen van de zorg in het dagelijkse ritme.

Door: een door de maatschappij gecontracteerd kraamcentrum.

Vergoeding: 90% van de kosten tot ten hoogste 12 uur, verdeeld over ten hoogste 4 dagen.

Bijzonderheden:  
vergoeding geldt uitsluitend als de zorg betrekking heeft op een kind, dat tenminste 10 dagen in een couveuse heeft gelegen.

#### **Artikel 44 Kraampakket**

Vergoeding: kraampakket in natura.

Bijzonderheden:  
indien geen kraampakket in natura ter beschikking is gesteld, wordt een vergoeding verleend tot ten hoogste € 23,-.

#### **Artikel 45 Fysiotherapie**

Door: (kinder)fysiotherapeut.

Vergoeding: ten hoogste 9 behandelingen/zittingen per indicatie.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:  
uitsluitend recht op vergoeding indien voor dezelfde indicatie voorafgaand vergoeding heeft plaatsgevonden op grond van de basiszorgverzekering, en die behandeling plaatsvindt door de behandelaar die ook de behandeling ten laste van de basiszorgverzekering heeft uitgevoerd.

#### **Artikel 46 Podotherapie**

Door: podotherapeut.

Vergoeding: ten hoogste € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

Verwijzing door: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:

1. niet vergoed worden de behandelingen die ook verricht kunnen worden door een podo-orthesioloog, podokinesioloog, podoloog, chiropodist of een pedicure. Evenmin worden vergoed de kosten van prothesen, orthesen, steunzolen en therapiezolen;
2. voor de vergoeding van de kosten van steunzolen en therapiezolen, zie artikel 47.

#### **Artikel 47 Steunzolen en therapiezolen**

Vergoeding: 90% van de kosten tot ten hoogste € 80,- per paar, voor maximaal 2 paar per verzekerde per kalenderjaar.

Voorschrift: huisarts of medisch specialist.

#### **Artikel 48 Brillenglazen, brilmonturen en contactlenzen**

Vergoeding:

1. ten hoogste € 170,- per verzekerde voor de gezamenlijke kosten voor brillenglazen, brilmonturen en contactlenzen bij een sterkte van S en/of C van 0,25 t/m 10 dioptrieën;
- 2.1. 90% van de kosten voor brillenglazen en contactlenzen bij een sterkte van S en/of C van meer dan 10 dioptrieën en voor lenticulaire glazen;

2.2 ten hoogste € 60,- per verzekerde voor de kosten van brilmonturen bij 2.1 genoemde brillenglazen.

Bijzonderheden:

1. eventuele uitkeringen krachtens de ziekenfondsverzekering worden op de vergoeding in mindering gebracht;
2. per periode van twee aaneengesloten kalenderjaren bestaat recht op de vergoeding zoals vermeld onder 1 óf 2.1/2.2;
3. na een staaroperatie bestaat eenmalig het recht op vergoeding van een extra gezichtshulpmiddel zoals hiervoor aangegeven, binnen de termijn van twee aaneengesloten kalenderjaren zoals vermeld onder bijzonderheden, punt 2;
4. de onder bijzonderheden, punt 2 genoemde periode is voor kinderen tot en met 16 jaar één kalenderjaar;
5. de vergoeding is inclusief aanmetingskosten van de opticien.

#### **Artikel 49 Aanmeting niet-medisch geïndiceerde contactlenzen**

Door: oogarts.

Vergoeding: 90% van het honorariumtarief voor een oogartsconsult.

#### **Artikel 50 Steunpessarium**

Vergoeding: 90% van de kosten.

Voorschrift: behandelend arts.

#### **Artikel 51 Supphosekousen**

Vergoeding: 90% van de kosten tot ten hoogste 4 paar per verzekerde per kalenderjaar.

Voorschrift: huisarts of medisch specialist.

#### **Artikel 52 Wekapparatuur/plaswekker**

Vergoeding:

1. 90% van de huurkosten dan wel 90% van de kosten voor aanschaf van wekapparatuur/plaswekker, voor gebruik ten huize van de verzekerde;
2. 90% van de kosten van de bijbehorende bandages.

Bijzonderheden:

1. er bestaat uitsluitend recht op vergoeding ten behoeve van kinderen van 7 jaar en ouder;
2. recht op vergoeding van de aanschafkosten bestaat uitsluitend indien de wekapparatuur/plaswekker is aangeschaft bij een leverancier waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft.

#### **Artikel 53 Waarschuwingsmonitor**

Omschrijving: waarschuwingsmonitor in eenvoudigste uitvoering bedoeld voor signalering van ernstige hartritmestoornissen en/of ernstige ademhalingsstoornissen.

