

Verzekeringsvoorwaarden IZZ 2009

IZZ Basispakket, variant Restitutie en
Aanvullende verzekeringen

Inhoudsopgave

Deel 1

IZZ Basispakket, variant Restitutie

I. Algemeen gedeelte	8	Paramedische zorg	22
Artikel 1. Begripsomschrijvingen	8	Artikel 25. Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck	22
Artikel 2. Algemene bepalingen	11	Artikel 26. Logopedie	22
Artikel 3. Premie	12	Artikel 27. Ergotherapie	23
Artikel 4. Overige verplichtingen	13	Artikel 28. Dieetadvisering	23
Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden	13	Mondzorg	23
Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van het IZZ Basispakket	13	Artikel 29. Tandheekkundige zorg	23
Artikel 7. Verplicht eigen risico	15	Artikel 30. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 22 jaar en ouder	24
Artikel 8. Vrijwillig eigen risico	15	Farmaceutische zorg	24
Artikel 9. Buitenland	16	Artikel 31. Geneesmiddelen	24
Artikel 10. Klachten en geschillen	16	Artikel 32. Dieetpreparaten	25
Artikel 11. Verzekerde prestaties	17	Hulpmiddelenzorg	25
II. Dekkings- en prestatiewijze	18	Artikel 33. Hulpmiddelen en verbandmiddelen	25
Geneeskundige zorg	18	Verblijf in een instelling	25
Artikel 12. Huisartsenzorg	18	Artikel 34. Verblijf	25
Artikel 13. Verloskundige zorg en kraamzorg	18	Ziekenvervoer	25
Artikel 14. Medisch specialistische zorg	19	Artikel 35. Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer	25
Artikel 15. Revalidatie	19	Zorgbemiddeling	26
Artikel 16. Erfelijkheidsonderzoek	20	Artikel 36. Zorg- en wachtlijstbemiddeling	26
Artikel 17. In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen	20		
Artikel 18. Audiologische zorg	20		
Artikel 19. Plastische en/of reconstructieve chirurgie	20		
Artikel 20. Transplantatie van weefsels en organen	21		
Artikel 21. Dyslexiezorg	21		
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	21		
Artikel 22. Eerstelijnspsychologische zorg, niet-specialistische GGZ	21		
Artikel 23. Specialistische GGZ	22		
Artikel 24. Persoonsgebonden budget (PGB) GGZ	22		

Deel 2

Aanvullende verzekeringen

I. Algemeen gedeelte	30	Artikel 7. Orthodontie	43
Artikel 1. Begripsomschrijvingen	30	Artikel 8. Tandheelkundige zorg	43
Artikel 2. Algemene bepalingen	32	8.1. Kronen en bruggen	43
Artikel 3. Overige verplichtingen	34	8.2. Implantaten in de niet-tandeloze kaak	44
Artikel 4. Premie	34	8.3. Frameprothese	44
Artikel 5. Uitsluitingen	35	8.4. Overige prothetische voorzieningen	44
Artikel 6. Klachten en geschillen	35	Artikel 9. Verblijf	44
Artikel 7. Zorg- en wachtlijstbemiddeling	35	9.1. Herstellingsoord	44
		9.2. Therapeutisch vakantiecamp voor verzekerden jonger dan 18 jaar	44
II. IZZ Bijzonder Bewust	36	Artikel 10. Verloskundige zorg en kraamzorg	45
Artikel 1. Brillen en contactlenzen	36	10.1. Verloskundige zorg	45
Artikel 2. Beweegzorg (fysiotherapie en bewegingstherapie)	36	10.2. Kraampakket	45
Artikel 3. Preventieve en curatieve tandheelkundige zorg	36	10.3. Eigen bijdrage kraamzorg	45
		10.4. Kraamzorg bij adoptie	45
		10.5. Extra kraamzorg moeder en pasgeborene	45
		10.6. Borstvoeding	45
		10.7. Elektrische borstkolf	45
III. Basisaanvullende regeling	37	Artikel 11. Incontinentiezorgservice	46
Artikel 1. Brillen en contactlenzen	37	Artikel 12. Vitamines	46
Artikel 2. Circumcisie	37	Artikel 13. Huishoudelijke verzorging	46
Artikel 3. Orthodontie	37		
Artikel 4. Plastische chirurgie	37	V. Regeling aanvullende vergoedingen Pakket 1	47
4.1. Correctie van oorschelpen	37	Artikel 1. Alternatieve zorg	47
4.2. Ooglidcorrectie	37	Artikel 2. Bijzondere voedingsmiddelen	47
Artikel 5. Sterilisatie	37	Artikel 3. Buitenland	48
Artikel 6. IZZ FitKit	37	Artikel 4. Beweegzorg (fysiotherapie en bewegingstherapie)	48
6.1. Cursussen, voorlichting en trainingen	37	Artikel 5. Huidbehandelingen	48
6.2. Vaccinatie	38	5.1. Acnebehandeling	48
6.3. Sportgeneeskunde	38	5.2. Camouflagetherapie	49
6.4. Zorg door een overgangsconsulente	38	5.3. Epilatie	49
6.5. Dieetadvisering	38	5.4. Psoriasisbehandeling	49
6.6. IZZ Lijf & Leden	38	Artikel 6. Hulpmiddelen	49
6.7. Preventief psychologisch consult	38	6.1. Hoortoestellen	49
Artikel 7. Preventieve en curatieve tandheelkundige zorg	39	6.2. Mammaprothese	49
Artikel 8. Vervoer in verband met transplantatie van organen	39	6.3. Pruiken	49
Artikel 9. Beweegzorg (fysiotherapie en bewegingstherapie)	39	6.4. Schoenen	49
Artikel 10. Groepsrevalidatie en groepstherapie voor patiënten met kanker	40	6.5. Thuisbewakingsmonitor	50
		6.6. Wekapparatuur / plaswekker	50
IV. Regeling extra vergoedingen	40	Artikel 7. Kuuroord	50
Artikel 1. Alternatieve zorg	40	Artikel 8. Orthodontie	50
Artikel 2. Bijzondere voedingsmiddelen	41	Artikel 9. Reizen	50
Artikel 3. Buitenland	41	Artikel 10. Stottertherapie	50
Artikel 4. Beweegzorg (fysiotherapie en bewegingstherapie)	41	Artikel 11. Tandheelkundige zorg	51
Artikel 5. Huidbehandelingen	42	11.1. Opbouw	51
5.1. Acnebehandeling	42	11.2. Kronen en bruggen	51
5.2. Camouflagetherapie	42	11.3. Implantaten in de niet-tandeloze kaak	51
5.3. Epilatie	42	11.4. Frameprothese	51
5.4. Psoriasisbehandeling	42	11.5. Overige prothetische voorzieningen	51
Artikel 6. Hulpmiddelen	43	Artikel 12. Verblijf	52
6.1. Hoortoestellen	43	12.1. Herstellingsoord	52
6.2. Mammaprothese	43	12.2. Therapeutisch vakantiecamp voor verzekerden jonger dan 18 jaar	52
6.3. Pruiken	43	12.3. Logieskosten	52
6.4. Schoenen	43	Artikel 13. Verloskundige zorg en kraamzorg	52
6.5. Thuisbewakingsmonitor	43	13.1. Verloskundige zorg	52
6.6. Wekapparatuur / plaswekker	43	13.2. Kraampakket	52
		13.3. Eigen bijdrage kraamzorg	52

13.4. Kraamzorg bij adoptie	52	VII. IZZ Comfort	62
13.5. Extra kraamzorg moeder en pasgeborene	52	Artikel 1. Welkomstpakket	62
13.6. Borstvoeding	53	Artikel 2. Verblijf in één- of tweepersoonskamer	62
13.7. Elektrische borstkolf	53	Artikel 3. Comfortarrangement	62
Artikel 14. Incontinentiezorgservice	53	Artikel 4. Huishoudelijke hulp	62
Artikel 15. Vitamines	53	Artikel 5. Kinderopvang	62
Artikel 16. Huishoudelijke verzorging	53		
VI. Regeling aanvullende vergoedingen Pakket 2	54		
Artikel 1. Alternatieve zorg	54		
Artikel 2. Bijzondere voedingsmiddelen	54		
Artikel 3. Brillen en contactlenzen	55		
Artikel 4. Buitenland	55		
Artikel 5. Beweegzorg (fysiotherapie en bewegingstherapie)	55		
Artikel 6. Huidbehandelingen	56		
6.1. Acnebehandeling	56		
6.2. Camouflagetherapie	56		
6.3. Epilatie	56		
6.4. Psoriasisbehandeling	56		
Artikel 7. Hulpmiddelen	56		
7.1. Hoortoestellen	56		
7.2. Mammaprothese	56		
7.3. Pruiken	56		
7.4. Schoenen	57		
7.5. Steunzolen	57		
7.6. Thuisbewakingsmonitor	57		
7.7. Wekapparatuur / plaswekker	57		
Artikel 8. Kuuroord	57		
Artikel 9. Orthodontie	57		
Artikel 10. Psychologische zorg	57		
10.1. Eerstelijnspsychologische zorg	57		
10.2. Seksuologische zorg	58		
Artikel 11. Reizen	58		
Artikel 12. Stottertherapie	58		
Artikel 13. Tandheelkundige zorg	58		
13.1. Curatieve tandheelkundige zorg	58		
13.2. Opbouw	58		
13.3. Kronen en bruggen	58		
13.4. Implantaten in de niet-tandeloze kaak	59		
13.5. Frameprothese	59		
13.6. Overige prothetische voorzieningen	59		
Artikel 14. Verblijf	59		
14.1. Herstellingsoord	59		
14.2. Therapeutisch vakantiecamp voor verzekerden jonger dan 18 jaar	59		
14.3. Logieskosten	60		
Artikel 15. Verloskundige zorg en kraamzorg	60		
15.1. Verloskundige zorg	60		
15.2. Kraampakket	60		
15.3. Eigen bijdrage kraamzorg	60		
15.4. Kraamzorg bij adoptie	60		
15.5. Extra kraamzorg moeder en pasgeborene	60		
15.6. Borstvoeding	60		
15.7. Elektrische borstkolf	61		
Artikel 16. Voetbehandelingen	61		
Artikel 17. Incontinentiezorgservice	61		
Artikel 18. Vitamines	61		
Artikel 19. Huishoudelijke verzorging	61		

Deel 1
IZZ Basispakket
variant Restitutie

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1 | Begripsomschrijvingen

1. **Ambulancevervoer:** het vervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer van zieken en gewonden per ambulance.
2. **Apotheekhoudend huisarts:** een huisarts aan wie krachtens artikel 61, tiende of elfde lid, van de Geneesmiddelenwet vergunning is verleend om geneesmiddelen ter hand te stellen aan de op zijn naam ingeschreven verzekerden.
3. **Apotheker:** degene die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, bedoeld in artikel 61, vijfde lid, van de Geneesmiddelenwet.
4. **Arts:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
5. **Arts voor verstandelijk gehandicapten:** een arts die als arts voor verstandelijk gehandicapten is ingeschreven in het register van de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
6. **Audiologisch centrum:** een instelling die als zodanig is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZI).
7. **AWBZ:** de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
8. **AWBZ-instelling:** een als zodanig toegelaten instelling waarin de verzekerde voor rekening van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld.
9. **Bedrijfsarts:** een arts die als bedrijfsarts geregistreerd staat in het Register van erkende Sociaal Geneeskundigen dat wordt bijgehouden door de Sociaal-Geneskundige Registratie Commissie (SGRC) van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, eventueel in dienst van een gecertificeerde Arbo-dienst, en met wie of waarmee Zorgverzekeraar IZZ een overeenkomst heeft gesloten.
10. **Bekkenfysiotherapeut:** een fysiotherapeut die als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
11. **Besluit zorgverzekering:** Besluit van 28 juni 2005, inclusief alle wijzigingen tot 1 januari 2009, houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in de artikelen 11, 20, 22, 32, 34 en 89, van de Zvw.
12. **Bureau Jeugdzorg:** een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de jeugdzorg.
13. **Centrum voor bijzondere tandheelkunde:** een universitair of een door Zorgverzekeraar IZZ 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. **Centrum voor erfelijkheidsadvies:** een als zodanig toegelaten en vergunninghoudende instelling voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.
15. **Cognitief therapeut:** degene die als zodanig als lid is ingeschreven bij de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT).
16. **Collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering:** een overeenkomst gesloten tussen Zorgverzekeraar IZZ en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een IZZ Basispakket en eventuele IZZ aanvullende verzekeringen te sluiten.
17. **Coöperatie:** de Coöperatie VGZ-IZA-Trias-Groep U.A. is onderdeel van Univé-VGZ-IZA-Trias.
18. **Diagnose Behandeling Combinatie (DBC):** een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medische specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 365 dagen.
19. **Diëtist:** degene die op grond van artikel 2 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel diëtist.
20. **Eerstelijnspsycholoog:** een gezondheidszorgpsycholoog die als eerstelijnspsycholoog is ingeschreven in het Register van eerstelijnspsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
21. **Eigen bijdrage:** een vastgesteld bedrag/aandeel op de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanspraken op (vergoeding van de kosten van) zorg, welke de verzekerde zelf dient te dragen alvorens aanspraak bestaat op (vergoeding van de kosten van) het resterende deel van de zorg.
22. **Eigen risico:**
 1. verplicht eigen risico: een bedrag aan kosten van zorg of overige diensten als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zvw, dat voor rekening van de verzekerde blijft;
 2. vrijwillig eigen risico: een door de verzekeringnemer met Zorgverzekeraar IZZ als onderdeel van het IZZ Basispakket overeengekomen bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zvw, dat de verzekerde voor zijn rekening zal nemen.
23. **Ergotherapeut:** degene die op grond van artikel 6 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel ergotherapeut.
24. **Europese Unie en EER-lidstaat:** hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. Ook worden hieronder verstaan de EER-landen (lidstaten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte): Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

- 25. Fraude:** het plegen of trachten te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, verzwijging van feiten die voor de uitvoering van de verzekering van belang kunnen zijn, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties, en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendzelen.
- 26. Fysiotherapeut:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt ook verstaan een heilgymnast-masseur volgens artikel 108 van de Wet BIG.
- 27. Gedragstherapeut:** degene die als zodanig als lid is ingeschreven bij de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT).
- 28. Geneesmiddelen:** de in artikel 2.8, eerste lid, aanhef en onder a en b van het Besluit zorgverzekering bedoelde geneesmiddelen.
- 29. Gezondheidslijn GezondIZZ:** telefonische gezondheidsadvisering door een verpleegkundige onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts.
- 30. Gezondheidszorgpsycholoog:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 31. GGZ:** Geneeskundige Geestelijke gezondheidszorg.
- 32. GGZ-instellingen:** instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren, en als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).
- 33. Huidtherapeut:** degene die op grond van artikel 2 van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel huidtherapeut.
- 34. Huisarts:** een arts die als huisarts is ingeschreven in het register van de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
- 35. Hulpmiddelen:** de op grond van het Besluit zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen.
- 36. Instelling:**
1. een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi);
 2. een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.
- 37. IZZ Basispakket:** een tussen Zorgverzekeraar IZZ en de verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering.
- 38. Jeugdarts/arts in de Jeugdgezondheidszorg:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register van de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC) van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
- 39. Jeugdpsycholoog:** degene die als jeugdpsycholoog is ingeschreven in het Register van jeugdpsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
- 40. Kaakchirurg:** een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- 41. Kinderfysiotherapeut:** een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
- 42. Kinderpsycholoog:** degene die als kinderpsycholoog is ingeschreven in het Register van kinderpsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
- 43. Klinisch psycholoog:** een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.
- 44. Kraamcentrum:** een als zodanig toegelaten instelling volgens de bij of krachtens wet gestelde regels, alsmede de door Zorgverzekeraar IZZ als zodanig erkende instelling.
- 45. Kraamverzorgende:** een gediplomeerde kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.
- 46. Kraamzorghotel:** een organisatie voor het leveren van kraamzorg ter vervanging van kraamzorg in de thuisituatie.
- 47. Logopedist:** degene die op grond van artikel 10 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel logopedist.
- 48. Machtiging:** een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens Zorgverzekeraar IZZ wordt verstrekt voor de verzekerde, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.
- 49. Manueel therapeut:** een fysiotherapeut die als manueel therapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
- 50. Medisch specialist:** een arts die als medisch specialist is ingeschreven in een van de registers ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
- 51. Mondhygiënist:** degene die op grond van artikel 14 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel mondhygiënist.
- 52. NZa:** Nederlandse Zorgautoriteit als bedoeld in de Wet marktordening gezondheidszorg.
- 53. Oedeemtherapeut:** een fysiotherapeut die als oedeemtherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
- 54. Oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck:** degene die op grond van artikel 18 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel oefentherapeut.

- 55. Orthodontist:** een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- 56. Orthopedagoog-Generalist:** degene die als zodanig is ingeschreven in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogogen en onderwijskundigen (NVO).
- 57. Psychiater/zenuwarts:** een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het Specialistenregister, ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
- 58. Psychotherapeut:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 59. Regeling zorgverzekering:** Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1 september 2005, nummer ZVV-2611957, houdende regels ter zake van de uitvoering van de Zvw.
- 60. Revalidatie-instelling:** een als zodanig toegelaten instelling.
- 61. Seksuoloog:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS).
- 62. Stottertherapeut:** degene die als zodanig als lid is ingeschreven bij de Nederlandse Vereniging voor Stottertherapie (NVST).
- 63. Tandarts:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 64. Tandarts-implantoloog:** een tandarts die als tandarts is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die voor het chirurgische deel van de implantologie is opgenomen in het register van de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) als erkende implantoloog.
- 65. Tandprotheticus:** degene die op grond van artikel 2 van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus gerechtigd is tot het voeren van de titel tandprotheticus.
- 66. Verblijf:** verblijf met een duur van 24 uur of langer.
- 67. Verdragsland:** een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (voor vakantie/tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaapverdische Eilanden, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.
- 68. Verloskundige:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 69. Verpleeghuisarts:** een arts die als verpleeghuisarts is ingeschreven in het register van de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
- 70. Verpleegkundige:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 71. Verslavingsarts:** een arts die als verslavingsarts is ingeschreven in het register van de Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGn).
- 72. Verzekerde:** degene wiens risico van behoefte aan geneeskundige zorg, als bedoeld in de Zvw, door een zorgverzekering wordt gedekt en die als zodanig op het polisblad, afgegeven door Zorgverzekeraar IZZ, is vermeld.
- 73. Verzekeringnemer:** degene die met Zorgverzekeraar IZZ een zorgverzekering heeft gesloten.
- 74. Verzekeringsplichtige:** degene die op grond van de Zvw verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren.
- 75. Verzekeringsvoorwaarden IZZ Basispakket/verzekeringsvoorwaarden:** de modelovereenkomst als bedoeld in artikel 1j van de Zvw van Zorgverzekeraar IZZ, variant Restitutie.
- 76. Voorkeursleverancier:** een leverancier waarmee Zorgverzekeraar IZZ een overeenkomst heeft gesloten en waarmee specifieke afspraken zijn gemaakt.
- 77. Wet BIG:** de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
- 78. Wmg-tarieven:** tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).
- 79. Zelfstandig behandelcentrum:** een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is geen verblijf van 24 uur of langer toegestaan voor behandelingen waarvan de betreffende DBC onder het A-segment valt.
- 80. Ziekenhuis:** een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.
- 81. Zorg:** zorg of overige diensten.
- 82. Zorghotel:** een hotel dat voldoet aan de eisen zoals de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) deze stelt aan een instelling.
- 83. Zorgpolis:** de akte waarin de tussen de verzekeringnemer en Zorgverzekeraar IZZ gesloten zorgverzekering is vastgelegd.
- 84. Zorgverzekeraar IZZ:** IZZ Zorgverzekeraar NV, gevestigd in Nijmegen, die deze zorgverzekeringen aanbiedt of uitvoert. IZZ Zorgverzekeraar NV is een onderdeel van de Coöperatie VGZ-IZA-Trias-Groep U.A.
- 85. Zorgverzekering:** een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zvw is geregeld, en waarvan de verzekerde presaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.
- 86. Zvw:** de Zorgverzekeringwet.

Artikel 2 | Algemene bepalingen

2.1. Grondslag van de verzekering

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 wijze schriftelijk aan de zorgverzekeraar zijn verstrekt. Zorgverzekeraar IZZ verstrekt de verzekeringnemer en, als deze een andere is dan de verzekeringnemer, de verzekerde zo spoedig mogelijk na het sluiten van het IZZ Basispakket, en vervolgens voorafgaande aan ieder kalenderjaar, een zorgpolis. Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de zorgpolis. Op het polisblad worden de verzekerden en de voor hen gesloten zorgverzekering(en) vermeld.

2.2. Werkgebied

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

Zorgverzekeraar IZZ is een landelijk werkende verzekeraar. Zolang u in Nederland woont, onder de rechten van de AWBZ valt of loonbelasting betaalt aan de Nederlandse staat, kunt u deze zorgverzekering behouden. Ook een in het buitenland wonende verzekeringsplichtige heeft recht op deze verzekering.

2.3. Medische noodzaak

De aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden bestaat als en voor zover de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

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

2.4. Ontlenen recht

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

2.5. Bijbehorende documenten

Als en voor zover in deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar de volgende documenten worden deze geacht onderdeel uit te maken van deze voorwaarden:

- bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
 - de Regeling zorgverzekering;
 - het Clausuleblad terrorismedekking;
 - premiebijlage;
 - Reglement farmaceutische zorg IZZ, Reglement hulpmiddelen IZZ, Reglement persoonsgebonden budget (PGB) GGZ IZZ;
 - overzicht gecontracteerde zorgaanbieders;
 - overzicht zorgproducten, zorgproducten of -diensten van voorkeursleveranciers en voorkeursprogramma's waarvoor het verplicht en vrijwillig eigen risico niet geldt;
 - het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling.
- Deze informatie is beschikbaar via www.izz.nl en ook telefonisch op te vragen, telefoonnummer: 0900 - 0274 (lokaal tarief).

2.6. Fraude

Als Zorgverzekeraar IZZ fraude constateert heeft dit tot gevolg dat elk uit deze verzekering voortvloeiende aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg vervalt, waaronder ook aanspraken waarin geen fraude is geconstateerd (zogenaamde partiële fraude). Geconstateerde fraude zal ook tot gevolg hebben dat Zorgverzekeraar IZZ:

- de persoonsgegevens van degene die fraude pleegt, alsmede degene die als medeplichtige of medepleger kan worden aangemerkt, opneemt in zijn Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door de afdeling Veiligheidszaken van Univé-VGZ-IZA-Trias;
- het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars zal inlichten;
- de zorgverzekering(en) beëindigt en gedurende een periode van 5 jaar kan weigeren nieuwe zorgverzekering(en) te sluiten. Voor aanvullende verzekeringen en binnen Univé gevoerde schadeverzekeringen bedraagt deze termijn 8 jaar;
- de lopende aanvullende verzekering(en) en binnen de Univé organisatie lopende (schade)verzekeringen kan beëindigen;
- registratie doet in de tussen financiële instellingen erkende in- en externe signaleringssystemen, het interne verwijzingsregister (IVR) en het externe verwijzingsregister (EVR);
- al uitgekeerde vergoedingen terugvordert van en/of verhaalt op de verzekeringnemer en/of de verzekerde;
- aangifte kan doen bij de politie, justitie en/of FIOD-ECD;
- (onderzoeks)kosten vordert en/of verhaalt op de verzekeringnemer en/of de verzekerde. De hoogte van in de rekening te brengen onderzoekskosten wordt telkens vastgesteld op 25% van het vanwege het frauduleus handelen terug te vorderen bedrag, met een minimum van € 100,-.

2.7. Aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

2.7.1. Als de behoefte aan zorg of een andere dienst het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar door dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op prestaties tot een door het NHT te bepalen, voor alle verzekeringen gelijk percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.

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

2.7.2. Als na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zvw of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op de prestaties, bedoeld in lid 2.7.1, recht op prestaties van een bij Regeling zorgverzekering, bedoeld in artikel 33 van de Zvw of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering, te bepalen omvang.

2.8. Bescherming persoonsgegevens

De bij de aanvraag of wijziging van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en eventueel nader over te leggen persoons- en/of uitvoeringsgegevens worden opge-

nomen in de door Zorgverzekeraar IZZ gevoerde persoonsregistratie. Deze gegevens worden verwerkt voor het aangaan en uitvoeren van verzekeringen en het beheren van daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude. Op de registratie zijn de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. Deze gedragscode is beschikbaar op www.izz.nl en op aanvraag verkrijgbaar.

2.9. Kennisgevingen

Kennisgevingen gericht aan het laatst bij Zorgverzekeraar IZZ bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer of de verzekerde te hebben bereikt.

2.10. Bedenkerperiode

De verzekeringnemer kan bij het aangaan van de verzekering de verzekeringsovereenkomst binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst of, als dit later is, 14 dagen na ontvangst van de verzekeringsvoorwaarden schriftelijk opzeggen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.11. Voorrangsbepaling

Voor zover het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zvw bepaalde van invloed is of moet zijn op het IZZ Basispakket, geldt dit als in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen. In geval van strijdigheid van het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zvw bepaalde met de bepalingen van deze overeenkomst, gaat hetgeen is bepaald bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zvw voor.

2.12. Interpretatie

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

2.13. Nederlands recht

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3 | Premie

3.1. Premiegrondslag

De premiegrondslag is de premie als er geen premiekorting geldt of zal gelden voor een vrijwillig eigen risico en/of een in de collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering overeengekomen collectiviteitskorting.

De premiegrondslag alsmede de premiekortingen behorend bij deze verzekeringsvoorwaarden zijn opgenomen in de jaarlijks aan te passen premiebijlage. De premiebijlage is te raadplegen op www.izz.nl.

De voor de verzekerde geldende premiegrondslag en premiekortingen staan vermeld op het polisblad.

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering

3.2.1. Als er sprake is van deelname aan een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering verleent Zorgverzekeraar IZZ een korting op de premiegrondslag, waarbij rekening wordt gehouden met de bepalingen op grond van de Zvw.

3.2.2. De premiekorting en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering zijn van toepassing vanaf de dag waarop deze overeenkomst van toepassing wordt op de verzekerde, tot de dag waarop de verzekerde niet langer voldoet aan de voorwaarden voor deelname aan deze collectieve overeenkomst.

3.2.3. De verzekeringnemer en/of de verzekerde kan maar aan één collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering tegelijkertijd deelnemen.

3.3. Verschuldigdheid van premie

De verzekeringnemer is premie verschuldigd. Voor een verzekerde is tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van 18 jaar bereikt, geen premie verschuldigd.

Voorbeeld

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

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

3.4.1. De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen per maand bij vooruitbetaling te voldoen, tenzij anders is overeengekomen. Bij premiebetaling vooraf per jaar geldt een termijnbetalingskorting van 3% op de te betalen premie.

Bij wijziging van de zorgverzekering vindt per de datum van wijziging (her)berekening of eventueel restitutie plaats.

3.4.2. Een door de verzekeringnemer afgegeven machtiging voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en overige kosten. Zorgverzekeraar IZZ kan ervoor kiezen onder bepaalde condities de verzekeringnemer een acceptgiro toe te zenden zonder dat hieraan extra kosten zijn verbonden voor de verzekeringnemer.

3.5. Vordering

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

3.6. Overlijden

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

3.7. Niet-tijdig betalen

3.7.1. Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en/of kosten kan Zorgverzekeraar IZZ de dekking schorsen en/of de verzekering beëindigen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos schriftelijk is aangemaand tot betaling binnen een in de aanmaning gestelde termijn van ten minste 14 dagen.

In geval van schorsing van de dekking geldt dat geen recht bestaat op verzekerde prestaties vanaf de laatste premie-vervaldag voor de aanmaning of een nader te bepalen later gelegen tijdstip. De verzekeringnemer blijft bij schorsing verplicht de premie te voldoen. De dekking wordt weer van kracht op de dag volgend op de dag waarop het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten door Zorgverzekeraar IZZ zijn ontvangen.

In geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst wordt de verzekering niet met terugwerkende kracht beëindigd.

- 3.7.2. Zorgverzekeraar IZZ kan administratiekosten, invorderingskosten (zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk) en wettelijke rente aan de verzekeringnemer in rekening brengen.
- 3.7.3. Als een verzekeringnemer al is aangemaand voor niet tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en/of kosten, hoeft Zorgverzekeraar IZZ bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur de verzekeringnemer niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.7.4. Zorgverzekeraar IZZ kan achterstallige premie en kosten als bedoeld in lid 3.7.2 verrekenen met schadekosten die de verzekerde bij hem heeft gedeclareerd dan wel met andere van Zorgverzekeraar IZZ te ontvangen bedragen.
- 3.7.5. Zorgverzekeraar IZZ heeft het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst te sluiten met de verzekeringnemer als de verzekering wegens niet tijdig betalen van de verschuldigde premie wordt beëindigd.

Artikel 4 | Overige verplichtingen

4.1. Verplichting

- De verzekeringnemer en de verzekerde zijn verplicht:
- bij het invoeren van zorg zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
 - de behandelaar te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur van Zorgverzekeraar IZZ;
 - aan Zorgverzekeraar IZZ, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van de informatie, die nodig is voor de uitvoering van het IZZ Basispakket;
 - binnen redelijke termijn aan Zorgverzekeraar IZZ te melden dat de verzekerde is gedetineerd in verband met de wettelijke bepaling over opschorting van dekking en premieplicht tijdens de duur van de detentie;
 - bij zorg waarvoor in deze verzekeringsvoorwaarden een machtiging is vereist, een verwijfsbrief van de behandelend huisarts, arts voor verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, verloskundige, medisch specialist, psychiater/zenuwarts of kaakchirurg te overleggen, waaruit blijkt dat de geboden zorg en/of het zittend ziekenvervoer medisch noodzakelijk is;
 - Zorgverzekeraar IZZ te informeren over feiten, die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en Zorgverzekeraar IZZ in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. In dit verband treft de verzekerde geen enkele regeling met een derde, zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van Zorgverzekeraar IZZ. De verzekerde onthoudt zich van handelingen waardoor Zorgverzekeraar IZZ in zijn belangen kan worden geschaad;
 - Zorgverzekeraar IZZ zo spoedig mogelijk maar uiterlijk binnen twee maanden na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, op de hoogte te brengen van alle feiten en omstandigheden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn. Wijzigingen zijn onder meer huwelijk, samenwoning, (echt)scheiding, geboorte, adoptie of wijziging bank- of gironummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, draagt Zorgverzekeraar IZZ geen enkel risico.

4.2. Declaratietermijn nota's

De verzekeringnemer en de verzekerde kunnen in geval vergoeding wordt gevraagd van de kosten van zorg, de originele nota's indienen tot maximaal 3 jaar na het ontstaan van de behoefte aan zorg.

Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding Zorgverzekeraar IZZ is gehouden. Met behulp van de computer vervaardigde nota's dienen te zijn geparafeerd door de zorgaanbieder.

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

4.3. Belangen

Wanneer de belangen van Zorgverzekeraar IZZ worden geschaad door het niet nakomen van de in lid 4.1 genoemde verplichtingen, kan Zorgverzekeraar IZZ de prestaties, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, schorsen.

Artikel 5 | Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden

5.1. Wijziging voorwaarden

Zorgverzekeraar IZZ heeft het recht de voorwaarden en premie(grondslag) van de bij hem lopende zorgverzekeringen te wijzigen. Zorgverzekeraar IZZ doet van de voorgenomen wijziging mededeling aan de verzekeringnemer. Een dergelijke wijziging geschiedt voor ieder IZZ Basispakket op een door Zorgverzekeraar IZZ vast te stellen datum. Een wijziging van de premiegrondslag treedt niet eerder in werking dan 6 weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.

5.2. Opzeggingsrecht

Als Zorgverzekeraar IZZ de voorwaarden en/of premiegrondslag van het IZZ Basispakket ten nadele van de verzekeringnemer of verzekerde wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft de verzekeringnemer echter niet, als een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 Zww gestelde regels (zie artikel 6.3).

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

6.1. Begin en duur

- 6.1.1. De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop Zorgverzekeraar IZZ het verzoek van de verzekeringnemer tot het sluiten van de verzekeringsovereenkomst heeft ontvangen. Vanaf het moment dat de zorgverzekering ingaat, mag Zorgverzekeraar IZZ aan derden (zorgaanbieders, leveranciers en dergelijke) inlichtingen vragen en geven voor zover hij dat nodig acht om de verplichtingen uit hoofde van het IZZ Basispakket te kunnen nakomen.

Als Zorgverzekeraar IZZ uw rekeningen rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangt en aan hen betaalt, wordt uw IZZ Basispakket sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder die u behandelt, weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres- en polisgegevens op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij u ook daadwerkelijk behandelen.

Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, dan kunt u dat laten weten. Zorgverzekeraar IZZ zorgt er dan voor dat uw adresgegevens worden afgeschermd.

- 6.1.2. Als Zorgverzekeraar IZZ op basis van het in lid 6.1.1 bedoelde verzoek niet kan vaststellen of zij verplicht is voor de te verzekeren persoon een zorgverzekering te sluiten, en hij de persoon die de verzekering wenst te sluiten in verband daarmee uitnodigt de voor deze vaststelling noodzakelijke gegevens te verschaffen, gaat de verzekeringsovereenkomst, in afwijking van het vorige lid, in op de dag waarop laatstbedoelde persoon aan dit verzoek heeft voldaan.
- 6.1.3. Zorgverzekeraar IZZ verstrekt degene die het verzoek, bedoeld in lid 6.1.1, doet en, als dit een ander is dan degene voor wiens verzekering het verzoek is gedaan, de verzekerde onverwijld:
- een bewijs van het verzoek, bedoeld in lid 6.1.1, waarop de datum van ontvangst is vermeld;
 - een bewijs van de ontvangst van gegevens, bedoeld in lid 6.1.2, waarop de datum van de ontvangst is vermeld.
- 6.1.4. Als degene voor wie het IZZ Basispakket wordt gesloten op de dag waarop Zorgverzekeraar IZZ het verzoek, bedoeld in lid 6.1.1, ontvangt al op grond van een zorgverzekering is verzekerd, en de verzekeringnemer aangeeft het IZZ Basispakket te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in lid 6.1.1 of 6.1.2, gaat de verzekering op die latere datum in.
- 6.1.5. Als de vorige verzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of door wijziging van de voorwaarden is beëindigd, gaat de verzekering bij de nieuwe verzekeraar in per de beëindigingsdatum van de oude verzekering. Verzekeringplichtige moet zich dan binnen een maand nadat de vorige verzekering is beëindigd aanmelden bij de nieuwe zorgverzekeraar. Lid 6.1.1 en 6.1.2 van dit artikel gelden dan niet.
- 6.1.6. Als de verzekeringsovereenkomst ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringplicht is ontstaan, werkt deze zonnig in afwijking van artikel 925, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond.
- 6.1.7. Een wettelijk vertegenwoordiger dient binnen een termijn van 4 maanden na het ontstaan van de verzekeringplicht een pasgeboren kind te verzekeren.
- 6.1.8. Bij het opleggen van een bestuurlijke boete wegens het voorafgaand onverzekerd zijn, handelt Zorgverzekeraar IZZ overeenkomstig de bepalingen van paragraaf 9.3 van de Zvw.
- 6.2. Einde van rechtswege**
Het IZZ Basispakket eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:
- 6.2.1. Zorgverzekeraar IZZ door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
- 6.2.2. de verzekerde overlijdt;
- 6.2.3. de verzekeringsovereenkomst van de verzekerde eindigt.

Zorgverzekeraar IZZ stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een IZZ Basispakket op grond van het onder lid 6.2.1 gestelde eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.

De verzekeringnemer stelt Zorgverzekeraar IZZ onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het onder lid 6.2.2. en 6.2.3 gestelde, tot het einde van het IZZ Basispakket hebben geleid of kunnen leiden. Als Zorgverzekeraar IZZ op grond van de hiervoor bedoelde gegevens tot de conclusie komt dat het IZZ Basispakket zal eindigen of geëindigd is, deelt hij dit onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mee.

6.3. Opzegging door de verzekeringnemer

- 6.3.1. De verzekeringnemer kan het IZZ Basispakket opzeggen:
- uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar;
 - van een ander die hij heeft verzekerd, als deze verzekerde krachtens een andere zorgverzekering verzekerd wordt. De opzegging gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd of met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens de andere zorgverzekering verzekerd wordt, als die opzegging voorafgaande aan laatstbedoelde dag door Zorgverzekeraar IZZ is ontvangen;
 - in de situaties vermeld in artikel 5.2;
 - als gevolg van beëindiging van het oude dienstverband in verband met het aangaan van een nieuw dienstverband, als de reden van opzegging een overstap betreft van de collectieve verzekeringsovereenkomst van de oude werkgever naar de collectieve verzekeringsovereenkomst van de nieuwe werkgever. De verzekeringnemer kan de zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. In dat geval gaan zowel de opzegging als de inschrijving in op de dag van indiensttreding bij de nieuwe werkgever als dat de eerste dag van de maand is, en zo niet, op de eerste dag van de maand volgend op de datum van indiensttreding.

U kunt jaarlijks per 1 januari uw IZZ Basispakket opzeggen, op voorwaarde dat u dit uiterlijk 31 december kenbaar maakt aan Zorgverzekeraar IZZ. U hebt dan tot 1 februari de tijd om een andere verzekeraar te zoeken, die u met terugwerkende kracht vanaf 1 januari verzekert.

- 6.3.2. De opzeggingsmogelijkheden zoals opgenomen in lid 6.3.1 gelden niet nadat Zorgverzekeraar IZZ de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en incassokosten niet zijn voldaan. Deze uitzondering geldt niet als Zorgverzekeraar IZZ:
- de dekking van het IZZ Basispakket heeft geschorst (zie artikel 3.7), of;
 - binnen twee weken aan de verzekeringnemer te kennen geeft de opzegging te bevestigen.
- 6.3.3. De verzekeringnemer is verplicht bij de opzegging van de verzekeringsovereenkomst aan Zorgverzekeraar IZZ mee te delen wie de nieuwe verzekeraar is.

6.4. Opzegging, ontbinding of schorsing door Zorgverzekeraar IZZ

Zorgverzekeraar IZZ kan het IZZ Basispakket opzeggen, ontbinden of schorsen:

- wegens het niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie zoals vermeld in artikel 3.7;
- bij het opzettelijk niet, niet volledig of onjuist verstrekken van voor de uitvoering van de verzekering relevante inlichtingen of stukken aan Zorgverzekeraar IZZ die tot nadeel voor Zorgverzekeraar IZZ (kunnen) leiden;
- als de verzekeringnemer en/of de verzekerde heeft gehandeld met het opzet Zorgverzekeraar IZZ te misleiden of als Zorgverzekeraar IZZ geen zorgverzekering zou hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. Zorgverzekeraar IZZ kan het IZZ Basispakket in dat geval opzeggen, binnen twee maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang. Zorgverzekeraar IZZ is in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kan de uitkering verminderen. Zorgverzekeraar IZZ kan de op grond daarvan ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

6.5. Gezondheidsrisico

Zorgverzekeraar IZZ kan het IZZ Basispakket niet beëindigen of wijzigen op grond van verzwaring van het gezondheidsrisico, voor zover dat is gelegen in de persoon van de verzekerde.

6.6. Wijze van opzeggen

Zowel de verzekeringnemer als Zorgverzekeraar IZZ kan het IZZ Basispakket slechts schriftelijk opzeggen.

6.7. Bewijs van einde

Als het IZZ Basispakket eindigt, verstrekt Zorgverzekeraar IZZ de verzekeringnemer en, als deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde een bewijs van het einde van het IZZ Basispakket, waarop wordt aangetekend:

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

Artikel 7 | Verplicht eigen risico

7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Iedere verzekerde van achttien jaar en ouder heeft een verplicht eigen risico van € 155,- per kalenderjaar. Voor een verzekerde die in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin de verzekerde 18 jaar wordt. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

7.2. Indexering verplicht eigen risico

Het bedrag van het verplicht eigen risico, genoemd in lid 7.1, wordt jaarlijks geïndexeerd volgens het bepaalde in de Zvw.

7.3. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico

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

- de kosten van huisartsenzorg;
- de kosten van zorg in verband met zwangerschap, bevaling en kraambed;
- de kosten voor mondzorg voor verzekerden jonger dan 22 jaar zoals beschreven in artikel 29.1 met uitzondering van

de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothetische voorzieningen;

- hulpmiddelen in bruikleen. Kosten zoals bezorging en onderhoud tellen wel mee voor het verplicht eigen risico;
- de kosten van door Zorgverzekeraar IZZ in dit kader nader aan te wijzen zorgproducten, zorgproducten of -diensten van voorkeursleveranciers en voorkeursprogramma's. Informatie over deze zorgproducten en -diensten en voorkeursprogramma's kunt u raadplegen via www.izz.nl. Deze informatie is ook telefonisch op te vragen, telefoonnummer: 0900 - 0274 (lokaal tarief);
- eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

De vrijstelling van huisartsenzorg en verloskundige zorg geldt alleen voor de behandelingen door de huisarts, verloskundige of medisch specialist. Deze vrijstelling geldt niet voor de zorg die wordt voorgeschreven, zoals geneesmiddelen en laboratoriumonderzoek.