Vergoeding: verstrekking in bruikleen voor een periode van ten hoogste 12 maanden.

Voorschrift: kinderarts.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden: na machtiging vooraf bestaat, op aanvraag van de kinderarts, recht op een verlenging van een periode van ten hoogste 12 maanden.

#### **Artikel 54 PUVA-apparatuur**

Vergoeding: 90% van de kosten tot ten hoogste € 640,- per verzekerde per kalenderjaar voor de huurkosten, voor gebruik ten huize van de verzekerde.

Voorschrift: huidarts.

Machtiging: ja, vooraf.

#### **Artikel 55 Camouflagetherapie**

Door: huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Vergoeding: eenmalig tot ten hoogste € 150,- per verzekerde inclusief de eventuele camouflageproducten.

Indicatie: zichtbare aandoeningen die niet operatief kunnen worden verwijderd.

Verwijzing door: behandelend medisch specialist.

#### **Artikel 56 Epilatie**

##### **1. Elektrische epilatie**

Door: schoonheidsspecialist of huidtherapeut.

Vergoeding: ten hoogste € 400,- per verzekerde per kalenderjaar.

Indicatie: 1. extreme haargroei in het gelaat van de vrouw;  
2. geslachtsveranderende operatie.

Verwijzing door: huisarts of medisch specialist, bij indicatie 1;  
behandelend medisch specialist, bij indicatie 2.

Machtiging: ja, vooraf.

##### **2. Epilatie door middel van lasertherapie**

Door: arts.

Vergoeding: 90% van de kosten tot ten hoogste € 400,- per verzekerde per kalenderjaar.

Indicatie: 1. extreme haargroei in het gelaat van de vrouw;  
2. geslachtsveranderende operatie.

Verwijzing door: huisarts of medisch specialist, bij indicatie 1;  
behandelend medisch specialist, bij indicatie 2.

Machtiging: ja, vooraf.

#### **Artikel 57 Alternatieve geneeswijzen**

1. *Onder alternatieve geneeswijzen worden verstaan:*

- 1.1. *Consulten en/of behandelingen door:*
- artsen, niet zijnde huisarts of medisch specialist;
  - acupuncturist;
  - klassiek homeopaat.

Vergoeding: 90% van de kosten tot ten hoogste € 25,- per consult tot ten hoogste € 250,- per verzekerde per kalenderjaar.

1.2. *Zorg door een chiropractor (D.C.)*

Vergoeding: 90% van de kosten tot ten hoogste € 25,- per consult tot ten hoogste € 250,- per verzekerde per kalenderjaar.

1.3. *Zorg door een osteopaat (D.O.)*

Vergoeding: 90% van de kosten tot ten hoogste € 25,- per consult tot ten hoogste € 250,- per verzekerde per kalenderjaar.

1.4. *Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen*

Vergoeding: 90% van de kosten tot ten hoogste € 225,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

1. onder homeopathische en antroposofische geneesmiddelen wordt verstaan middelen die volgens het Besluit homeopathische farmaceutische producten (Staatsblad 1995, 654) als homeopathische geneesmiddelen worden aangemerkt;
2. de homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een arts of door een behandelaar als bedoeld onder lid 1.1, 1.2, of 1.3 en zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts;
3. niet vergoed worden de bijkomende kosten zoals röntgendiagnostiek.

#### **Artikel 58 Sportgeneeskunde**

Door: sportarts.

Vergoeding: 90% van de kosten tot ten hoogste € 25,- per behandeling, consult of sportkeuring tot ten hoogste € 50,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden: vergoeding uitsluitend indien de sportarts werkzaam is in een Sportmedische instelling.

#### **Artikel 59 Behandeling in een kuuroord**

Door: kuuroord waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft.

Vergoeding: ten hoogste € 800,- per verzekerde per kalenderjaar.

Indicatie: ziekte van Bechterew, reumatoïde artritis of artritis psoriatica.

Verwijzing door: reumatoloog.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:  
verblijfkosten in een kuuroord worden niet vergoed.

#### **Artikel 60 Psoriasisbehandeling (balneo phototherapie)**

Door: een door de maatschappij aan te wijzen psoriasis-dagbehandelingscentrum.

Vergoeding: ten hoogste € 35,- per behandeling voor ten hoogste 25 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Indicatie: ernstige vorm van psoriasis.

Verwijzing door: huidarts.

Machtiging: ja, vooraf.

#### **Artikel 61 Zorg door een eerstelijnspsycholoog**

Vergoeding: ten hoogste € 40,- per behandeling tot ten hoogste 10 zittingen per verzekerde.

Verwijzing door: huisarts.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:  
geen vergoeding wordt verleend voor een behandeling die start binnen een termijn van 12 maanden na afloop van de laatste zitting psychologische zorg, die is vergoed.

#### **Artikel 62 Stottertherapie volgens Del Ferro, Pauw of Hausdörfer**

Vergoeding: eenmalig 90% van de kosten tot ten hoogste € 375,- per verzekerde.

Indicatie: geen bevredigend resultaat na 24 logopedische behandelingen.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:  
uitsluitend ten behoeve van verzekerden van 7 jaar of ouder.

#### **Artikel 63 Verblijf in een herstellingsoord**

Omschrijving: verblijf in een herstellingsoord, waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft.

Vergoeding: 50% van de kosten voor verblijf gedurende een periode van ten hoogste 6 weken.

Indicatie: herstel van ziekte bij het ontbreken van adequate verzorging thuis, herstel na medisch specialistisch ingrijpen als dagelijkse somatische zorg en/of ob-

servatie noodzakelijk is, herstel na mentale overbelasting of het leren leven met een handicap en het steun bieden bij het opbouwen van een toekomstperspectief.

Machtiging: ja, vooraf.

#### **Artikel 64 Logieskosten**

Omschrijving: een verblijf van naaste familie of verzorgers van minderjarige kinderen in een logeerhuis dat is verbonden aan een in Nederland gelegen ziekenhuis.

Vergoeding: ten hoogste € 15,- per dag.

Bijzonderheden:

1. uitsluitend recht op vergoeding indien de kosten van opname in een ziekenhuis in Nederland worden vergoed op grond van de basiszorgverzekering;
2. de vergoeding geldt ook voor overnachtingen van een verzekerde waarvoor twee dagbehandelingen in een ziekenhuis op aaneengesloten dagen plaatsvinden.

#### **Artikel 65 Acnebehandeling**

Door: huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Vergoeding: ten hoogste € 23,- per behandeling voor ten hoogste 15 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Indicatie: ernstige vorm van acne.

Verwijzing door: huidarts.

#### **Artikel 66 Verblijf in een therapeutisch astmakamp**

Omschrijving: verblijf in een therapeutisch astmakamp van verzekerden tot 16 jaar met een astmatische aandoening, gedurende ten hoogste één maand per verzekerde per kalenderjaar.

Vergoeding: 90% van de kosten.

#### **Artikel 67 Lymf-oedeemtherapie**

Door: huidtherapeut.

Vergoeding: 90% van de kosten tot ten hoogste € 30,- per behandeling van 60 minuten of langer.

Verwijzing door: medisch specialist.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:

bij aanvang van de therapie worden voor het eerste kalenderjaar ten hoogste 60 behandelingen vergoed; daarna ten hoogste 10 behandelingen per kalenderjaar.

## Artikel 68 Dieetadvies

- Door: vrijevestigde diëtist.
- Vergoeding: 90% van de kosten tot ten hoogste € 10,- per consult tot ten hoogste € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.
- Indicatie: diabetes mellitus, voedselallergie, hypercholesterol (boven 6,5 mmol) of morbide obesitas (Quetelet-index groter dan 40).
- Verwijzing door: huisarts of medisch specialist.
- Machtiging: ja, vooraf.

## Artikel 69 Vitamines

- Vergoeding: volledig.
- Voorschrift: behandelend medisch specialist.
- Indicatie: een chronische ziekte, die gepaard gaat met een ernstig vitaminedeficiëntie.
- Machtiging: ja, vooraf.

### Bijzonderheden:

1. vergoed worden de kosten van vitamines voorzover de basiszorgverzekering daarin niet voorziet;
2. niet vergoed worden de kosten van drogisterij- of handverkoopartikelen en combinatiepreparaten met vitamines en mineralen;
3. voor de vergoeding van de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen, zie artikel 57.

## Artikel 70 Cosmetische of esthetische chirurgie

- Vergoeding: 1. 50% van het honorarium van een medisch specialist;  
2. 50% van de bijkomende kosten in een ziekenhuis of in een polikliniek verbonden aan een ziekenhuis.
- Machtiging: ja, vooraf.

### Bijzonderheden:

vergoeding wordt uitsluitend verleend indien naar het oordeel van de maatschappij sprake is van een psychosomatische noodzaak.

## Artikel 71 Verpleging in een hogere verpleegklasse

**Recht op vergoeding bestaat uitsluitend voor verzekerden van 18 jaar en ouder**

1. Indien opgenomen in een hogere verpleegklasse dan de derde verpleegklasse en zolang de verpleging op basis van de derde verpleegklasse volledig ten laste van de basiszorgverzekering plaatsvindt, heeft verzekerde recht op vergoeding van het verschil in kosten van verpleging in de derde verpleegklasse en de verzekerde verpleegklasse:  
- 2/2B\*, of;  
- 2A.