7.4. Berekeningswijze hoogte verplicht eigen risico

Als het IZZ Basispakket niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar voor die overeenkomst geldende bedrag van het verplicht eigen risico gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover het IZZ Basispakket zal lopen of heeft gelopen, en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar. Dit berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

7.5. Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het te dragen eigen risicobedrag worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen.

Artikel 8 | Vrijwillig eigen risico

8.1. Varianten vrijwillig eigen risico

Een verzekeringsplichtige van 18 jaar en ouder kan kiezen uit de volgende varianten van het IZZ Basispakket met een vrijwillig eigen risico van: € 0,-, € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico, verleent Zorgverzekeraar IZZ voor de varianten van het IZZ Basispakket met een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar een korting op de grondslag van de premie. Het gekozen vrijwillig eigen risico en de eventuele korting staan vermeld op het polisblad.

8.2. Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico

Het vrijwillig eigen risico is van toepassing op de kosten van zorg die ook gelden voor het verplicht eigen risico. Zie artikel 7.3.

8.3. Berekeningswijze hoogte vrijwillig eigen risico

8.3.1. Als het IZZ Basispakket niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar voor die overeenkomst geldende bedrag van het eigen risico gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover het IZZ

Basispakket zal lopen of heeft gelopen, en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar.

- 8.3.2.** In afwijking van lid 8.3.1 wordt het in het kalenderjaar geldende bedrag van het vrijwillig eigen risico als dat gedurende het kalenderjaar wijzigt en de verzekeringnemer onmiddellijk voorafgaande aan die wijziging al een zorgverzekering met een zorgverzekeraar had gesloten, als volgt berekend:
- ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico dat in het desbetreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden, wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat risico gold of zal gelden;
 - de op grond van onderdeel a berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar;
 - de uitkomst van dit bedrag wordt afgerond op hele euro's.
- 8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico**
De verzekerde heeft jaarlijks, per 1 januari, het recht het vrijwillig eigen risicobedrag te wijzigen, op voorwaarde dat de wens daartoe uiterlijk 31 december daaraan voorafgaand schriftelijk aan Zorgverzekeraar IZZ wordt doorgegeven.
- 8.5. Berekening vrijwillig eigen risico**
Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico, worden de kosten van zorg in mindering gebracht op het voor de verzekerde in een bepaald kalenderjaar geldend vrijwillig eigen risico voor zover deze kosten van zorg het bedrag van het verplicht eigen risico als bedoeld in artikel 7, hebben overschreden.
Voor de berekening van het te dragen vrijwillig eigen risicobedrag is dezelfde bepaling van toepassing als genoemd in artikel 7.5.

Artikel 9 | Buitenland

- 9.1. Verzekerde woonachtig in Nederland**
De verzekerde die in Nederland woont, en die tijdelijk verblijft in een ander land, heeft naar keuze aanspraak op:
- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor de verzekerde van toepassing is;
 - vergoeding van de kosten van zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door Zorgverzekeraar IZZ is gecontracteerd;
 - vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door Zorgverzekeraar IZZ gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voor zover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.
- 9.2. Verzekerde woonachtig in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland**
De verzekerde die woont in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, en die tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU-/EER-land of verdragsland, heeft naar keuze aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg als genoemd in artikel 9.1.
- 9.3. Verzekerde woonachtig in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is**
De verzekerde die woont in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, heeft naar keuze aanspraak op:
- vergoeding van de kosten van zorg door een zorginstel-

ling of zorgaanbieder die door Zorgverzekeraar IZZ is gecontracteerd;

- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door Zorgverzekeraar IZZ gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voor zover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.
Dit artikel is ook van toepassing bij tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland.

9.4. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

In alle gevallen geldt dat bij het invoeren van voorzienbare intramurale zorg in een ander land dan het woonland, de verzekerde voorafgaande toestemming van Zorgverzekeraar IZZ nodig heeft. Intramurale zorg als bedoeld in dit artikel is zorg gepaard gaande met verblijf van ten minste één nacht. Deze toestemmingsvereiste is niet van toepassing als er sprake is van medisch noodzakelijke zorg. Medisch noodzakelijke zorg is onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland. Voor het verkrijgen van geneeskundige zorg moet een beroep worden gedaan op de IZZ Alarmcentrale, telefoonnummer +31 (0)70 314 51 65 (= internationaal toegangsnummer).

9.5. Verwijzing en/of machtigingsvereiste

Als bij bepaalde vormen van zorg, naast de voorafgaande toestemming voor het invoeren van zorg zoals aangegeven in artikel 9.4, nog specifiek een verwijzing en/of een machtiging vereist is, dan wordt dit aangegeven in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 11.8).

Artikel 10 | Klachten en geschillen

- 10.1. Klachten en geschillen over de uitvoering van het IZZ Basispakket**
- 10.1.1.** Klachten en geschillen over de uitvoering van het IZZ Basispakket kunnen aan Zorgverzekeraar IZZ worden voorgelegd ter attentie van de afdeling Klachtenmanagement, antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven. Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via onze website www.izz.nl.
De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.
- 10.1.2.** Er is sprake van een geschil als er een verschil van inzicht is naar aanleiding van een door Zorgverzekeraar IZZ genomen, en na heroverweging gehandhaafd besluit over de uitvoering van het IZZ Basispakket, waardoor de verzekeringnemer of verzekerde in zijn belang wordt getroffen. In alle overige gevallen is sprake van een klacht.
- 10.1.3.** Zorgverzekeraar IZZ bepaalt zijn definitieve standpunt of heroverweegt zijn oorspronkelijke beslissing binnen een termijn van 30 dagen. Als de uitkomst niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of de verzekerde is of als Zorgverzekeraar IZZ niet binnen een termijn van 30 dagen reageert, kan de verzekeringnemer of de verzekerde de klacht of het geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl.
Het is in dit geval ook mogelijk dat de verzekeringnemer of de verzekerde de klacht of het geschil voorlegt aan de daartoe bevoegde rechter.
- 10.2. Klachten over formulieren van Zorgverzekeraar IZZ**
- 10.2.1.** Klachten over door Zorgverzekeraar IZZ gehanteerde formulieren kunnen aan Zorgverzekeraar IZZ worden voorgelegd

ter attentie van de afdeling Klachtenmanagement, antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven. Het is ook mogelijk een klachtenformulier te downloaden via www.izz.nl.

- 10.2.2.** Klachten zoals genoemd onder lid 10.2.1 kunnen, nadat zij ter kennisneming zijn gebracht van Zorgverzekeraar IZZ en Zorgverzekeraar IZZ zijn definitieve standpunt daarover kenbaar heeft gemaakt of binnen een termijn van 30 dagen na het indienen van de klacht niet heeft gereageerd, door de verzekeringnemer of de verzekerde worden voorgelegd aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: informatielijn@nza.nl. Een dergelijke klacht heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de verzekeringnemer of verzekerde overbodig of te ingewikkeld zijn. Uitspraak van de NZa strekt de verzekeringnemer, verzekerde, zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar tot bindend advies. Op de website van de NZa, www.nza.nl, is aangegeven op welke manier een klacht over formulieren kan worden ingediend.

Artikel 11 | Verzekerde prestaties

11.1. Aanspraak

De verzekerde heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, alsmede desgevraagd op activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg.

De afdeling Zorgadvies en bemiddeling adviseert u in welke instelling (bijvoorbeeld ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum) of bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag het beste terecht kunt. Ook als u te maken hebt met onacceptabel lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en bemiddeling. De afdeling Zorgadvies en bemiddeling kunt u telefonisch via 0900 - 0274 (lokaal tarief) bereiken of via www.izz.nl/zorgbemiddeling.

11.2. Door wie mag de zorg worden verleend

De verzekerde heeft vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan.

11.3. Hoogte vergoeding van de kosten van zorg verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder

Als de verzekerde gebruik maakt van zorg die door een door Zorgverzekeraar IZZ gecontracteerde zorgaanbieder wordt geleverd, dan zijn met de betreffende zorgaanbieders tarieven afgesproken die naar Nederlandse marktomstandigheden passend te achten zijn, zodat daarvoor geen bedragen in mindering gebracht behoeven te worden. Een overzicht van de door Zorgverzekeraar IZZ gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen via www.izz.nl. Informatie over welke zorgaanbieder gecontracteerd is door Zorgverzekeraar IZZ is ook telefonisch op te vragen, telefoonnummer: 0900 - 0274 (lokaal tarief). Daar waar sprake is van voorkeursleveranciers wordt dit in het betreffende zorgartikel aangegeven.

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

11.4. Hoogte vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Als de verzekerde gebruik maakt van zorg die geleverd wordt door een zorgaanbieder met wie Zorgverzekeraar IZZ geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voor zover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

11.5. Hoe aanspraak te maken op vergoeding

De kosten worden vergoed als de verzekerde een originele nota overlegt en aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan. Op de vergoeding worden een eigen risico en een eventuele, krachtens wet vastgestelde eigen bijdrage in mindering gebracht. Verder worden op de vergoeding ook in mindering gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten.

11.6. Rechtstreekse betaling

Zorgverzekeraar IZZ heeft het recht om de kosten van zorg, op vergoeding waarvan de verzekerde op grond van artikel 11.3 en 11.4 ten aanzien van Zorgverzekeraar IZZ aanspraak kan maken, rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder, die de zorg heeft verleend. Hiermee vervalt de aanspraak van de verzekerde op vergoeding.

11.7. Verrekening van kosten

Als Zorgverzekeraar IZZ rechtstreeks aan zorgaanbieders kosten van zorg betaalt, en deze kosten vallen onder een eigen risico of de kosten van zorg komen anderszins voor rekening van de verzekeringnemer op grond van deze verzekeringsvoorwaarden, is de verzekerde de kosten verschuldigd aan Zorgverzekeraar IZZ. Zorgverzekeraar IZZ brengt deze kosten in rekening bij de verzekeringnemer, die zich verplicht tot betaling. Onverminderd de algemene verrekeningsbevoegdheid van Zorgverzekeraar IZZ kan deze de hiervoor genoemde kosten verrekenen met de aan de verzekeringnemer of verzekerde verschuldigde bedragen.

11.8. Machtigingsprocedure

Als bij bepaalde vormen van zorg een verwijzing en/of een machtiging vereist is, dan wordt dit aangegeven in het betreffende zorgartikel.

Als de verzekerde aanspraak maakt op zorg door een door Zorgverzekeraar IZZ gecontracteerde zorgaanbieder en er is voor de betreffende zorgvorm een machtiging vereist, dan zal de betreffende zorgaanbieder namens de verzekerde zorgdragen voor de machtigingsaanvraag. Dit gebeurt volgens een protocol dat onderdeel is van de overeenkomst tussen Zorgverzekeraar IZZ en de betreffende zorgaanbieder.

Als de verzekerde aanspraak maakt op zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder en er is voor de betreffende zorgvorm een machtiging vereist, dan dient de verzekerde zorg te dragen voor de machtigingsaanvraag.

Een verwijzing en/of machtiging is niet noodzakelijk als er sprake is van medisch noodzakelijke zorg. Medisch noodzakelijke zorg is spoedeisende zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

11.9. Uitsluitingen

Er bestaat geen aanspraak op:

- 11.9.1.** vergoeding van de kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden als en voor zover de verzekerde niet op de zorgvorm naar inhoud en

omvang redelijkerwijs is aangewezen, en/of hierbij geen rekening wordt gehouden met de eisen van doelmatigheid en doeltreffendheid;

- 11.9.2. vergoeding van de kosten van zorg, als de inhoud en omvang van de vormen van zorg niet voldoen aan de maatstaven die mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg;
- 11.9.3. vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van Zorgverzekeraar IZZ door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- 11.9.4. vergoeding van kosten die bestaan uit eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van de zorgverzekering of de AWBZ, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- 11.9.5. vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van het handelen of nalaten van Zorgverzekeraar IZZ;
- 11.9.6. vergoeding van de kosten van zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht.

II. Dekkings- en prestatiewijze

Geneeskundige zorg

Artikel 12 | Huisartsenzorg

Omschrijving:

1. vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorende laboratoriumonderzoek. Hieronder wordt ook verstaan gezondheidsadvisering;
2. vergoeding van de kosten van medisch-specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundig domein, waarover Zorgverzekeraar IZZ en de huisarts afspraken hebben gemaakt.

Door:

huisarts of derden die medisch bevoegd zijn, onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts zoals een doktersassistente, maatschappelijk werker, nurse practitioner of praktijkondersteuner. De onder omschrijving, punt 1 genoemde gezondheidsadvisering mag ook plaatsvinden door de gezondheidslijn GezondIZZ.

Bijzonderheden:

de gezondheidslijn GezondIZZ is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar voor gezondheidsadvisering, telefoonnummer: 0900 - 499 49 99 (€ 0,10/min). Zie ook www.izz.nl.

Artikel 13 | Verloskundige zorg en kraamzorg

13.1. Verloskundige zorg

Omschrijving:

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

Deze zorg omvat ook:

- voor alle zwangere vrouwen de counseling. In de counseling wordt informatie gegeven over inhoud en reikwijdte van prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, om zo weloverwogen een besluit te nemen om al of niet deze screening te ondergaan. Het gaat dan met name om het structureel echoscopisch onderzoek (SEO; tweede trimester) en om de combinatietest;
- voor alle zwangeren het structurele echoscopische onderzoek (SEO) in het tweede trimester van de zwangerschap;
- voor alle zwangere vrouwen van 36 jaar en ouder de combinatie-test (nekplooiemeting en serumtest);
- voor zwangere vrouwen jonger dan 36 jaar de combinatietest als er een medische indicatie bestaat.

Door:

verloskundige, huisarts die bijgeschoold is en zich specifiek heeft toegelegd op fysiologische verloskunde of medisch specialist. Het structureel echoscopisch onderzoek (SEO) en de combinatietest mogen alleen uitgevoerd worden door een zorgaanbieder die een vergunning heeft of een samenwerkingsafpraak heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening dat over een vergunning beschikt krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO). Zodra er sprake is van een medische indicatie is er geen vergunning nodig om het onderzoek uit te voeren.

In de meeste gevallen vindt de counseling zoals onder omschrijving beschreven plaats door de verloskundige, huisarts of medisch specialist die de verloskundige zorg biedt.

13.2. Kraamzorg

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van verzorging zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling gedurende ten hoogste 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

Door:

kraamverzorgende verbonden aan een kraamcentrum, kraamzorghotel of ziekenhuis.

Eigen bijdrage:

in de Regeling zorgverzekering is bepaald dat:

- er een eigen bijdrage verschuldigd is voor kraamzorg tijdens en na een thuisbevalling, kraamzorg thuis na een bevalling in het ziekenhuis of bij verblijf in een kraamzorghotel van € 3,80 per uur kraamzorg. Voor verblijf in een kraamzorghotel wordt voor de berekening van de eigen bijdrage ten hoogste 8 uur per dag gerekend;
- als de bevalling in een ziekenhuis plaatsvindt, zonder dat dit medisch noodzakelijk is, er een eigen bijdrage verschuldigd is voor kraamzorg voor zowel de moeder als het kind van € 15,- per dag. Dit bedrag wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 108,- per dag te boven gaat.

Bijzonderheden:

1. het aantal te realiseren zorguren wordt vastgesteld aan de hand van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg, waarbij aanspraak bestaat op ten minste 24 uur tot ten hoogste 80 uur, verdeeld over ten hoogste 10 dagen. Dit protocol is te raadplegen via www.izz.nl en is op aanvraag verkrijgbaar via 0900 - 0274 (lokaal tarief);
2. voor iedere dag ziekenhuisopname waarin kraamzorg al gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, wordt het gemiddelde aantal uren kraamzorg (dit is het aantal geïndiceerde uren kraamzorg verdeeld over 10 dagen) per dag in mindering gebracht;
3. als er bij combinatievormen van zorg door meerdere zorginstellingen (bijvoorbeeld ziekenhuis en kraamcentrum) voor dezelfde dag kosten in rekening worden gebracht, dan bestaat ook aanspraak op vergoeding van de kosten van deze dubbele dag volgens bovengenoemde regeling;
4. aanmelding voor kraamzorg bij de zorgverzekeraar via www.izz.nl of IZZ Kraamzorg, telefoonnummer: 0900 - 222 32 42 (€ 0,10/min) dient uiterlijk vijf maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum plaats te vinden.

Artikel 14 | Medisch specialistische zorg

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. Onder medisch specialistische zorg is ook begrepen:

- zorg door een trombosedienst;
- second opinion door een medisch specialist;
- niet-klinische haemodialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij de verzekerde thuis;
- chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur;
- materialen die er toe bijdragen dat de medisch specialist geneeskundige zorg verleent, zoals genees-, verband- of hulpmiddelen.

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van:

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

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

Door:

medisch specialist.

Verwijzing door:

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

Machtiging:

ja.

Bijzonderheden:

1. onder de in dit artikel bedoelde zorg wordt ook verstaan verpleging, zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat deze gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg. De hiervoor beschreven zorg omvat niet verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg;
2. de apparatuur en toebehoren waarmee de verzekerde de stollingstijd van zijn bloed kan meten valt onder hulpmiddelenzorg. De aanspraak is geregeld in artikel 33, Hulpmiddelenzorg;
3. de voor de niet-klinische haemodialyse benodigde apparatuur valt onder hulpmiddelenzorg. De aanspraak op vergoeding van de kosten van hulpmiddelenzorg is geregeld in artikel 33, Hulpmiddelenzorg;
4. bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, worden uitgezonderd;
5. voor de aanspraak op vergoeding van de kosten van:
 - medisch specialistische zorg die wordt verricht door een huisarts, zie artikel 12, Huisartsenzorg;
 - zorg zoals psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen die plegen te bieden, zie artikel 23, Specialistische GGZ;
 - mondzorg die verleend wordt door een kaakchirurg zie artikel 29, Tandheekkundige zorg en 30, Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 22 jaar en ouder.

Artikel 15 | Revalidatie

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 12 (Huisartsenzorg) en artikel 14 (Medisch specialistische zorg), omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangevoerd ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;
- de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven zijn beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Door:

multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 16 | Erfelijkheidsonderzoek

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij erfelijkheidsonderzoek: 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. Als dit noodzakelijk is voor het advies aan de verzekerde zal het onderzoek ook omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde. Aan hen kan dan ook adviesing plaatsvinden.

Door:

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

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

Artikel 17 | In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

17.1. In-vitrofertilisatie (IVF)

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat in geval van in-vitrofertilisatie (IVF) ten hoogste de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap.

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

- a. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- b. het afnemen van eicellen (punctie);
- c. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- d. het een of meer keren implanteren van een of twee embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.

Door:

gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling.

Verwijzing door:

gynaecoloog of uroloog.

Bijzonderheden:

1. een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) en een IVF-behandeling, al dan niet met gebruikmaking van eiceldonatie, worden gelijkgesteld aan een IVF-poging. De kosten van de eiceldonatie behoren niet tot de aanspraak;
2. onder een gerealiseerde zwangerschap, wordt een voortgaande zwangerschap verstaan. Dat is een zwangerschap van ten minste 12 weken gemeten vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie;
3. voor de aanspraak op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen die verband houden met de eerste, tweede en derde poging in-vitrofertilisatie (IVF), zie artikel 31, Geneesmiddelen.

17.2. Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij overige fertiliteitsbevorderende behandelingen: behandelingen in verband met operatieve ingrepen en kunstmatige inseminatie.

Door:

gynaecoloog of uroloog.

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

Bijzonderheden:

voor de aanspraak op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen die dienen ter bevordering van de vruchtbaarheid, zie artikel 31, Geneesmiddelen.

Artikel 18 | Audiologische zorg

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij audiologische zorg, zorg in verband met:

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

Door:

multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een audiologisch centrum, onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Bijzonderheden:

de aanspraak op vergoeding van de kosten van gehoorapparatuur is geregeld in artikel 33, Hulpmiddelenzorg.

Artikel 19 | Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, uitsluitend als deze strekt tot correctie van:

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

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van:

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

Door:
medisch specialist.

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

Machtiging:
ja, met toelichting van de behandelend medisch specialist.

Artikel 20 | Transplantatie van weefsels en organen

Omschrijving:
vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) in verband met transplantatie van weefsels en organen, omvat uitsluitend:

1. beenmergtransplantatie;
2. bottransplantatie;
3. hoornvliestransplantatie;
4. huidweefseltransplantatie;
5. niertransplantatie;
6. harttransplantatie;
7. levertransplantatie, gepaard gaande met verwijdering van de eigen lever van de ontvanger;
8. longtransplantatie;
9. hartlongtransplantatie;
10. nierpancreastransplantatie.