\*) Kent een ziekenhuis slechts één verpleegklasse 2 dan worden de kosten ingeval van opname en verpleging in die verpleegklasse 2 volledig vergoed. Als opname plaatsvindt in een ziekenhuis met keuzemogelijkheid tussen meerdere verpleegklassen 2, dan worden de kosten vergoed op basis van de laagste verpleegklasse 2.

- 2.1. Ingeval van verpleging in een hogere dan de verzekerde verpleegklasse wordt uitsluitend een vergoeding verleend gebaseerd op de kosten die zouden zijn gemaakt indien verpleging had plaatsgevonden in de verzekerde verpleegklasse.
- 2.2. Indien verpleging ten gevolge van ontoereikende bedden capaciteit geschiedt in de derde verpleegklasse in plaats van in de verzekerde verpleegklasse wordt een schadeloosstelling verleend van € 23,- per verpleegdag. Deze schadeloosstelling wordt niet verleend indien geen klassenverpleging mogelijk is, bijvoorbeeld om verpleegkundige redenen zoals ingeval van opname op de afdeling intensive care, of omdat een ziekenhuis geen klassenverpleging biedt.

## Artikel 72 Vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

### 1.1. Europadekking

Onder Europadekking wordt verstaan de dekking van de verzekerde risico's tijdens vakantie of tijdelijk verblijf in het buitenland binnen Europa en in de landen grenzend aan de Middellandse Zee. Voor ziekenhuisverpleging geldt de dekking op basis van de laagste verpleegklasse.

### 1.2. Werelddekking

Onder werelddekking wordt verstaan de dekking van de verzekerde risico's tijdens vakantie en tijdelijk verblijf over de gehele wereld. Voor ziekenhuisverpleging geldt de dekking op basis van de laagste verpleegklasse.

### 2.1. Verzekerde risico's

Eventueel aanvullend op de basiszorgverzekering worden vergoed de kosten van medisch noodzakelijke, spoedeisende en bij vertrek redelijkerwijs niet voorzienbare zorg gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland van ten hoogste 365 dagen. Kosten van ambulancevervoer ter plaatse worden uitsluitend vergoed indien dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.

Niet vergoed worden kosten:

1. die ook in Nederland niet zouden zijn vergoed;
2. verband houdend met onderzoek, behandeling of opname die uitsluitend of mede het doel vormde van het verblijf in het buitenland;
3. van repatriëring (zie artikel 73);
4. vallend onder het eigen risico.

### 2.2. Risicodekking

Kosten worden uitsluitend vergoed voorzover vergoeding zou hebben plaatsgevonden, indien de kosten in Nederland waren gemaakt.

Met inachtneming hiervan geldt de navolgende dekking:

Basiszorgverzekering	Aanvullende zorgverzekering	Europa-dekking	Werelddekking
SIZ Particuliere Verzekering	-	volledig	200% Ned.
SIZ Studentenverzekering	-	volledig	200% Ned.
Ziekenfondsverzekering	ja	volledig	volledig
SIZ Particuliere Verzekering	ja	volledig	volledig
SIZ Studentenverzekering	ja	volledig	volledig
Standaardpakketpolis	ja	volledig	volledig
Studentenstandaardpakketpolis	ja	volledig	volledig

Bijzonderheden:

- opname in een ziekenhuis en/of langdurige medische behandeling dient u vooraf dan wel zo spoedig mogelijk te melden bij de IZA Hulpdienst, telefoonnummer (050) 404 08 88;
- voor vergoeding van de kosten van repatriëring, zie artikel 73.
- Uitbetaling***  
De te verlenen vergoeding wordt uitbetaald in euro's.

### **Artikel 73 Repatriëring**

- Werelddekking***  
Onder werelddekking wordt verstaan de dekking van verzekerde risico's tijdens vakantie en tijdelijk verblijf over de gehele wereld.
- Verzekerde risico's***
  - Het om medisch noodzakelijke redenen vervoeren van verzekerden vanuit het buitenland naar Nederland en voorzover de repatriëring is verzorgd door de IZA Hulpdienst.
  - Het vervoer van het stoffelijk overschot van verzekerde vanuit het buitenland naar Nederland en voorzover het vervoer is verzorgd door de IZA Hulpdienst.

Vergoeding: volledig, indien verzekerd voor een van de aanvullende zorgverzekeringen.

Bijzonderheden:

bij repatriëring en vervoer van het stoffelijk overschot dient u de IZA Hulpdienst vooraf in te schakelen omdat deze de repatriëring en het vervoer zelf organiseert, telefoonnummer (050) 404 08 88.