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

- a. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- b. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c. het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- d. de in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde zorg aan de donor, gedurende ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die opnemings;
- e. het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, als dit medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opnemings en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld onder d;
- f. het vervoer van en naar Nederland, gemaakt door een in het buitenland woonachtige donor, in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland, met uitzondering van de verblijfskosten in Nederland en gedeerde inkomsten.

Door:
medisch specialist.

Artikel 21 | Dyslexiezorg

Omschrijving:
vergoeding van de kosten van zorg in verband met ernstige dyslexie aan kinderen bij wie de zorg op zeven- of achtjarige leeftijd begint, en die basisonderwijs volgen. Onder deze zorg wordt verstaan het diagnosticeren en behandelen van deze kinderen met ernstige dyslexie volgens het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling. Dit protocol is een leidraad voor het diagnosticeren, indiceren

en behandelen van cliënten met ernstige dyslexie met als doel het beschrijven van de optimale zorg voor cliënten met ernstige dyslexie, gebaseerd op de huidige wetenschappelijke, beroepsinhoudelijke en maatschappelijke inzichten.

Door:
kinderpsycholoog, jeugdpsycholoog, orthopedagoog generalist of gezondheidszorgpsycholoog die werkt in een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een gezondheidszorgpsycholoog.

Verwijzing door:
leerkracht, remedial teacher, logopedist of andere leesspecialist verbonden aan de basisschool van het kind, met daarbij een onderwijskundig rapport waarin staat dat het kind 3 tot 6 maanden schoolse hulp heeft gehad voor dyslexie en een toelichting waarin aangegeven wordt dat op basis van het Protocol Leesproblemen en Dyslexie is vastgesteld dat verdere diagnostiek noodzakelijk is. Het Protocol Leesproblemen en Dyslexie is een handreiking voor leerkrachten, remedial teachers, logopedisten en andere leesspecialisten van de groepen 1 tot en met 4. Doel van dit protocol is een zo goed mogelijke begeleiding van leerlingen met (dreigende) leesproblemen.

Machtiging:
ja.

Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Artikel 22 | Eerstelijnspsychologische zorg, niet-specialistische GGZ

Omschrijving:
vergoeding van de kosten van eerstelijnspsychologische zorg zoals klinisch psychologen deze plegen te bieden, tot ten hoogste acht zittingen per kalenderjaar. Onder eerstelijnspsychologische zorg wordt verstaan diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische aandoeningen/stoornissen.

Door:
Gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijnspsycholoog. Eerstelijnspsychologische zorg zoals beschreven in dit artikel voor verzekerde jonger dan 18 jaar mag ook worden verleend door een kinderpsycholoog, jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist.

Eigen bijdrage:
€ 10,- per zitting volgens de Regeling zorgverzekering.

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

Voorbeelden:

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

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

Bijzonderheden:

vergoeding van de kosten van psychologisch onderzoek, diagnostiek en behandeling van complexe psychische aandoeningen/stoornissen vallen niet onder deze aanspraak, zie artikel 23, Specialistische GGZ.

Artikel 23 | Specialistische GGZ**Omschrijving:**

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

Door:

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

Verwijzing door:

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

Artikel 24 | Persoonsgebonden budget (PGB) GGZ**Omschrijving:**

voor de zorg zoals opgenomen in artikel 22 en 23, die gericht is op herstel van een psychische aandoening, kan desgevraagd aanspraak worden gemaakt op een persoonsgebonden budget, met inachtneming van de voorwaarden zoals opgenomen in het Reglement persoonsgebonden budget GGZ IZZ. Dit persoonsgebonden budget GGZ komt in de plaats van de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg.

Er bestaat geen aanspraak op een persoonsgebonden budget GGZ als de betreffende zorg wordt verleend ten tijde van het verblijf als bedoeld in artikel 34, Verblijf.

Door:

1. eerstelijnspsychologische zorg zoals opgenomen in artikel 22: gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog, gedrags-therapeut, cognitief therapeut, verslavingsarts en seksuoloog. Eerstelijnspsychologische zorg zoals beschreven in dit artikel voor verzekerden jonger dan 18 jaar mag ook worden verleend door een kinderpsycholoog, jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generaal;
2. specialistische zorg zoals opgenomen in artikel 23: psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog, psychotherapeut en GGZ-instelling.

Eigen bijdrage:

voor eerstelijnspsychologische zorg zoals opgenomen in artikel 22 geldt een eigen bijdrage van € 10,- per zitting volgens de Regeling zorgverzekering.

Verwijzing door:

afhankelijk van de aard van de zorg gelden dezelfde verwijzingsseisen zoals opgenomen in artikel 22 en 23.

Machtiging:

ja, met toelichting van de behandelend huisarts, psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog of psychotherapeut waarin ten minste is aangegeven of verwijzing plaatsvindt voor eerstelijnspsychologische zorg of specialistische GGZ.

Paramedische zorg**Artikel 25 | Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck****Omschrijving:**

vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden:

1. voor verzekerden jonger dan 18 jaar:
 - ter behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden;
 - ter behandeling van aandoeningen die niet vallen onder de in dit artikel opgenomen omschrijving, punt 1, tot ten hoogste 9 behandelingen van dezelfde aandoening per kalenderjaar. Bij ontoereikend resultaat kan deze zorg worden verlengd met ten hoogste 9 behandelingen;
2. voor verzekerden van 18 jaar en ouder:
 - zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat niet de eerste 9 behandelingen.

Onder de in dit artikel genoemde zorg wordt ook oedeemtherapie verstaan.

Door:

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

Verwijzing door:

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

Machtiging:

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

Bijzonderheden:

met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld:

- zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek;
- sportmassage;
- arbeids- en bezigheidstherapie;
- arbocuratieve of reïntegratietrajecten;
- behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

Artikel 26 | Logopedie**Omschrijving:**

vergoeding van de kosten van zorg zoals logopedisten deze plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.

Door:

logopedist of logopedist gespecialiseerd in afasie, preverbaal, stotteren en De Hanen Oudercurus. Specifieke stottertherapie mag ook worden verleend door een stottertherapeut.

Verwijzing door:

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

Bijzonderheden:

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

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

Artikel 27 | Ergotherapie**Omschrijving:**

vergoeding van de kosten van zorg zoals ergotherapeuten deze plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg ten doel heeft de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen, tot ten hoogste 10 behandelingen per kalenderjaar.

Door:

ergotherapeut.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 28 | Dieetadvisering**Omschrijving:**

vergoeding van de kosten van voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden, tot ten hoogste 4 behandelingen per kalenderjaar.

Door:

diëtist.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts, tandarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Mondzorg**Artikel 29 | Tandheelkundige zorg****29.1. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 22 jaar****Omschrijving:**

vergoeding van de kosten van zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. De zorg omvat de volgende verrichtingen/behandelingen:

1. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per kalenderjaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per kalenderjaar op die hulp is aangewezen;
2. incidenteel tandheelkundig consult;
3. het verwijderen van tandsteen;
4. fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per kalenderjaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per kalenderjaar op die hulp is aangewezen;
5. sealing;
6. parodontale hulp;
7. anesthesie;
8. endodontische hulp;
9. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
10. gnathologische hulp;
11. uitneembare prothetische voorzieningen;

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

Door:

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

Machtiging:

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

29.2. Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen**Omschrijving:**

vergoeding van de kosten van zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

1. als de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die die hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
2. als de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die die hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan, of;
3. als een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die die hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

De zorg zoals genoemd in dit artikel onder omschrijving, punt 1, omvat ook het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Orthodontische hulp is slechts begrepen onder de zorg zoals genoemd in dit artikel onder omschrijving, punt 1 tot en met 3, in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Door:

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

Eigen bijdrage:

volgens de Regeling zorgverzekering is de volgende eigen bijdrage vastgesteld:

1. voor de zorg die omschreven is onder omschrijving, punt 1 en de zorg omschreven onder omschrijving, punt 2 als die wordt verleend vanwege extreme angst voor mondzorg, betaalt de verzekerde van 22 jaar en ouder een bijdrage ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht voor zodanige prestaties als er geen aanspraak zou bestaan op dit artikel. De eigen bijdrage geldt alleen voor de zorg die bestaat uit preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale

hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen of uitneembare niet-volledige prothetische voorzieningen;

2. als de zorg die omschreven is onder eigen bijdrage, punt 1, een uitneembare volledige prothetische voorziening of een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten betreft, betaalt de verzekerde een eigen bijdrage van € 125,- per kaak.

Verwijzing door:

tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Machtiging:

ja.

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

Omschrijving:

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

Door:

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

Verwijzing door:

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

Artikel 30 | Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 22 jaar en ouder

Omschrijving:

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

Door:

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

Eigen bijdrage:

25% van de kosten volgens de Regeling zorgverzekering.

Machtiging:

nee, tenzij:

1. de totale kosten van de prothetische voorziening, vervaardigd en geplaatst door:
 - 1.1. een tandarts of kaakchirurg, inclusief techniekkosten, meer dan € 560,- per boven- of onderprothese (tandartscode P21/P25 en P00) bedragen, dan wel € 900,- voor boven- en onderkaak (tandartscode P30 en P00) gelijktijdig;

- 1.2. een tandprotheticus, inclusief techniekkosten, meer dan € 420,- per boven- of onderprothese (tandartscode P21/P25 en P00) bedragen, dan wel € 675,- voor boven- en onderkaak (tandartscode P30 en P00) gelijktijdig;

2. de volledige vervangingsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen.

Bijzonderheden:

de aanspraak op vergoeding van de kosten van een uitneembare volledige prothetische voorziening of een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, als onderdeel van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, is opgenomen in artikel 29.2, Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen.

Farmaceutische zorg

Artikel 31 | Geneesmiddelen

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van terhandstelling van:

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

Per voorschrift heeft de verzekerde aanspraak op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen voor een periode zoals vastgesteld in het Reglement farmaceutische zorg IZZ.

Ter hand gesteld door:

apotheker of apothekhoudend huisarts.

Eigen bijdrage:

het kan zijn dat er een eigen bijdrage geldt volgens de Regeling zorgverzekering.

Voorschrift:

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

Machtiging:

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

Bijzonderheden:

1. de aanwijzing van de onder de omschrijving, punt 1 genoemde geneesmiddelen door Zorgverzekeraar IZZ geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. Een overzicht van de door Zorgverzekeraar IZZ aangewezen geneesmiddelen is opgenomen in het Reglement farmaceutische zorg IZZ;
2. farmaceutische zorg omvat geen:
 - farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
 - geneesmiddelen ingeval van ziekterisico bij reizen;
 - geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
 - geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet.

Artikel 32 | Dieetpreparaten

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. Aanspraak op vergoeding van de kosten van deze dieetpreparaten bestaat als er sprake is van:

- a. een ernstige slik-, passage- of resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, een ernstige stofwisselingsstoornis, of;
- b. een dreigende ernstige ondervoeding door:
 - een chronisch obstructief longlijden, of;
 - een cystische fibrose, of;
 - een ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand.

Ter hand gesteld door:

voorkeursleveranciers Sorgente in Houten (voor alle dieetvoeding) of Tefa Portanje B.V. in Woerden (voor sondevoeding), apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Telefoonnummer Sorgente: (030) 634 62 62.

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

Voorschrift:

diëtist, huisarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging:

ja.

Hulpmiddelenzorg

Artikel 33 | Hulpmiddelen en verbandmiddelen

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van bij Regeling zorgverzekering als bedoeld in artikel 2.9 van het Besluit zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen. Daarbij kan worden geregeld in welke gevallen de verzekerde aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van die zorg.

In uitzondering op de vergoeding van de kosten (restitutie) verstrekt Zorgverzekeraar IZZ in bepaalde gevallen hulpmiddelen in bruikleen. In het Reglement hulpmiddelen IZZ is opgenomen welke hulpmiddelen Zorgverzekeraar IZZ in bruikleen verstrekt.

Voor de in de Regeling zorgverzekering genoemde hulpmiddelen ter compensatie van een ernstige visuele beperking kan in plaats van de verstrekking van de betreffende hulpmiddelen aanspraak worden gemaakt op een persoonsgebonden budget waarbij in de aanschaf van de betreffende hulpmiddelen kan worden voorzien, met inachtneming van de voorwaarden zoals opgenomen in het Reglement hulpmiddelen IZZ.

Door:

zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen IZZ.

Eigen bijdrage:

voor de hulpmiddelen waarvoor een eigen bijdrage of maximumvergoeding geldt volgens de genoemde Regeling zorgverzekering, is het bedrag opgenomen in het Reglement hulpmiddelen IZZ.

Voorschrift:

zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen IZZ.

Machtiging:

zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen IZZ.

Bijzonderheden:

1. de kosten van normaal gebruik zijn voor rekening van de verzekerde, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald;
2. geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van herstel van schade aan het hulpmiddel als gevolg van toerekenbare nachtzzaamheid of opzet van de verzekerde.

Verblijf in een instelling

Artikel 34 | Verblijf

Omschrijving:

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

Waar:

in een ziekenhuis, een psychiatrisch ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, revalidatie-instelling of zorghotel.

Voorschrift:

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

Bijzonderheden:

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

Ziekenvervoer

Artikel 35 | Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer

Omschrijving:

1. vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis:
 - a. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
 - b. naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zal gaan verblijven;
 - c. vanuit een instelling, bedoeld in dit artikel onder omschrijving punt 1b, naar:
 - een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
 - een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering wordt verstrekt;
 - d. naar zijn woning of een andere woning, als hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen als hij van een van de personen of instelling komt, bedoeld in dit artikel onder omschrijving punt 1a, b of c;
2. vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer omvat ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een persoon, instelling of woning, als bedoeld onder punt 1. Deze aanspraak bestaat uitsluitend ingeval van de volgende situaties:
 - a. de verzekerde moet nierdialyses ondergaan;
 - b. de verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;
 - c. de verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;
 - d. het gezichtsvermogen van de verzekerde is zodanig beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen;

e. de verzekerde is in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule).

U kunt onder andere in aanmerking komen voor de hardheidsclausule als de uitkomst van de rekensom 'aantal aaneengesloten maanden dat vervoer noodzakelijk is X aantal maal per week X aantal km enkele reis' groter of gelijk is aan 250.

Voorbeeld:

5 maanden X 2 maal per week X 25 km enkele reis = 250.

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

Als het vervoer zoals hiervoor aangegeven, vervoer met een particuliere auto betreft, bedraagt de vergoeding € 0,28 per kilometer volgens de Regeling zorgverzekering.

Door:

1. ambulancevervoer: vergunninghoudende ambulancevervoerder;
2. zittend ziekenvervoer: taxivervoerder, openbaar vervoerder, verzekerde of mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving).

Eigen bijdrage:

ten hoogste € 89,- per kalenderjaar volgens de Regeling zorgverzekering.

Een bijdrage is niet verschuldigd:

- a. voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van het IZZ Basispakket of de bijzondere ziektekostenverzekering is opgenomen, naar een andere instelling waarin de verzekerde ten laste van het IZZ Basispakket of de bijzondere ziektekostenverzekering wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat;
- b. voor vervoer van een instelling als bedoeld onder punt a naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling ten laste van het IZZ Basispakket waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling;
- c. voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering is opgenomen, naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering, waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling.

Voorschrift:

huisarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg. Voorschrift is niet noodzakelijk voor ambulancevervoer in spoedgevallen.

Machtiging:

ja.

Bijzonderheden:

1. als Zorgverzekeraar IZZ toestemming geeft dat een verzekerde zich wendt tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet;

2. in gevallen waarin ziekenvervoer per ambulance, auto of een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kan Zorgverzekeraar IZZ toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door Zorgverzekeraar IZZ aan te geven vervoermiddel.

Zorgbemiddeling

Artikel 36 | Zorg- en wachtlijstbemiddeling

Omschrijving:

aanspraak op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens het IZZ Basispakket. Als er sprake is van een niet aanvaardbare lange wachttijd kan de verzekerde een beroep doen op de afdeling Zorgadvies en bemiddeling van Zorgverzekeraar IZZ. De verzekerde kan ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Zorgverzekeraar IZZ bekijkt samen met de verzekerde welke mogelijkheden er zijn.

Deel 2

Aanvullende verzekeringen

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1 | Begripsomschrijvingen

In de hierna volgende verzekeringsvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen IZZ wordt verstaan onder:

1. **Aanvullende verzekeringen:** de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekeringen, die als aanvulling op het IZZ Basispakket gesloten worden.
2. **Adem- en ontspanningstherapeut:** degene die in het bezit is van het certificaat Adem- en Ontspanningstherapie, methode Van Dixhoorn en is aangesloten bij de Van Dixhoorn Vereniging voor AOT (VDV).
3. **Ambulancevervoer:** het vervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid van de Wet ambulancevervoer van zieken en gewonden per ambulance.
4. **Apotheekhoudend huisarts:** een huisarts aan wie krachtens artikel 61, tiende of elfde lid, van de Geneesmiddelenwet vergunning is verleend om geneesmiddelen ter hand te stellen aan de op zijn naam ingeschreven verzekerden.
5. **Apotheker:** degene die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, bedoeld in artikel 61, vijfde lid, van de Geneesmiddelenwet.
6. **Arts:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
7. **AWBZ:** de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
8. **Bedrijfsarts:** een arts die als bedrijfsarts geregistreerd staat in het Register van erkende Sociaal Geneeskundigen dat wordt bijgehouden door de Sociaal-Geneskundige Registratie Commissie (SGRC) van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, eventueel in dienst van een gecertificeerde Arbodienst, en met wie of waarmee Zorgverzekeraar IZZ een overeenkomst heeft gesloten.
9. **Bekkenfysiotherapeut:** een fysiotherapeut die als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
10. **Besluit zorgverzekering:** Besluit van 28 juni 2005, inclusief alle wijzigingen tot 1 januari 2009, houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in de artikelen 11, 20, 22, 32, 34 en 89 van de Zww.
11. **Besnijdeniscentrum:** een centrum dat zich heeft toegelegd op het verrichten van circumcisies, en waarmee Zorgverzekeraar IZZ een overeenkomst heeft gesloten.
12. **Coöperatie:** de Coöperatie VGZ-IZA-Trias-Groep U.A. is onderdeel van Univé-VGZ-IZA-Trias.
13. **Craniosacraaltherapeut:** degene die als zodanig is ingeschreven in het Register Craniosacraal Therapie Nederland (RCN) of lid is van de Nederlandse Cranio-Sacraalvereniging (NCSV).
14. **Diagnose Behandeling Combinatie (DBC):** een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medische specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 365 dagen.
15. **Diëtist:** degene die op grond van artikel 2 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel diëtist en met wie Zorgverzekeraar IZZ een overeenkomst heeft gesloten.
16. **Eerstelijnspsycholoog:** een gezondheidszorgpsycholoog die als eerstelijnspsycholoog is ingeschreven in het Register van eerstelijnspsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
17. **Ergotherapeut:** degene die op grond van artikel 6 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel ergotherapeut.
18. **Europese Unie en EER-lidstaat:** hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. Ook worden hieronder verstaan de EER-landen (lidstaten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte): Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.
19. **Fraude:** het plegen of trachten te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, verzwijging van feiten die voor de uitvoering van de verzekering van belang kunnen zijn, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties, en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.
20. **Fysiotherapeut:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt ook verstaan een heilgymnast-masseur volgens artikel 108 van de Wet BIG.
21. **Geneesmiddelen:** de in artikel 2.8, eerste lid, aanhef en onder a en b van het Besluit zorgverzekering bedoelde geneesmiddelen.
22. **Geriatrisch fysiotherapeut:** een fysiotherapeut die als geriatrisch fysiotherapeut is ingeschreven in het Register van Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Genootschap voor Fysiotherapie.
23. **Gezondheidszorgpsycholoog:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
24. **GGD:** de Gemeentelijke Gezondheidsdienst.
25. **GGZ:** Geneeskundige Geestelijke gezondheidszorg.
26. **GGZ-instellingen:** instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren, en als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).
27. **Haptotherapeut:** degene die als zodanig lid is van de Vereniging van Haptotherapeuten (VVH).

- 28. Huidtherapeut:** degene die op grond van artikel 2 van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel huidtherapeut.
- 29. Huisarts:** een arts die als huisarts is ingeschreven in het register van de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
- 30. Instelling:**
1. een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
 2. een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.
- 31. IZZ Basispakket:** een tussen Zorgverzekeraar IZZ en de verzekeringnemer ten behoeve van een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering.
- 32. Jeugdpsycholoog:** degene die als jeugdpsycholoog is ingeschreven in het Register van jeugdpsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
- 33. Kaakchirurg:** een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- 34. Kinderen:** eigen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen, jonger dan 30 jaar, op voorwaarde dat aanspraak bestaat op kinderbijslag, een uitkering uit hoofde van de Wet studiefinanciering 2000, een uitkering op grond van de Wet tegemoetkoming onderwijsbijdrage en schoolkosten (WTOS) of op persoonsgebonden aftrek wegens uitgaven voor levensonderhoud van kinderen volgens artikel 6.1 en afdeling 6.4 van de Wet inkomstenbelasting 2001, jo. artikel 35 en 36 van de Uitvoeringsregeling inkomstenbelasting 2001. Bij huwelijk, geregistreerd partnerschap of duurzaam samenwonen van een kind is betrokkene niet meer als kind aan te merken volgens de begripsomschrijving van deze verzekeringsvoorwaarden.
- 35. Kinderfysiotherapeut:** een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
- 36. Kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck:** een oefentherapeut die als kinderoefentherapeut is ingeschreven in het Register van Verbijzonderde oefentherapeuten Cesar/Mensendieck.
- 37. Kinderpsycholoog:** degene die als kinderpsycholoog is ingeschreven in het Register van kinderpsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
- 38. Klinisch psycholoog:** een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.
- 39. Kraamcentrum:** een als zodanig toegelaten instelling volgens de bij of krachtens wet gestelde regels, alsmede de door Zorgverzekeraar IZZ als zodanig erkende instelling waarmee Zorgverzekeraar IZZ een overeenkomst heeft gesloten.
- 40. Kraamverzorgende:** een gediplomeerde kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.
- 41. Lactatiekundige:** een lactatiekundige met het internationale diploma International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC), die is ingeschreven bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).
- 42. Machtiging:** een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens Zorgverzekeraar IZZ wordt verstrekt voor de verzekerde, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.
- 43. Manueel therapeut:** een fysiotherapeut die als manueel therapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of aangesloten is bij de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT), of als manueel therapeut E.S.[®] is aangesloten bij de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT).
- 44. Medisch specialist:** een arts die als medisch specialist is ingeschreven in een van de registers ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
- 45. Mondhygiënist:** degene die op grond van artikel 14 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel mondhygiënist.
- 46. NZa:** Nederlandse Zorgautoriteit als bedoeld in de Wet marktordening gezondheidszorg.
- 47. Oedeemtherapeut:** een fysiotherapeut die als oedeemtherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
- 48. Oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck:** degene die op grond van artikel 18 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel oefentherapeut.
- 49. Orthodontist:** een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- 50. Orthomanueel arts:** een arts die lid is van de Nederlandse Vereniging van artsen voor OrthoManuele Geneeskunde (NVOMG) of is ingeschreven in het Register OrthoManuele Geneeskunde (ROMG).
- 51. Orthopedagoog-Generalist:** degene die als zodanig is ingeschreven in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).
- 52. Overgangsconsulente:** een verpleegkundige die de specialistische opleiding gevolgd heeft tot overgangsconsulente bij de organisatie Care for Women of die aangesloten is bij de overgangspraktijk Women's life.
- 53. Pedicure:** een pedicure met aantekening 'Diabetesvoet' die in het bezit is van een geldig certificaat Voetverzorging bij Diabetici van het Kennis- en Ontwikkelingscentrum Uiterlijke Verzorging (KOC) of Diabetische Voet van de Nederlandse Organisatie Huid en Voetverzorging (NOHV)/Landelijke Organisatie Pedicure in de Zorg (LOPZ).
- 54. Podotherapeut:** degene die op grond van artikel 26 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel podotherapeut.

- 55. Psychosomatisch fysiotherapeut:** een fysiotherapeut die als psychosomatisch fysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
- 56. Psychosomatisch oefentherapeut Cesar/Mensendieck:** een oefentherapeut die als psychosomatisch oefentherapeut is ingeschreven in het Register van Verbijzonderde oefentherapeuten Cesar/Mensendieck.
- 57. RIAGG:** een Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg.
- 58. Schoonheidsspecialist:** een schoonheidsspecialist met het diploma Schoonheidsverzorging-B, aangevuld met voor camouflagetherapie het diploma Camouflage, voor elektrisch epilieren het diploma Elektrisch ontharen en voor behandeling van acne het diploma Acne.
- 59. Seksuoloog:** degene die als zodanig lid is van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS).
- 60. Sportmedische instelling:** een instelling die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).
- 61. Tandarts:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 62. Tandprotheticus:** degene die op grond van artikel 2 van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus gerechtigd is tot het voeren van de titel tandprotheticus en met wie zorgverzekeraar IZZ een overeenkomst heeft gesloten.
- 63. Travel (Health) Clinic:** een kliniek, verbonden aan een ziekenhuis, voor gezondheidsadviezen, vaccinaties en artikelen die nodig zijn voor een gezond verblijf in de (sub)tropen.
- 64. Verblijf:** verblijf met een duur van 24 uur of langer.
- 65. Verdragsland:** een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (voor vakantie/tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaapverdische Eilanden, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.
- 66. Verloeskundige:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 67. Verpleegkundige:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 68. Verzekerde:** degene ten behoeve van wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door Zorgverzekeraar IZZ, is vermeld.
- 69. Verzekeringnemer:** degene die met Zorgverzekeraar IZZ deze verzekeringsovereenkomst heeft gesloten.
- 70. Voorkeursleverancier/voorkeursaanbieder:** een leverancier/ zorgaanbieder waarmee/met wie Zorgverzekeraar IZZ een overeenkomst heeft gesloten en waarmee/met wie specifieke afspraken zijn gemaakt.
- 71. Wet BIG:** Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
- 72. Wmg-tarieven:** tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).
- 73. Ziekenhuis:** een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.
- 74. Zorgverzekeraar IZZ:** IZZ Zorgverzekeraar NV, gevestigd in Nijmegen, die deze aanvullende verzekeringen aanbiedt en uitvoert.
- 75. Zorgverzekering:** een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zvw is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.
- 76. Zvw:** de Zorgverzekeringswet.

Artikel 2 | Algemene bepalingen

2.1. Grondslag

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

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

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

Bijzonderheden:

1. toelating tot de aanvullende verzekeringen is alleen mogelijk wanneer de verzekerde ook is ingeschreven in het IZZ Basispakket;
2. toelating tot de Regeling extra vergoedingen en de Regeling aanvullende vergoedingen is alleen mogelijk wanneer de verzekerde ook is ingeschreven in de Basisaanvullende regeling;
3. toelating tot zowel de Regeling extra vergoedingen als de Regeling aanvullende vergoedingen is niet mogelijk;
4. toelating tot IZZ Comfort kan voor volwassen verzekerden en alleen in combinatie met de Basisaanvullende regeling en de Regeling aanvullende vergoedingen pakket 2 en is uitsluitend voor verzekerden die gebruik maken van de collectieve regeling van IZZ. Kinderen in de zin van deze verzekeringsvoorwaarden kunnen geen gebruik maken van IZZ Comfort;
5. IZZ Bijzonder Bewust kan niet in combinatie met andere aanvullende verzekeringen worden afgesloten. Kinderen in de zin van deze verzekeringsvoorwaarden kunnen geen gebruik maken van IZZ Bijzonder Bewust.

2.2. Medische noodzaak

Aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden bestaat slechts als en voor zover de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De inhoud en omvang van de vormen van zorg worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

2.3. Ontlenen recht

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

Als er sprake is van een Diagnose Behandeling Combinatie worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DBC is geopend.

2.4. Bijbehorende documenten

Als en voor zover in deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar de volgende documenten worden deze geacht onderdeel uit te maken van de voorwaarden:

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

Deze informatie is beschikbaar via www.izz.nl en ook telefonisch op te vragen, telefoonnummer: 0900 - 0274 (lokaal tarief).

2.5. Fraude

Als Zorgverzekeraar IZZ fraude constateert heeft dit tot gevolg dat elke uit deze verzekering voortvloeiende aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg vervalt, waaronder ook aanspraken waarbij geen fraude is geconstateerd (zogenaamde partiële fraude).

Geconstateerde fraude zal ook tot gevolg hebben dat Zorgverzekeraar IZZ:

- de persoonsgegevens van degene die fraude pleegt, alsmede degene die als medeplichtige of medepleger kan worden aangemerkt, opneemt in het Incidentenregister Zorgverzekeraar IZZ. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door de afdeling Veiligheidszaken van Zorgverzekeraar IZZ;
- het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars zal inlichten;
- de verzekering(en) beëindigt en gedurende een periode van 8 jaar kan weigeren nieuwe verzekeringsovereenkomsten te sluiten;
- registratie doet in de tussen financiële instellingen erkende in- en externe signaleringssystemen, het interne verwijzingsregister (IVR) en het externe verwijzingsregister (EVR);
- al uitgekeerde vergoedingen terugvordert van en/of verhaalt op de verzekeringnemer en/of de verzekerde;
- aangifte kan doen bij de politie, justitie en/of FIOD-ECD;
- (onderzoeks)kosten vordert van en/of verhaalt op de verzekeringnemer en/of de verzekerde. De hoogte van de in rekening te brengen onderzoekskosten worden telkens vastgesteld op 25% van het vanwege het frauduleus handelen terug te vorderen bedrag, met een minimum van €100,00.

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

Als de behoefte aan zorg of een andere dienst het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar door dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op vergoeding van de kosten van prestaties tot een door het NHT te bepalen, voor alle verzekeringen gelijk percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.

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

2.7. Bescherming persoonsgegevens

De bij aanvraag of wijziging van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoons- en/of uitvoeringsgegevens worden opgenomen in de door Zorgverzekeraar IZZ gevoerde persoonsregistratie. Deze gegevens worden verwerkt voor het aangaan en uitvoeren van verzekeringen en het beheren van daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude. Op deze registratie zijn de Gedragscode Verwerking persoonsgegevens Zorgverzekeraar van toepassing. Deze gedragsregels zijn beschikbaar op www.izz.nl en op aanvraag verkrijgbaar.

2.8. Kennisgevingen

Kennisgevingen gericht aan het laatst bij Zorgverzekeraar IZZ bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer of de verzekerde te hebben bereikt.

2.9. Vergoeding van de kosten van zorg

Vergoeding van de kosten van zorg vindt uitsluitend plaats op basis van rechtsgeldige tarieven óf – als de wet niet van toepassing is op een tarief – op basis van het door Zorgverzekeraar IZZ met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen of vastgestelde tarief. Als een tarief geldt dat lager is dan het wettelijke maximum, dan is voor de vergoeding bepalend het door of namens Zorgverzekeraar IZZ vastgestelde bedrag.

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

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

2.10 Bedenkperiode

De verzekeringnemer kan bij het aangaan van de verzekering de verzekeringsovereenkomst binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst of, als dit later is, 14 dagen na ontvangst van de verzekeringsvoorwaarden schriftelijk opzeggen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.11. Nederlands recht

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3 | Overige verplichtingen

3.1. Verplichtingen

De verzekeringnemer en de verzekerde zijn verplicht:

- bij het inroepen van zorg zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
- de behandelaar te vragen de reden van opname desgevraagd bekend te maken aan de medisch adviseur van Zorgverzekeraar IZZ;
- aan Zorgverzekeraar IZZ, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van de informatie, die nodig is voor de uitvoering van de verzekering;
- bij zorg waarvoor in deze verzekeringsvoorwaarden een machtiging is vereist, een verwijfsbrief van de behandelend huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist over te leggen, waaruit blijkt dat de geboden zorg en/of het vervoer medisch noodzakelijk is;
- Zorgverzekeraar IZZ te informeren over feiten, die met zich mee kunnen brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en Zorgverzekeraar IZZ in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. In dit verband treft de verzekerde geen enkele regeling met een derde, zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van Zorgverzekeraar IZZ. De verzekerde onthoudt zich van handelingen waardoor Zorgverzekeraar IZZ in zijn belangen kan worden geschaad;
- Zorgverzekeraar IZZ zo spoedig mogelijk maar uiterlijk binnen twee maanden na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, op de hoogte te brengen van alle feiten en omstandigheden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn. Wijzigingen zijn onder meer geboorte, adoptie, overlijden, wijziging bank- of gironummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde draagt Zorgverzekeraar IZZ geen enkel risico;
- in geval vergoeding wordt gevraagd van de kosten van zorg de originele nota's in te dienen tot maximaal drie jaar na dagtekening bij Zorgverzekeraar IZZ. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding Zorgverzekeraar IZZ is gehouden. Met behulp van de computer vervaardigde nota's dienen te zijn geparafeerd door de zorgaanbieder. Ingediende nota's waarop uitkering wordt gedaan worden niet geretourneerd aan de verzekerde.

3.2. Belangen

Wanneer de belangen van Zorgverzekeraar IZZ worden geschaad door het niet nakomen van de in lid 3.1 genoemde verplichtingen kan Zorgverzekeraar IZZ de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, schorsen.

Artikel 4 | Premie

4.1. Verschuldigheid van premie

De verzekeringnemer is premie verschuldigd. Geen premie is verschuldigd voor kinderen in de zin van deze verzekeringsvoorwaarden tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin zij de leeftijd van 30 jaar hebben bereikt, op voorwaarde dat zij ook verzekerd zijn voor het IZZ Basispakket en gebruikmaken van de collectieve cao-gerelateerde IZZ-regeling of de Ex-IZZ-verzekering.

4.2. Betaling van premie

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

4.3. Machtiging tot maandelijks afschrijving

Bij keuze voor premiebetaling per maand is de verzekeringnemer verplicht Zorgverzekeraar IZZ een machtiging te verstrekken tot maandelijks afschrijving van de bank- of girorekening van de verzekeringnemer. De machtiging is van toepassing voor betaling van de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en overige kosten.

4.4. Vordering

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

4.5. Overlijden

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

4.6. Niet tijdig betalen

4.6.1. Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en/of kosten, kan Zorgverzekeraar IZZ de dekking schorsen en/of de verzekering beëindigen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos schriftelijk is aangemaand tot betaling binnen een in de aanmaning gestelde termijn van ten minste 14 dagen.

4.6.2. In geval van schorsing van de dekking geldt dat geen recht bestaat op verzekerde prestaties vanaf de laatste premie-vervaldag voor de aanmaning of een nader te bepalen later gelegen tijdstip. De verzekeringnemer blijft bij schorsing verplicht de premie te voldoen. De dekking wordt weer van kracht op de dag volgend op de dag waarop het gehele verschuldigde bedrag en de eventuele kosten als bedoeld in lid 4.6.3 door Zorgverzekeraar IZZ zijn ontvangen. In geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. De verzekering gaat in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.

4.6.3. Zorgverzekeraar IZZ kan administratiekosten, invorderingskosten (zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk) en wettelijke rente aan de verzekeringnemer in rekening brengen.

4.6.4. Als een verzekeringnemer al is aangemaand voor niet tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en/of kosten, hoeft Zorgverzekeraar IZZ bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur de verzekeringnemer niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

- 4.6.5. Zorgverzekeraar IZZ kan achterstallige premie en kosten als bedoeld in lid 4.6.3 verrekenen met schadekosten die de verzekerde bij hem heeft gedeclareerd dan wel met andere van Zorgverzekeraar IZZ te ontvangen bedragen.
- 4.6.6. Zorgverzekeraar IZZ heeft het recht gedurende een periode van 8 jaar geen verzekeringsovereenkomst te sluiten met de verzekeringnemer als de verzekering wegens niet tijdig betalen van de verschuldigde premie wordt beëindigd.

Artikel 5 | Uitsluitingen

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

- 5.1. van zorg die verband houdt met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het totstandkomen van de verzekering en waarmee de verzekerde bekend was of kon zijn of waarvan hij toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gemaakt aan Zorgverzekeraar IZZ. Deze uitsluiting is niet van toepassing als de verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- 5.2. van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van Zorgverzekeraar IZZ door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten, kosten van niet nagekomen afspraken of kosten wegens het niet tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- 5.3. die veroorzaakt zijn door grove schuld of opzet;
- 5.4. die bestaan uit eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- 5.5. van zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de AWBZ, als de verzekerde voor deze wet verzekerd was;
- 5.6. waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening als de verzekering bij Zorgverzekeraar IZZ niet zou bestaan. In dat geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal op grond van deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen welke het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken. Zorgverzekeraar IZZ hanteert het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekering. Zie www.izz.nl;
- 5.7. van zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van een zorgverzekering volgens de Zorgverzekeringswet of een daarmee overeenkomende ziektekostenverzekering;
- 5.8. van zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
- 5.9. als gevolg van schade die het indirecte gevolg is van het handelen of nalaten van Zorgverzekeraar IZZ.

Artikel 6 | Klachten en geschillen

- 6.1. **Klachten en geschillen over de uitvoering van de verzekering**
 - 6.1.1. Klachten en geschillen over de uitvoering van de verzekering kunnen aan Zorgverzekeraar IZZ worden voorgelegd ter attentie van de afdeling Klachtenmanagement, antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven. Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via onze website www.izz.nl. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.
 - 6.1.2. Er is sprake van een geschil als er een verschil van inzicht is naar aanleiding van een door Zorgverzekeraar IZZ genomen, en na heroverweging gehandhaafd besluit over de uitvoering van een overeenkomst van de verzekering, waardoor de verzekeringnemer of verzekerde in zijn belang wordt getroffen. In alle overige gevallen is sprake van een klacht.
 - 6.1.3. Zorgverzekeraar IZZ bepaalt zijn definitieve standpunt of heroverweegt zijn oorspronkelijke beslissing binnen een termijn van 30 dagen. Als de uitkomst niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of de verzekerde is of als Zorgverzekeraar IZZ niet binnen een termijn van 30 dagen reageert, kan de verzekeringnemer of de verzekerde de klacht of het geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. Het is in dit geval ook mogelijk dat de verzekeringnemer of de verzekerde de klacht of het geschil voorlegt aan de daartoe bevoegde rechter.
- 6.2. **Klachten over formulieren van Zorgverzekeraar IZZ**
 - 6.2.1. Klachten over door Zorgverzekeraar IZZ gehanteerde formulieren kunnen aan Zorgverzekeraar IZZ worden voorgelegd ter attentie van de afdeling Klachtenmanagement, antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven. Het is ook mogelijk een klachten in te dienen via www.izz.nl.
 - 6.2.2. Klachten zoals genoemd onder lid 6.2.1 kunnen, nadat zij ter kennisneming zijn gebracht van Zorgverzekeraar IZZ en Zorgverzekeraar IZZ zijn definitieve standpunt daarover kenbaar heeft gemaakt of binnen een termijn van 30 dagen na het indienen van de klacht niet heeft gereageerd, door de verzekeringnemer of de verzekerde worden voorgelegd aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: informatielijn@nza.nl. Een dergelijke klacht heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de verzekeringnemer of verzekerde overbodig of te ingewikkeld zijn. Uitspraak van de NZa strekt de verzekeringnemer, verzekerde, zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar tot bindend advies. Op de website van de NZa, www.nza.nl, is aangegeven op welke manier een klacht over formulieren kan worden ingediend.

Artikel 7 | Zorg- en wachtlijstbemiddeling

De verzekerde heeft aanspraak op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet aanvaardbare lange wachttijd voor medisch-specialistische, kaakchirurgische of psychologische zorg of enige andere vorm van zorg met een wachttijd door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens deze verzekering. Als sprake is van een niet aanvaardbare lange wachttijd kan de verzekerde een beroep doen op de afdeling Zorgadvies en -bemiddeling van Zorgverzekeraar IZZ. De verzekerde kan ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Zorgverzekeraar IZZ bekijkt samen met de verzekerde welke mogelijkheden er zijn.

II. IZZ Bijzonder Bewust

Artikel 1 | Brillen en contactlenzen

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten van contactlenzen en/of brillen-glazen op sterkte met bijbehorende brilmonturen.

Door:

opticien of optiekbedrijf.

Vergoeding:

ten hoogste € 75,00 in een periode van drie kalenderjaren.

Bijzonderheden:

Zorgverzekeraar IZZ heeft met een aantal opticienketens speciaal voor u aanvullende afspraken gemaakt. Kiest u ervoor om bij deze voorkeursleveranciers uw bril en/of contactlenzen aan te schaffen, dan levert u dat extra voordeel op. Zo kunt u voor hetzelfde geld een duurdere bril of contactlenzen uitzoeken. Ga naar www.izz.nl voor meer informatie.

Artikel 2 | Beweegzorg (fysiotherapie en bewegingstherapie)

Omschrijving:

beweegzorg is zorg die klachten aan het bewegingsapparaat verhelpt. Dat kan zorg zijn zoals:

1. fysiotherapeuten en oefentherapeuten deze plegen te bieden;
2. ergotherapeuten deze plegen te bieden met als doel uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen;
3. behandelingen door alternatieve therapeuten.

Hieronder vindt u een opsomming wat onder beweegzorg valt.

- Voor de zorg genoemd onder omschrijving, punt 1 en 2:
 1. fysiotherapie;
 2. oedeemtherapie;
 3. oefentherapie Cesar/Mensendieck;
 4. ergotherapie.
- Voor de zorg genoemd onder omschrijving, punt 3:
 5. alternatieve bewegingstherapie, zoals chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., (ortho)manuele therapie, craniosacraaltherapie, haptotherapie, ontspannings- en ademhalings-therapie van Dixhoorn, antroposofische therapie.

Door:

1. (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut;
2. oedeemtherapeut of huidtherapeut;
3. (kinder)oefentherapeut Cesar/Mensendieck, psychosomatisch oefentherapeut Cesar/Mensendieck;
4. ergotherapeut;
5. chiropractor (Mchiro, D.C., BSc, MSc), osteopaat (MRO, DO-MRO), manueel therapeut E.S.[®], orthomanueel arts, craniosacraaltherapeut, haptotherapeut, adem- en ontspannings-therapeut of antroposofisch therapeut.

De therapeuten dienen ingeschreven te zijn in het (kwaliteits)register van de betreffende beroepsverenigingen.

Zorgverzekeraar IZZ werkt samen met aanbieders van fysiotherapie waarmee een overeenkomst is gesloten, die naast de gewone behandelingen ook speciale groepsprogramma's voor verzekerden met specifieke aandoeningen zoals diabetes, obesitas, COPD bieden. Voor meer informatie zie www.izz.nl.

Vergoeding:

de kosten voor de zorg genoemd onder omschrijving, punt 1, 2 en 3 samen worden vergoed tot ten hoogste € 150,00 per kalenderjaar.

Als de behandeling wordt verzorgd door een zorgaanbieder met wie zorgverzekeraar IZZ geen overeenkomst heeft gesloten, worden de kosten vergoed tot ten hoogste de tarieven zoals genoemd in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders IZZ 2009. Deze lijst is beschikbaar op www.izz.nl en op aanvraag verkrijgbaar via 0900 - 0274 (lokaal tarief).

Verwijzing:

voor fysiotherapie, oedeemtherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck hebt u een verwijzing nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Als u naar een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck gaat met wie Zorgverzekeraar IZZ een overeenkomst heeft gesloten, dan is een verwijzing niet noodzakelijk.

Maakt u gebruik van zorgaanbieders waar Zorgverzekeraar IZZ een overeenkomst mee heeft, dan is de screening door de fysiotherapeut gratis. In de screening stelt de fysiotherapeut vast of uw klachten behandeld kunnen worden door een fysiotherapeut. Voor meer informatie zie www.izz.nl.

Bijzonderheden:

1. als het behandeling betreft van een aandoening volgens bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering, dan vindt - voor verzekerden van 18 jaar en ouder vanaf de 10e behandeling - vergoeding plaats vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een machtiging vereist van Zorgverzekeraar IZZ;
2. verzekerden jonger dan 18 jaar hebben recht op vergoeding van de kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de 19e behandeling. De eerste 18 behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering;
3. vergoeding van de kosten van ergotherapie geldt vanaf het elfde behandeluur. Vergoeding van de eerste tien behandeluren vindt plaats vanuit de zorgverzekering;
4. met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld:
 - zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek;
 - sportmassage;
 - arbeids- en bezigheidstherapie;
 - arbocuratieve- of reïntegratietrajecten;
 - niet-curatieve (groeps)behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, medische fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht, cardiotraining e.d.

Artikel 3 | Preventieve en curatieve tandheelkundige zorg

Omschrijving:

preventieve en curatieve mondzorg.

Door:

tandarts. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen zorg verlenen die behoort tot hun deskundigheidsgebied.

Vergoeding:

de onderstaande UPT-codes:

	UPT- code
Preventieve tandheelkunde	C11, M50, M55, M59
Curatieve tandheelkunde	X10, A10, H10, V10 V11, V12, V13, V20, V21

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

Bijzonderheden:

etsen (V21) wordt uitsluitend vergoed in combinatie met een drievlaksvulling (V13).

III. Basisaanvullende regeling

Artikel 1 | Brillen en contactlenzen

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten van contactlenzen en/of brillen-glazen op sterkte met bijbehorende brilmonturen.

Door:

opticien of optiekbedrijf.

Vergoeding:

ten hoogste € 200,00 in een periode van drie kalenderjaren.

Bijzonderheden:

Zorgverzekeraar IZZ heeft met een aantal opticienketens speciaal voor u aanvullende afspraken gemaakt. Kiest u ervoor om bij deze voorkeursleveranciers uw bril en/of contactlenzen aan te schaffen dan levert u dat extra voordeel op. Zo kunt u voor hetzelfde geld een duurder bril uitzoeken. Voor meer informatie zie www.izz.nl.

Artikel 2 | Circumcisie

Omschrijving:

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

Door:

medisch specialist of huisarts met wie Zorgverzekeraar IZZ daartoe afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding:

volledig.

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

Machtiging:

ja, met toelichting van de behandelend uroloog of huisarts.

Artikel 3 | Orthodontie

Omschrijving:

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

Door:

orthodontist of tandarts.

Vergoeding:

70% van de kosten.

Artikel 4 | Plastische chirurgie

4.1. Correctie van oorschelpen

Omschrijving:

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

Door:

medisch specialist.

Vergoeding:

volledig.

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

Machtiging:

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

4.2. Ooglidcorrectie

Omschrijving:

correctie van bovenoogleden in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis.

Door:

medisch specialist.

Vergoeding:

volledig.

Indicatie:

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

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

Machtiging:

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

Artikel 5 | Sterilisatie

Omschrijving:

sterilisatie in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis of een huisartsenpraktijk.

Door:

medisch specialist of als het een vasectomie (sterilisatie van de man) betreft; huisarts met wie Zorgverzekeraar IZZ daartoe afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding:

volledig.

Artikel 6 | IZZ FitKit

6.1. Cursussen, voorlichting en trainingen

Omschrijving:

- cursussen en voorlichting die erop gericht zijn de gezondheid te bevorderen en gezondheidsklachten te voorkomen, zoals cursussen gericht op:
 - periode rondom zwangerschap;
 - voeding;
 - stoppen met roken;
 - eerste hulp aan kinderen;
- cursussen en voorlichting die erop gericht zijn te leren omgaan met een ziekte en/of aandoening, zoals leren omgaan met diabetes, reuma, astma, dementie;
- beweepprogramma's voor verzekerden met een van de ziekten en/of aandoeningen: diabetes, obesitas of COPD;
- therapeutisch zwemmen in groepsverband voor verzekerden met een van de chronische aandoeningen: reumatoïde artritis, Bechterew of verzekerden met hartproblemen.

Door:

1. omschrijving, punt 1: thuiszorgorganisatie, kraamcentrum, GGD of RIAGG;
2. omschrijving, punt 2: thuiszorgorganisatie, GGD, RIAGG of patiëntenvereniging die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of het Regionaal Patiënten Consumenten Platform (RPCP);
3. omschrijving, punt 3: zorgaanbieders waarmee IZZ een overeenkomst heeft gesloten;
4. omschrijving, punt 4: patiëntenvereniging van reuma-, Bechterew of hartpatiënten die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of het Regionaal Patiënten Consumenten Platform (RPCP).

Zorgverzekeraar IZZ heeft voor de zorg genoemd onder omschrijving, punt 3 met ketens van fysiotherapiepraktijken speciale afspraken gemaakt. Dit zijn de zorgaanbieders waarmee Zorgverzekeraar IZZ een overeenkomst heeft gesloten. Zij bieden speciale beweegprogramma's voor verzekerden met diabetes, obesitas, COPD. Voor meer informatie zie www.izz.nl.

Vergoeding:

ten hoogste € 100,00 per kalenderjaar.

6.2. Vaccinatie**Omschrijving:**

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

Door:

1. huisarts, GGD, Encare Arbozorg of een arts die een LCR-accreditatie en gele-koorts registratie heeft. Voor adressen zie www.lcr.nl;
2. Travel (Health) Clinics verbonden aan een ziekenhuis.

Vergoeding:

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

6.3. Sportgeneeskunde**Omschrijving:**

behandelingen, consulten en sportkeuringen.

Door:

sportarts die werkzaam is in een sportmedische instelling.

Vergoeding:

ten hoogste € 120,00 per twee kalenderjaren.

6.4. Zorg door een overgangsconsulente**Omschrijving:**

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

Door:

overgangsconsulente.

Vergoeding:

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

6.5. Dieetadvisering**Omschrijving:**

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

Door:

diëtist.

Vergoeding:

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

6.6. IZZ Lijf & Leden**Omschrijving:**

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

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

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

- een longfunctietest en een ECG.

Door:

zorgaanbieder met wie Zorgverzekeraar IZZ daartoe een overeenkomst heeft gesloten.

Vergoeding:

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

Eigen bijdrage:

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

Bijzonderheden:

een overzicht van de door Zorgverzekeraar IZZ gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen via www.izz.nl of telefonisch op te vragen via telefoonnummer 0900 - 0274 (lokaal tarief).

6.7. Preventief psychologisch consult**Omschrijving:**

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

Door:

gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijnspsycholoog. Eerstelijnspsychologische zorg zoals beschreven in dit artikel voor verzekerden jonger dan 18 jaar mag ook worden verleend door een kinderpsycholoog, jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist. De zorg kan plaatsvinden op een afdeling psychiatrie van een algemeen ziekenhuis, GGZ-instelling of vrijgevestigde praktijk.

Vergoeding:

€ 60,00 per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

als u gebruik wilt maken van het preventief psychologisch consult, dient u hiervoor een brief van IZZ aan de zorgaanbieder te overleggen. U kunt deze brief downloaden via www.izz.nl/preventiefconsult of telefonisch opvragen via telefoonnummer: 0900 - 0274 (lokaal tarief).

Artikel 7 | Preventieve en curatieve tandheelkundige zorg**Omschrijving:**

1. preventieve tandheekkunde:
UPT-codes beginnend met C en M;
2. curatieve tandheekkunde:
UPT-codes beginnend met B, X, A, V, E, G en H;
3. de in de Regeling zorgverzekering vastgestelde eigen bijdrage prothetische zorg.

Door:

tandarts. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen zorg verlenen die behoort tot hun deskundigheidsgebied.

Vergoeding:

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

Bijzonderheden:

niet vergoed worden de kosten van het uitwendig bleken van elementen (UPT-codes E97/E98), niet nagekomen afspraken (C90), implantaten, partiële en frameprothesen, kronen en brugwerk (UPT-codes beginnend met J, P en R), parodontologische hulp (UPT-codes beginnend met T).

Artikel 8 | Vervoer in verband met transplantatie van organen**Omschrijving:**

taxivervoer of eigen vervoer tussen de woon- of verblijfplaats van de verzekerde en de instelling waar hij zorg ontvangt die verband houdt met een transplantatie van organen voorzover er geen aanspraak op dit vervoer bestaat op grond van de zorgverzekering. Het betreft de volgende zorg: pretransplantatieonderzoek, opnames en nacontroles.

Door:

als het taxivervoer betreft: vervoerder met wie Zorgverzekeraar IZZ daartoe een overeenkomst heeft gesloten.

Vergoeding:

- als het taxivervoer betreft: volledig;
- als het vervoer met eigen auto betreft: € 0,28 per kilometer.

Voorschrift:

huisarts of medisch specialist.

Machtiging:

ja. U kunt hiervoor gebruik maken van het Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer.

Bijzonderheden:

1. het betreft hier niet het vervoer van de donor;
2. een overzicht van de door Zorgverzekeraar IZZ gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen via www.izz.nl of telefonisch op te vragen via telefoonnummer 0900 - 0274 (lokaal tarief);
3. het Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer kunt u downloaden via www.izz.nl of telefonisch opvragen via telefoonnummer 0900 - 0274 (lokaal tarief).

Artikel 9 | Beweegzorg (fysiotherapie en bewegingstherapie)**Omschrijving:**

beweegzorg is zorg die klachten aan het bewegingsapparaat verhelpt. Dat kan zorg zijn zoals:

1. fysiotherapeuten en oefentherapeuten deze plegen te bieden;
2. ergotherapeuten deze plegen te bieden met als doel uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen;
3. behandelingen door alternatieve therapeuten.

Hieronder vindt u een opsomming wat onder beweegzorg valt.

- Voor de zorg genoemd onder omschrijving, punt 1 en 2:
 1. fysiotherapie;
 2. oedeemtherapie;
 3. oefentherapie Cesar/Mensendieck;
 4. ergotherapie;
- Voor de zorg genoemd onder omschrijving, punt 3:
 5. alternatieve bewegingstherapie, zoals chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., (ortho)manuele therapie, craniosacraaltherapie, haptotherapie, ontspannings- en ademhalingstherapie van Dixhoorn, antroposofische therapie.

Door:

1. (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut;
2. oedeemtherapeut of huidtherapeut;
3. (kinder)oefentherapeut Cesar/Mensendieck, psychosomatisch oefentherapeut Cesar/Mensendieck;
4. ergotherapeut;
5. chiropractor (Mchiro, D.C., BSc, MSc), osteopaat (MRO, DO-MRO), manueel therapeut E.S.[®], orthomanueel arts, craniosacraaltherapeut, haptotherapeut, adem- en ontspanningstherapeut of antroposofisch therapeut.

De therapeuten dienen ingeschreven te zijn in het (kwaliteits)register van de betreffende beroepsverenigingen.

Zorgverzekeraar IZZ werkt samen met de aanbieders van fysiotherapie waarmee een overeenkomst is gesloten die naast de gewone behandelingen ook speciale groepsprogramma's voor verzekerden met specifieke aandoeningen zoals diabetes, obesitas, COPD bieden. Voor meer informatie zie www.izz.nl.

Vergoeding:

de kosten van zorg genoemd onder omschrijving, punt 1, 2 en 3 samen worden vergoed tot ten hoogste € 150,00 per kalenderjaar.

Als de behandeling wordt verzorgd door een zorgaanbieder met wie zorgverzekeraar IZZ geen overeenkomst heeft gesloten worden de kosten vergoed tot ten hoogste de tarieven zoals genoemd in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders IZZ 2009. Deze lijst is beschikbaar op www.izz.nl en op aanvraag verkrijgbaar via 0900 - 0274 (lokaal tarief).

Verwijzing:

voor fysiotherapie, oedeemtherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck hebt u een verwijzing nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Als u naar een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck gaat met wie Zorgverzekeraar IZZ een overeenkomst heeft gesloten, dan is een verwijzing niet noodzakelijk.

Maakt u gebruik van leveranciers waarmee Zorgverzekeraar IZZ een overeenkomst heeft, dan is de screening door de fysiotherapeut gratis. In de screening stelt de fysiotherapeut vast of uw klachten behandeld kunnen worden door een fysiotherapeut. Voor meer informatie zie www.izz.nl.

Bijzonderheden:

- als het behandeling betreft van een aandoening volgens bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering dan vindt - voor verzekerden van 18 jaar en ouder vanaf de 10e behandeling - vergoeding plaats vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een machtiging vereist van Zorgverzekeraar IZZ;
- verzekerden jonger dan 18 jaar hebben recht op vergoeding van de kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de 19e behandeling. De eerste 18 behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering;
- vergoeding van de kosten van ergotherapie geldt vanaf het elfde behandeluur. Vergoeding van de eerste tien behandeluren vindt plaats vanuit de zorgverzekering;
- met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld:
 - zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek;
 - sportmassage;
 - arbeids- en bezigheidstherapie;
 - arbocuratieve- of reïntegratietrajecten;
 - niet-curatieve (groeps)behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, medische fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining e.d.;
- als de verzekerde naast de Basisaanvullende regeling ook is ingeschreven in de Regeling extra vergoedingen, de Regeling aanvullende vergoedingen pakket 1 of pakket 2 dan geldt een ruimere vergoeding.

Artikel 10 | Groepsrevalidatie en groepstherapie voor patiënten met kanker**Omschrijving:**

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

Door:

- ziekenhuizen;
- integrale kankercentra;
- overige instellingen die voor de groepsrevalidatie "Herstel en Balans" gecertificeerd zijn door de Stichting Herstel & Balans;
- instellingen die aangesloten zijn bij de Stichting Instellingen PsychoSociale Oncologie (IPSO).

Vergoeding:

ten hoogste € 700,00 per diagnose.

Verwijzing door:

medisch specialist.

IV. Regeling extra vergoedingen

Artikel 1 | Alternatieve zorg**Omschrijving:**

onder alternatieve zorg wordt verstaan, consulten en/of behandelingen

Door:

- een therapeut of arts die lid is van één van de volgende verenigingen:
 - Algemene Beroepsvereniging voor Counseling (ABvC);
 - Artsenvereniging voor Biofysische geneeskunde en Bioinformatie therapie (ABB);
 - Artsenvereniging voor Biologische en Natuurlijke Geneeskunde (ABNG-2000);
 - Artsenvereniging voor Homeopathie (VHAN);
 - Beroeps Associatie voor Therapeut & Consument (BATC);
 - Beroepsgemeenschap van Psychosociale Hulpverleners werkend vanuit de Antroposofie (BPHA);
 - Beroepsorganisatie voor Paranormaal Therapeuten (NFPN);
 - Beroepsvereniging Tekentaal (BVT);
 - Beroepsvereniging voor APS Therapie (BVAT);
 - Beroepsvereniging voor Holistisch Energetisch werkende Therapeut (BHET);
 - Beroepsvereniging voor Kinesiologie (BvK);
 - Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB);
 - Federatie voor Additief Geneeskundig Therapeuten (FAGT);
 - Internationale Beroepsvereniging van Marcotherapeuten (IBMT);
 - Landelijke Vereniging Natuurlijke Geneeswijzen (LVNG);
 - Landelijke Vereniging Psychosociaal Werkenden (LVPW);
 - Maatschappij ter Bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG);
 - Nederlands Gilde voor Health Counseling en Psychotherapie en Nederlands Gilde van Hypnotherapeuten (NGVH);
 - Nederlands Instituut voor Bio-energetische Analyse (NIBA);
 - Nederlands Verbond voor Psychologen, Psychotherapeuten en Agogen (NVPA);
 - Nederlands Vlaamse Associatie voor Gestalttherapie en Gestalttheorie (NVAGT);
 - Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV);
 - Nederlandse Artsenvereniging voor Neuraaltherapie volgens Huneke en Regulatietherapie (NVNR);
 - Nederlandse Beroepsvereniging Meridiaan- Kleurentherapie (NBMK);
 - Nederlandse Beroepsvereniging van Gestalttherapeuten (NBGT);
 - Nederlandse Beroepsvereniging van Hypnotherapeuten (NBVH);
 - Nederlandse Federatie Gezondheidszorg (NFG);
 - Nederlandse Organisatie van Klassiek Homeopaten (NOKH);
 - Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA);
 - Nederlandse Vereniging van Antroposofische Zorgaanbieders (NVAZ);
 - Nederlandse Vereniging van Biodynamische Therapeuten (NVBT);
 - Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH);
 - Nederlandse Vereniging van Speltherapeuten (NVVS);
 - Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA);
 - Nederlandse Vereniging voor Fytotherapie (NVF);
 - Nederlandse Vereniging voor Geestelijke- en Natuurgeneeswijzen (NVGN);
 - Nederlandse Vereniging voor Kunstzinnige Therapieën op antroposofische grondslag (NVKToag);
 - Nederlandse Vereniging voor Mesologie (NVVM);
 - Nederlandse Vereniging voor Postural Integration Therapeuten en aanverwante beroepen (NVPITea);
 - Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Kindertherapie (NVPMKT);
 - Nederlandse Vereniging voor Soma Therapeuten (NVST);
 - Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde (NVTCG Zhong);

- Nederlandse Werkgroep van Praktijzers in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP);
 - Omni Podo Genootschap (OMNI PODO);
 - Stichting International Free University (IFU);
 - Vereniging Additieve Genezers (VAG);
 - Vereniging Beter Natuurlijk (VBN);
 - Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (VBAG);
 - Vereniging van Artsen voor Orthopedische Geneeskunde (VAOG);
 - Vereniging van Genezers vanuit Psychosofia (VGP);
 - Vereniging van Integraal Therapeuten (VIT);
 - Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT);
 - Vereniging van Nederlandse Reflexzone Therapeuten (VNRT);
 - Vereniging van Transpersoonlijke Psychosociale Therapeuten (VTP);
 - Vereniging Verloskunde & Homeopathie (VV&H);
 - Vereniging voor lokai meridiaan Shiatsu-therapeuten® (VIS);
 - Vereniging voor Psychosynthese-therapie Nederland (VPN).
2. een arts, die zich specifiek heeft toegelegd op:
- acupunctuur;
 - behandeling op antroposofische grondslag;
 - homeopathie;
 - behandeling volgens de Moermanmethode;
 - behandeling volgens de natuurgeneeswijze.

Heeft u klachten aan uw bewegingsapparaat? Kijkt u dan ook in artikel 4 Beweegzorg (fysiotherapie en bewegingstherapie). Daarin zijn naast de reguliere therapieën, zoals fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck, ook alternatieve therapieën, specifiek gericht op het behandelen van klachten aan het bewegingsapparaat opgenomen. Zo vindt u daar bijvoorbeeld orthomanuele therapie maar ook antroposofische bewegingstherapie.

3. geneesmiddelen die voldoen aan alle van de volgende afzonderlijke punten:
- die op grond van de Geneesmiddelenwet als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen worden gekenmerkt;
 - die zijn voorgeschreven door een arts die lid is van één van de verenigingen genoemd onder omschrijving, punt 1, door een arts zoals bedoeld onder omschrijving, punt 2, door een huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige;
 - die ter hand gesteld zijn door een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding:

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

- het honorarium € 200,00;
- de geneesmiddelen € 100,00.

Artikel 2 | Bijzondere voedingsmiddelen

Omschrijving:

vloeibare voeding bestemd voor patiënten die terminale thuisverpleging ontvangen of thuis verpleegd worden in verband met herstel na zware ziekte.

Ter hand gesteld door:

voorkeursleverancier, apotheker of apotheekhoudend huisarts.

De voorkeursleveranciers zijn:

- Sorgente in Houten (voor alle dieetvoeding), telefoonnummer 030 - 634 62 62;
- Tefa Portanje B.V in Woerden (voor sondevoeding), telefoonnummer 0348 - 49 57 77.

Beide leveranciers leveren de dieet-/sondevoeding aan huis.

Vergoeding:

ten hoogste € 280,00 per kalenderjaar.

Voorschrift:

huisarts of medisch specialist.

Machtiging:

ja. Als u gebruik maakt van levering van bijzondere voedingsmiddelen via een voorkeursleverancier, dan verzorgt deze de machtigingsaanvraag voor u.

Artikel 3 | Buitenland

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

Omschrijving:

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

Vergoeding:

ten hoogste € 1000,00 per kalenderjaar.

Artikel 4 | Beweegzorg (fysiotherapie en bewegingstherapie)

Omschrijving:

beweegzorg is zorg die klachten aan het bewegingsapparaat verhelpt. Dat kan zorg zijn zoals:

1. fysiotherapeuten en oefentherapeuten deze plegen te bieden;
2. ergotherapeuten deze plegen te bieden met als doel uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen;
3. behandelingen door alternatieve therapeuten.

Hieronder vindt u een opsomming wat onder beweegzorg valt.

- Voor de zorg genoemd onder omschrijving, punt 1 en 2:
 1. fysiotherapie;
 2. oedeemtherapie;
 3. oefentherapie Cesar/Mensendieck;
 4. ergotherapie;
- Voor de zorg genoemd onder omschrijving, punt 3:
 5. alternatieve bewegingstherapie, zoals chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., (ortho)manuele therapie, craniosacraaltherapie, haptotherapie, ontspannings- en ademhalings-therapie van Dixhoorn, antroposofische therapie.

Door:

1. (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut;
2. oedeemtherapeut of huidtherapeut;
3. (kinder)oefentherapeut Cesar/Mensendieck, psychosomatisch oefentherapeut Cesar/Mensendieck;
4. ergotherapeut;
5. chiropractor (Mchiro, D.C., BSc, MSc), osteopaat (MRO, DO-MRO), manueel therapeut E.S.®, orthomanueel arts, craniosacraaltherapeut, haptotherapeut, adem- en ontspannings-therapeut of antroposofisch therapeut.

De therapeuten dienen ingeschreven te zijn in het (kwaliteits)register van de betreffende beroepsverenigingen.

Zorgverzekeraar IZZ werkt samen met aanbieders van fysiotherapie waarmee een overeenkomst is gesloten die naast de gewone behandelingen ook speciale groepsprogramma's voor verzekerden met specifieke aandoeningen zoals diabetes, obesitas, COPD bieden. Voor meer informatie zie www.izz.nl.

Vergoeding:

de kosten van zorg genoemd onder omschrijving, punt 1, 2 en 3 samen worden vergoed tot: ten hoogste € 300,00 per kalenderjaar. Deze vergoeding is inclusief de vergoeding voor Beweegzorg (Fysiotherapie en bewegingstherapie) in de Basisaanvullende regeling.

Als de behandeling wordt verzorgd door een zorgaanbieder met wie zorgverzekeraar IZZ geen overeenkomst heeft gesloten worden de kosten vergoed tot ten hoogste tot de tarieven zoals genoemd in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders IZZ 2009. Deze lijst is beschikbaar op www.izz.nl en op aanvraag verkrijgbaar via 0900 - 0274 (lokaal tarief).

Verwijzing:

voor fysiotherapie, oedeemtherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck hebt u een verwijzing nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Als u naar een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck gaat met wie Zorgverzekeraar IZZ een overeenkomst heeft gesloten, dan is een verwijzing niet noodzakelijk.

Maakt u gebruik van een leverancier waarmee Zorgverzekeraar IZZ een overeenkomst heeft, dan is de screening door de fysiotherapeut gratis. In de screening stelt de fysiotherapeut vast of uw klachten behandeld kunnen worden door een fysiotherapeut. Voor meer informatie zie www.izz.nl.

Bijzonderheden:

1. als het behandeling betreft van een aandoening volgens bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering dan vindt - voor verzekerden van 18 jaar en ouder vanaf de 10e behandeling - vergoeding plaats vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een machtiging vereist van Zorgverzekeraar IZZ;
2. verzekerden jonger dan 18 jaar hebben recht op vergoeding van de kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de 19e behandeling. De eerste 18 behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering;
3. vergoeding van de kosten van ergotherapie geldt vanaf het elfde behandeluur. Vergoeding van de eerste tien behandeluren vindt plaats vanuit de zorgverzekering;
4. met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld:
 - zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek;
 - sportmassage;
 - arbeids- en bezigheidstherapie;
 - arbocuratieve- of reïntegratietrajecten;
 - niet-curatieve (groeps)behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, medische fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining e.d.

Artikel 5 | Huidbehandelingen**5.1. Acnebehandeling****Omschrijving:**

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

Door:

huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Vergoeding:

ten hoogste € 200,00 per kalenderjaar.

Indicatie:

ernstige vorm van acne.

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

5.2. Camouflagetherapie**Omschrijving:**

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

Door:

huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Vergoeding:

ten hoogste € 200,00 per kalenderjaar.

Indicatie:

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

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

5.3. Epilatie**Omschrijving:**

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

Door:

huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Vergoeding:

ten hoogste € 570,00 per kalenderjaar.

Indicatie:

extreme haargroei in het gelaat.

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

5.4. Psoriasisbehandeling**Omschrijving:**

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

Door:

een in psoriasis gespecialiseerd dagbehandelingscentrum.

Vergoeding:

ten hoogste € 910,00 per kalenderjaar.

Indicatie:

ernstige vorm van psoriasis.

Verwijzing door:

dermatoloog.

Bijzonderheden:

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

Artikel 6 | Hulpmiddelen

6.1. Hoortoestellen

Omschrijving:
batterijen voor een hoortoestel.

Geleverd door:
leverancier met wie Zorgverzekeraar IZZ daartoe een overeenkomst heeft gesloten.

Vergoeding:
ten hoogste 36 batterijen per 12 maanden per hoortoestel voor ten hoogste twee hoortoestellen.

Bijzonderheden:

1. recht op vergoeding bestaat alleen als aanspraak bestaat op een hoortoestel op grond van de zorgverzekering;
2. een overzicht van de door Zorgverzekeraar IZZ gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen via www.izz.nl of telefonisch op te vragen via telefoonnummer: 0900 - 0274 (lokaal tarief).

6.2. Mammaprothese

Omschrijving:
artikelen die worden gebruikt na een borstamputatie zoals plakstrips voor een mammaprothese, een borstprothese BH, een prothese badpak, een zwemprothese en schoonmaakartikelen.

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

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

6.3. Pruiken

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

Vergoeding:
ten hoogste € 50,00.

Bijzonderheden:

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

6.4. Schoenen

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

Vergoeding:
u heeft de keuze uit een vergoeding voor:

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

Door:
oorspronkelijke leverancier.

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

6.5. Thuisbewakingsmonitor

Omschrijving:
waarschuwingsmonitor bedoeld voor signalering van ernstige hart-ritmestoornissen en/of ernstige ademhalingsstoornissen in de door Zorgverzekeraar IZZ met de leverancier afgesproken uitvoering.

Geleverd door:
leverancier met wie Zorgverzekeraar IZZ daartoe een overeenkomst heeft gesloten.

Vergoeding:
bruikleen voor een periode van ten hoogste 24 maanden.

Voorschrift:
kinderarts.

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

Bijzonderheden:
een overzicht van de door Zorgverzekeraar IZZ gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen via www.izz.nl of telefonisch op te vragen via telefoonnummer: 0900 - 0274 (lokaal tarief).

6.6. Wekapparatuur / plaswekker

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

Vergoeding:

1. volledig, indien geleverd door Van Lent Systems BV in Oss, telefoonnummer 0412 - 64 06 90;
2. € 50,00, indien geleverd door een leverancier met wie Zorgverzekeraar IZZ geen overeenkomst heeft gesloten.

Artikel 7 | Orthodontie

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

Door:
tandarts of orthodontist.

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

Artikel 8 | Tandheelkundige zorg

8.1. Kronen en bruggen

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

Door:
tandarts.

Vergoeding:

ten hoogste de onderstaande bedragen:

	UPT-code	Vergoeding
kronen en brugdelen, per element	R20/R25/R26/R27/R40/R45	€ 120,00 ¹⁾
opnieuw vastzetten gegoten restauraties	R74	volledig

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

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

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

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

Door:

kaakchirurg of tandarts.

Vergoeding:

de vergoeding bestaat uit:

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

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

8.3. Frameprothese**Omschrijving:**

een gedeeltelijke uitneembare gebitsprothese met een metalen frame.

Door:

tandarts.

Vergoeding:

ten hoogste de onderstaande bedragen:

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

¹⁾ de techniekkosten zijn opgenomen in bovenstaande vergoedingen.

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

8.4. Overige prothetische voorzieningen**Omschrijving:**

overige prothetische voorzieningen, inclusief techniekkosten:

	UPT-code
partiële prothese: - 1 t/m 4 elementen - 5 of meer elementen	P10 P15
noodprothese 6 of meer elementen	P45
uitbreiding bestaande prothese	P79
extra voor gegoten ankers, per stuk	P18
rebasen per werkstuk	P51/P52/P53/P54
reparatie van prothese	P57/P58
extra voor immediaat, per element	P40

Door:

tandarts.

Vergoeding:

volledig, op basis van de onder omschrijving genoemde UPT-codes.

Artikel 9 | Verblijf**9.1. Herstellingsoord****Omschrijving:**

verblijf in een van de volgende herstellingssoorten:

- het Wilhelminahuis in Valburg;
- Herstelcentrum de Wiltzangk in Bilthoven;
- Herstelhotel de KIM in Noordwijk;
- Herstellingsoord Overbosch in Hilversum;
- Kuur en Herstel Wijk bij Duurstede in Wijk bij Duurstede;
- Landgoed de Hezenberg in Hattem.

Vergoeding:

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

Bijzonderheden:

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

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

verblijf in een van de volgende therapeutische vakantiecampen:

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

Vergoeding:

ten hoogste € 230,00 per kalenderjaar.

Machtiging:

ja.

Artikel 10 | Verloskundige zorg en kraamzorg

10.1. Verloskundige zorg

Omschrijving:

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

Vergoeding:

volledig.

Bijzonderheden:

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

10.2. Kraampakket

Omschrijving:

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

Vergoeding:

volledig.

Bijzonderheden:

u kunt het kraampakket aanvragen via onze website: www.izz.nl of bellen met IZZ-Kraamzorg, telefoonnummer: 0900 - 222 32 42 (€ 0,10/min).

10.3. Eigen bijdrage kraamzorg

Omschrijving:

de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de Regeling zorgverzekering.

Vergoeding:

volledig.

Bijzonderheden:

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

10.4. Kraamzorg bij adoptie

Omschrijving:

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

Door:

kraamverzorgende verbonden aan een kraamcentrum.

Vergoeding:

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

10.5. Extra kraamzorg moeder en pasgeborene

Omschrijving:

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

Door:

kraamverzorgende verbonden aan een kraamcentrum.

Vergoeding:

ten hoogste 20 uur.

Bijzonderheden:

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

10.6. Borstvoeding

Omschrijving:

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

Door:

lactatiekundige.

Vergoeding:

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

Verwijzing door:

verloskundige, kraamcentrum, consultatiebureau-arts of jeugd-gezondheidszorg-verpleegkundige.

Bijzonderheden:

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

10.7. Elektrische borstkolf

Omschrijving:

huur van een elektrische borstkolf tijdens en na een ziekenhuisopname van 8 dagen of langer van een zieke zuigeling, waarbij de moeder thuis verblijft.

Vergoeding:

ten hoogste € 110,00 per bevalling.

Bijzonderheden:

de nota dient vergezeld te gaan van het ingevulde formulier 'huur elektrische borstkolf'. U kunt dit formulier downloaden via www.izz.nl of telefonisch aanvragen via telefoonnummer 0900 - 0274 (lokaal tarief).

Artikel 11 | Incontinentiezorgservice

Omschrijving:

behandeling van en leefadviezen aan vrouwelijke verzekerden die last hebben van ongewenst urineverlies. De zorg kan eventueel aan huis worden geleverd. Er wordt gebruik gemaakt van een diagnostisch expertsysteem dat bestaat uit een:

- zelfzorgmodule. Dit is een digitale vragenlijst die u kunt vinden op www.incocure.nl. Na het invullen van deze vragenlijst ontvangt u online een medische conclusie met aanbevelingen;
- intensieve begeleidingsmodule. Dit is een programma met een intensieve persoonlijke begeleiding door een incontinentieverpleegkundige.

Door:

Incontinentiezorgservice. Zie www.incocure.nl

Vergoeding:

volledig, eenmalig.

Artikel 12 | Vitamines

Omschrijving:

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

Vergoeding:

ten hoogste € 200,00 per kalenderjaar.

Voorschrift:

behandelend arts.

Machtiging:

ja.

Artikel 13 | Huishoudelijke verzorging

Omschrijving:

het bieden van huishoudelijke hulp bij ernstige en/of langdurige ziekte, ongeval of tijdens of na een ziekenhuisopname van de verzekerde, als overbrugging voor gelijksoortige hulp op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

De huishoudelijke hulp omvat de algemene organisatie van het huishouden, zoals de gebruikelijke schoonmaakwerkzaamheden, de maaltijdverzorging, de opvang van huisgenoten en het halen van de boodschappen. De hulp wordt geleverd op het woonadres van de verzekerde, zoals dat bij Zorgverzekeraar IZZ bekend is.

De hulp dient in een periode van maximaal 3 maanden aaneengesloten, voorafgaand aan het moment dat aanspraak bestaat op huishoudelijke verzorging vanuit de gemeente op grond van de Wmo, ingepland te worden.

Door:

organisatie waarmee Zorgverzekeraar IZZ daartoe een overeenkomst heeft gesloten dan wel op aanvraag van de verzekerde een andere (erkende) thuiszorgorganisatie.

Vergoeding:

Als gebruik wordt gemaakt door een zorgaanbieder waarmee Zorgverzekeraar IZZ:

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

Machtiging:

ja.

Bijzonderheden:

1. voor het aanvragen van huishoudelijke hulp kan tijdens kantooruren, 9.00 tot 17.00 uur contact worden opgenomen met IZZ Zorgadvies en bemiddeling, telefoonnummer: 040 - 297 53 13;
2. bij de aanvraag dient een kopie van de aanvraag voor huishoudelijke ondersteuning op basis van de Wmo te worden overlegd;
3. de huishoudelijke hulp wordt binnen 2 werkdagen (mits gemeld bij Zorgverzekeraar IZZ voor 10.30 uur) na aanmelding bij Zorgverzekeraar IZZ geboden bij de verzekerde thuis, tenzij hulp op een later tijdstip gewenst is;
4. er bestaat geen aanspraak op huishoudelijke hulp vanaf het moment dat aanspraak bestaat op huishoudelijke verzorging vanuit de gemeente op grond van de Wmo;
5. de zorg wordt vooraf voor de gehele periode ingepland;
6. onder huishoudelijke hulp wordt niet verstaan verpleegkundig dan wel medisch handelen of lichamelijke verzorging;
7. de huishoudelijke hulp wordt alleen geboden in Nederland.

V. Regeling aanvullende vergoedingen Pakket 1

Artikel 1 | Alternatieve zorg

Omschrijving:

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

1. een therapeut of arts die lid is van één van de volgende verenigingen:
 - Algemene Beroepsvereniging voor Counseling (ABvC);
 - Artsenvereniging voor Biofysische geneeskunde en Bioinformatie therapie (ABB);
 - Artsenvereniging voor Biologische en Natuurlijke Geneeskunde (ABNG-2000);
 - Artsenvereniging voor Homeopathie (VHAN);
 - Beroeps Associatie voor Therapeut & Consument (BATC);
 - Beroepsgemeenschap van Psychosociale Hulpverleners werkend vanuit de Antroposofie (BPHA);
 - Beroepsorganisatie voor Paranormaal Therapeuten (NFPN);
 - Beroepsvereniging Tekentaal (BVT);
 - Beroepsvereniging voor APS Therapie (BVAT);
 - Beroepsvereniging voor Holistisch Energetisch werkende Therapeut (BHET);
 - Beroepsvereniging voor Kinesiologie (BvK);
 - Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB);
 - Federatie voor Additief Geneeskundig Therapeuten (FAGT);
 - Internationale Beroepsvereniging van Marcosterapeuten (IBMT);
 - Landelijke Vereniging Natuurlijke Geneeswijzen (LVNG);
 - Landelijke Vereniging Psychosociaal Werkenden (LVPW);
 - Maatschappij ter Bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG);
 - Nederlands Gilde voor Health Counselling en Psychotherapie en Nederlands Gilde van Hypnotherapeuten (NGVH);
 - Nederlands Instituut voor Bio-energetische Analyse (NIBA);
 - Nederlands Verbond voor Psychologen, Psychotherapeuten en Agogen (NVPA);
 - Nederlands Vlaamse Associatie voor Gestalttherapie en Gestalttheorie (NVAGT);
 - Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV);
 - Nederlandse Artsenvereniging voor Neuraaltherapie volgens Huneke en Regulatietherapie (NVNR);
 - Nederlandse Beroepsvereniging Meridiaan- Kleurentherapie (NBMK);
 - Nederlandse Beroepsvereniging van Gestalttherapeuten (NBGT);
 - Nederlandse Beroepsvereniging van Hypnotherapeuten (NBVH);
 - Nederlandse Federatie Gezondheidszorg (NFG);
 - Nederlandse Organisatie van Klassiek Homeopaten (NOKH);
 - Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA);
 - Nederlandse Vereniging van Antroposofische Zorgaanbieders (NVAZ);
 - Nederlandse Vereniging van Biodynamische Therapeuten (NVBT);
 - Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH);
 - Nederlandse Vereniging van Speltherapeuten (NVVS);
 - Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA);
 - Nederlandse Vereniging voor Fytotherapie (NVF);
 - Nederlandse Vereniging voor Geestelijke- en Natuurgeneeswijzen (NVGN);
 - Nederlandse Vereniging voor Kunstzinnige Therapieën op antroposofische grondslag (NVKToag);
 - Nederlandse Vereniging voor Mesologie (NVVM);
 - Nederlandse Vereniging voor Postural Integration Therapeuten en aanverwante beroepen (NVPITea);
 - Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Kindertherapie (NVPMKT);
 - Nederlandse Vereniging voor Soma Therapeuten (NVST);
 - Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde (NVTTCG Zhong);

- Nederlandse Werkgroep van Praktijzers in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP);
- Omni Podo Genootschap (OMNI PODO);
- Stichting International Free University (IFU);
- Vereniging Additieve Genezers (VAG);
- Vereniging Beter Natuurlijk (VBN);
- Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (VBAG);
- Vereniging van Artsen voor Orthopedische Geneeskunde (VAOG);
- Vereniging van Genezers vanuit Psychosofia (VGP);
- Vereniging van Integraal Therapeuten (VIT);
- Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT);
- Vereniging van Nederlandse Reflexzone Therapeuten (VNRT);
- Vereniging van Transpersoonlijke Psychosociale Therapeuten (VTP);
- Vereniging Verloskunde & Homeopathie (VV&H);
- Vereniging voor lokal meridiaan Shiatsu-therapeuten® (VIS);
- Vereniging voor Psychosynthese-therapie Nederland (VPN).

2. een arts, die zich specifiek heeft toegelegd op:
 - acupunctuur;
 - behandeling op antroposofische grondslag;
 - homeopathie;
 - behandeling volgens de Moermanmethode;
 - behandeling volgens de natuurgeneeswijze.

Hebt u klachten aan uw bewegingsapparaat? Kijkt u dan ook in artikel 4 Beweegzorg (fysiotherapie en bewegingstherapie). Daarin zijn naast de reguliere therapieën, zoals fysiotherapie en oefen-therapie Cesar/Mensendieck ook alternatieve therapieën, specifiek gericht op het behandelen van klachten aan het bewegingsapparaat opgenomen. Zo vindt u daar bijvoorbeeld orthomanele therapie maar ook antroposofische bewegingstherapie.

3. geneesmiddelen die voldoen aan alle van de volgende afzonderlijke punten:

- die op grond van de Geneesmiddelenwet als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen worden gekenmerkt;
- die zijn voorgeschreven door een arts die lid is van één van de verenigingen genoemd onder omschrijving, punt 1, door een arts zoals bedoeld onder omschrijving, punt 2, door een huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige;
- die ter hand gesteld zijn door een apotheker of apothekhoudend huisarts.

Vergoeding:

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

- het honorarium € 200,00;
- de geneesmiddelen € 100,00.

Artikel 2 | Bijzondere voedingsmiddelen

Omschrijving:

vloeibare voeding bestemd voor patiënten die terminale thuisverpleging ontvangen of thuis verpleegd worden in verband met herstel na zware ziekte.

Ter hand gesteld door:

voorkeursleverancier, apotheker of apothekhoudend huisarts.

De voorkeursleveranciers zijn:

- Sorgente in Houten (voor alle diëtvoeding), telefoonnummer 030 - 634 62 62;
- Tefa Portanje B.V in Woerden (voor sondevoeding), telefoonnummer 0348 - 49 57 77.

Beide leveranciers leveren de diët-/ sondevoeding aan huis.

Vergoeding:

ten hoogste € 280,00 per kalenderjaar.

Voorschrift:

huisarts of medisch specialist.

Machtiging:

ja. Als u gebruik maakt van levering van bijzondere voedingsmiddelen via een voorkeursleverancier, dan verzorgt deze de machtigingsaanvraag voor u.

Artikel 3 | Buitenland**Wettelijke bijdragen in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland.****Omschrijving:**

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

Vergoeding:

ten hoogste € 1.000,00 per kalenderjaar.

Artikel 4 | Beweegzorg (fysiotherapie en bewegingstherapie)**Omschrijving:**

beweegzorg is zorg die klachten aan het bewegingsapparaat verhelpt. Dat kan zorg zijn zoals:

1. fysiotherapeuten en oefentherapeuten deze plegen te bieden;
2. ergotherapeuten deze plegen te bieden met als doel uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen;
3. behandelingen door alternatieve therapeuten.

Hieronder vindt u een opsomming wat onder beweegzorg valt.

- Voor de zorg genoemd onder omschrijving, punt 1 en 2:
 1. fysiotherapie;
 2. oedeemtherapie;
 3. oefentherapie Cesar/Mensendieck;
 4. ergotherapie;
- Voor de zorg genoemd onder omschrijving, punt 3:
 5. alternatieve bewegingstherapie, zoals chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., (ortho)manuele therapie, craniosacraaltherapie, haptotherapie, ontspannings- en ademhalings-therapie van Dixhoorn, antroposofische therapie.

Door:

1. (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut;
2. oedeemtherapeut of huidtherapeut;
3. (kinder)oefentherapeut Cesar/Mensendieck, psychosomatisch oefentherapeut Cesar/Mensendieck;
4. ergotherapeut;
5. chiropractor (Mchiro, D.C., BSc, MSc), osteopaat (MRO, DO-MRO), manueel therapeut E.S.®, orthomanueel arts, craniosacraaltherapeut, haptotherapie, adem- en ontspannings-therapeut of antroposofisch therapeut.

De therapeuten dienen ingeschreven te zijn in het (kwaliteits)register van de betreffende beroepsverenigingen.

Zorgverzekeraar IZZ werkt samen met aanbieders van fysiotherapie waarmee een overeenkomst is gesloten die naast de gewone behandelingen ook speciale groepsprogramma's voor verzekerden met specifieke aandoeningen zoals diabetes, obesitas, COPD bieden. Voor meer informatie zie www.izz.nl.

Vergoeding:

de kosten van zorg genoemd onder omschrijving punt 1, 2 en 3 samen worden vergoed tot:

- ten hoogste € 250,00 per kalenderjaar, als de verzekerde alleen ingeschreven is in de Regeling aanvullende vergoedingen pakket 1;
- ten hoogste € 400,00 per kalenderjaar als de verzekerde is ingeschreven in de Basisaanvullende regeling en de Regeling aanvullende vergoedingen pakket 1.

Als de behandeling wordt verzorgd door een zorgaanbieder met wie zorgverzekeraar IZZ geen overeenkomst heeft gesloten, worden de kosten vergoed tot ten hoogste de tarieven zoals genoemd in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders IZZ 2009. Deze lijst is beschikbaar op www.izz.nl en op aanvraag verkrijgbaar via 0900 - 0274 (lokaal tarief).

Verwijzing:

voor fysiotherapie, oedeemtherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck hebt u een verwijzing nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Als u naar een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck gaat met wie Zorgverzekeraar IZZ een overeenkomst heeft gesloten dan is een verwijzing niet noodzakelijk.

Maakt u gebruik van een leverancier waarmee Zorgverzekeraar IZZ een overeenkomst heeft, dan is de screening door de fysiotherapeut gratis. In de screening stelt de fysiotherapeut vast of uw klachten behandeld kunnen worden door een fysiotherapeut. Voor meer informatie zie www.izz.nl.

Bijzonderheden:

1. als het behandeling betreft van een aandoening volgens bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering dan vindt - voor verzekerden van 18 jaar en ouder vanaf de 10e behandeling - vergoeding plaats vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een machtiging vereist van Zorgverzekeraar IZZ;
2. verzekerden jonger dan 18 jaar hebben recht op vergoeding van de kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de 19e behandeling. De eerste 18 behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering;
3. vergoeding van de kosten van ergotherapie geldt vanaf het elfde behandeluur. Vergoeding van de eerste tien behandeluren vindt plaats vanuit de zorgverzekering;
4. met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld:
 - zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek;
 - sportmassage;
 - arbeids- en bezigheidstherapie;
 - arbocuratieve- of reïntegratietrajecten;
 - niet-curatieve (groeps)behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, medische fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining e.d.

Artikel 5 | Huidbehandelingen**5.1. Acnebehandeling****Omschrijving:**

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

Door:

huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Vergoeding:
ten hoogste € 200,00 per kalenderjaar.

Indicatie:
ernstige vorm van acne.

Verwijzing door:
huisarts of medisch specialist.

5.2. Camouflagetherapie

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

Door:
huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Vergoeding:
ten hoogste € 200,00 per kalenderjaar.

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

Verwijzing door:
huisarts of medisch specialist.

5.3. Epilatie

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

Door:
huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Vergoeding:
ten hoogste € 570,00 per kalenderjaar.

Indicatie:
extreme haargroei in het gelaat.

Verwijzing door:
huisarts of medisch specialist.

5.4. Psoriasisbehandeling

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

Door:
een in psoriasis gespecialiseerd dagbehandelingscentrum.

Vergoeding:
ten hoogste € 910,00 per kalenderjaar.

Indicatie:
ernstige vorm van psoriasis.

Verwijzing door:
dermatoloog.

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

Artikel 6 | Hulpmiddelen

6.1. Hoortoestellen

Omschrijving:
batterijen voor een hoortoestel.

Geleverd door:
leverancier met wie Zorgverzekeraar IZZ een overeenkomst heeft gesloten.

Vergoeding:
ten hoogste 36 batterijen per 12 maanden per hoortoestel voor ten hoogste twee hoortoestellen.

Bijzonderheden:

1. recht op vergoeding bestaat alleen als aanspraak bestaat op een hoortoestel op grond van de zorgverzekering.
2. een overzicht van de door Zorgverzekeraar IZZ gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen via www.izz.nl of telefonisch op te vragen via telefoonnummer: 0900 - 0274 (lokaal tarief).

6.2. Mammaprothese

Omschrijving:
artikelen die worden gebruikt na een borstamputatie zoals plakstrips voor een mammaprothese, een borstprothese BH, een prothese badpak, een zwemprothese en schoonmaakartikelen.

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

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

6.3. Pruik

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

Vergoeding:
ten hoogste € 50,00.

Bijzonderheden:

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

6.4. Schoenen

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

Vergoeding:
u heeft de keuze uit een vergoeding voor:

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

Door:
oorspronkelijke leverancier.

Bijzonderheden:

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

6.5. Thuisbewakingsmonitor**Omschrijving:**

waarschuwingmonitor bedoeld voor signalering van ernstige hart-ritmestoornissen en/of ernstige ademhalingsstoornissen in de door Zorgverzekeraar IZZ met de leverancier afgesproken uitvoering.

Geleverd door:

leverancier met wie Zorgverzekeraar IZZ daartoe een overeenkomst heeft gesloten.

Vergoeding:

bruikleen voor een periode van ten hoogste 24 maanden.

Voorschrift:

kinderarts.

Machtiging:

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

Bijzonderheden:

een overzicht van de door Zorgverzekeraar IZZ gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen via www.izz.nl of telefonisch op te vragen via telefoonnummer: 0900 - 0274 (lokaal tarief).

6.6. Wekapparatuur / plaswekker**Omschrijving:**

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

Vergoeding:

1. volledig, indien geleverd door Van Lent Systems BV in Oss, telefoonnummer 0412 - 64 06 90;
2. € 50,00, indien geleverd door een leverancier met wie Zorgverzekeraar IZZ geen overeenkomst heeft gesloten.

Artikel 7 | Kuuroord**Omschrijving:**

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

Vergoeding:

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

Indicatie:

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

Verwijzing door:

reumatoloog.

Machtiging:

ja.

Artikel 8 | Orthodontie**Omschrijving:**

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

Door:

tandarts of orthodontist.

Vergoeding:

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

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

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

Vergoeding:

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

Bijzonderheden:

1. recht op vergoeding bestaat alleen als er aanspraak op de zorg bestaat vanuit de zorgverzekering. De te verlenen vergoeding heeft een aanvullend karakter;
2. de vergoeding wordt uitbetaald in euro's;
3. voor het verkrijgen van geneeskundige zorg kan een beroep worden gedaan op de IZZ-Alarmcentrale, telefoonnummer: +31 (0)70 314 51 65 (+= internationaal toegangsnummer). Zorgverzekeraar IZZ adviseert de verzekerde om de IZZ-Alarmcentrale in te schakelen bij met name spoedeisende zorg waarmee hoge kosten zijn gemoeid, zoals een behandeling of opname in een ziekenhuis;
4. de kosten van repatriëring worden vergoed vanuit de IZZ Reisverzekering. Voor meer informatie over de IZZ Reisverzekering, zie www.izz.nl.

Artikel 10 | Stottertherapie**Omschrijving:**

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

Door:

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

Vergoeding:

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

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

Machtiging:

ja.

Artikel 11 | Tandheelkundige zorg

11.1. Opbouw

Omschrijving:

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

Door:

tandarts.

Vergoeding:

een volledige vergoeding van:

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

11.2. Kronen en bruggen

Omschrijving:

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

Door:

tandarts.

Vergoeding:

ten hoogste de onderstaande bedragen:

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

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

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

11.3. Implantaten in de niet-tandeloze kaak

Omschrijving:

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

Door:

kaakchirurg of tandarts.

Vergoeding:

de vergoeding bestaat uit:

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

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

11.4. Frameprothese

Omschrijving:

een gedeeltelijke uitneembare gebitsprothese met een metalen frame.

Door:

tandarts.

Vergoeding:

ten hoogste de onderstaande bedragen:

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

¹⁾ de techniekkosten zijn al opgenomen in bovenstaande vergoedingen.

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

11.5. Overige prothetische voorzieningen

Omschrijving:

overige prothetische voorzieningen, inclusief techniekkosten.

	UPT-code
partiële prothese: - 1 t/m 4 elementen - 5 of meer elementen	P10
	P15
noodprothese 6 of meer elementen	P45
uitbreiding bestaande prothese	P79
extra voor gegoten ankers, per stuk	P18
rebasen per werkstuk	P51/P52/P53/P54
reparatie van prothese	P57/P58
extra voor immediaat, per element	P40

Door:

tandarts.

Vergoeding:

volledig, op basis van de onder omschrijving genoemde UPT-codes.

Artikel 12 | Verblijf

12.1. Herstelingsoord

Omschrijving:

verblijf in een van de volgende herstellingsoorde:

- het Wilhelminahuis in Valburg;
- Herstelcentrum de Wiltzangk in Bilthoven;
- Herstelhotel de KIM in Noordwijk;
- Herstelingsoord Overbosch in Hilversum;
- Kuur en Herstel Wijk bij Duurstede in Wijk bij Duurstede;
- Landgoed de Hezenberg in Hattem.

Vergoeding:

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

Bijzonderheden:

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

12.2. Therapeutisch vakantiecamp voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

Omschrijving:

verblijf in een van de volgende therapeutische vakantiecampen:

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

Vergoeding:

ten hoogste € 230,00 per kalenderjaar.

Machtiging:

ja.

12.3. Logieskosten

Omschrijving:

verblijf:

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

Vergoeding:

ten hoogste 15 nachten per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

1. recht op vergoeding bestaat uitsluitend als aanspraak bestaat op opname of twee dagbehandelingen van de verzekerde die op aaneengesloten dagen plaatsvinden, in een ziekenhuis op grond van de zorgverzekering;
2. de afstand woonplaats-logeerplaats bedraagt ten minste 40 kilometer (enkele reis);
3. ook bestaat aanspraak op vergoeding van logieskosten van ten hoogste twee gezinsleden.

Artikel 13 | Verloskundige zorg en kraamzorg

13.1. Verloskundige zorg

Omschrijving:

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

ziekenhuis in rekening brengt en het bedrag zoals genoemd in de Regeling zorgverzekering.

Vergoeding:

volledig.

Bijzonderheden:

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

13.2. Kraampakket

Omschrijving:

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

Vergoeding:

volledig.

Bijzonderheden:

u kunt het kraampakket aanvragen via onze website: www.izz.nl of bellen met IZZ Kraamzorg, telefoonnummer: 0900 - 222 32 42 (€ 0,10/min).

13.3. Eigen bijdrage kraamzorg

Omschrijving:

de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de Regeling zorgverzekering.

Vergoeding:

volledig.

Bijzonderheden:

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

13.4. Kraamzorg bij adoptie

Omschrijving:

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

Door:

kraamverzorgende verbonden aan een kraamcentrum.

Vergoeding:

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

13.5. Extra kraamzorg moeder en pasgeborene

Omschrijving:

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

Door:
kraamverzorgende verbonden aan een kraamcentrum.

Vergoeding:
ten hoogste 20 uur.

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

13.6. Borstvoeding

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

Door:
lactatiekundige.

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

Verwijzing door:
verloskundige, kraamcentrum, consultatiebureau-arts of jeugd-gezondheidszorg-verpleegkundige.

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

13.7. Elektrische borstkolf

Omschrijving:
huur van een elektrische borstkolf tijdens en na een ziekenhuisopname van 8 dagen of langer van een zieke zuigeling, waarbij de moeder thuis verblijft.

Vergoeding:
ten hoogste € 110,00 per bevalling.

Bijzonderheden:
de nota dient vergezeld te gaan van het ingevulde formulier 'huur elektrische borstkolf'. U kunt dit formulier downloaden via www.izz.nl of telefonisch aanvragen via telefoonnummer 0900 - 0274 (lokaal tarief).

Artikel 14 | Incontinentiezorgservice

Omschrijving:
behandeling van en leefadviezen aan vrouwelijke verzekerden die last hebben van ongewenst urineverlies. De zorg kan eventueel aan huis worden geleverd. Er wordt gebruik gemaakt van een diagnostisch expertsysteem dat bestaat uit een:

- zelfzorgmodule. Dit is een digitale vragenlijst die u kunt vinden op www.incocure.nl. Na het invullen van deze vragenlijst ontvangt u online een medische conclusie met aanbevelingen;
- intensieve begeleidingsmodule. Dit is een programma met een intensieve persoonlijke begeleiding door een incontinentieverpleegkundige.

Door:
Incontinentiezorgservice. Zie www.incocure.nl.

Vergoeding:
volledig, eenmalig.

Artikel 15 | Vitamines

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

Vergoeding:
ten hoogste € 200,00 per kalenderjaar.

Voorschrift:
behandelend arts.

Machtiging:
ja.

Artikel 16 | Huishoudelijke verzorging

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

De hulp dient in een periode van maximaal 3 maanden aaneengesloten, voorafgaand aan het moment dat aanspraak bestaat op huishoudelijke verzorging vanuit de gemeente op grond van de Wmo, ingepland te worden.

Door:
organisatie waarmee Zorgverzekeraar IZZ daartoe een overeenkomst heeft gesloten, dan wel, op aanvraag van de verzekerde een andere (erkende) thuiszorgorganisatie.

Vergoeding:
Als gebruik wordt gemaakt door een zorgaanbieder waarmee Zorgverzekeraar IZZ:

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

Machtiging:
ja.

Bijzonderheden:

1. voor het aanvragen van huishoudelijke hulp kan tijdens kantooruren, 9.00 tot 17.00 uur contact worden opgenomen met IZZ Zorgadvies en bemiddeling, telefoonnummer: 040 - 297 53 13;
2. bij de aanvraag dient een kopie van de aanvraag voor huishoudelijke ondersteuning op basis van de Wmo te worden overlegd;
3. de huishoudelijke hulp wordt binnen 2 werkdagen (mits gemeld bij Zorgverzekeraar IZZ voor 10.30 uur) na aanmelding bij Zorgverzekeraar IZZ geboden bij de verzekerde thuis, tenzij hulp op een later tijdstip gewenst is;
4. er bestaat geen aanspraak op huishoudelijke hulp vanaf het moment dat aanspraak bestaat op huishoudelijke verzorging vanuit de gemeente op grond van de Wmo;
5. de zorg wordt vooraf voor de gehele periode ingepland;
6. onder huishoudelijke hulp wordt niet verstaan verpleegkundig dan wel medisch handelen of lichamelijke verzorging;
7. de huishoudelijke hulp wordt alleen geboden in Nederland.

VI. Regeling aanvullende vergoedingen Pakket 2

Artikel 1 | Alternatieve zorg

Omschrijving:

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

1. een therapeut of arts die lid is van één van de volgende verenigingen:
 - Algemene Beroepsvereniging voor Counseling (ABvC);
 - Artsenvereniging voor Biofysische geneeskunde en Bioinformatie therapie (ABB);
 - Artsenvereniging voor Biologische en Natuurlijke Geneeskunde (ABNG-2000);
 - Artsenvereniging voor Homeopathie (VHAN);
 - Beroeps Associatie voor Therapeut & Consument (BATC);
 - Beroepsgemeenschap van Psychosociale Hulpverleners werkend vanuit de Antroposofie (BPHA);
 - Beroepsorganisatie voor Paranormaal Therapeuten (NFPN);
 - Beroepsvereniging Tekentaal (BVT);
 - Beroepsvereniging voor APS Therapie (BVAT);
 - Beroepsvereniging voor Holistisch Energetisch werkende Therapeut (BHET);
 - Beroepsvereniging voor Kinesiologie (BvK);
 - Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB);
 - Federatie voor Additief Geneeskundig Therapeuten (FAGT);
 - Internationale Beroepsvereniging van Marcostherapeuten (IBMT);
 - Landelijke Vereniging Natuurlijke Geneeswijzen (LVNG);
 - Landelijke Vereniging Psychosociaal Werkenden (LVPW);
 - Maatschappij ter Bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG);
 - Nederlands Gilde voor Health Counseling en Psychotherapie en Nederlands Gilde van Hypnotherapeuten (NGVH);
 - Nederlands Instituut voor Bio-energetische Analyse (NIBA);
 - Nederlands Verbond voor Psychologen, Psychotherapeuten en Agogen (NVPa);
 - Nederlands Vlaamse Associatie voor Gestalttherapie en Gestalttheorie (NVAGT);
 - Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV);
 - Nederlandse Artsenvereniging voor Neuraaltherapie volgens Huneke en Regulatietherapie (NVNR);
 - Nederlandse Beroepsvereniging Meridiaan- Kleurentherapie (NBMK);
 - Nederlandse Beroepsvereniging van Gestalttherapeuten (NBGT);
 - Nederlandse Beroepsvereniging van Hypnotherapeuten (NBVH);
 - Nederlandse Federatie Gezondheidszorg (NFG);
 - Nederlandse Organisatie van Klassiek Homeopaten (NOKH);
 - Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA);
 - Nederlandse Vereniging van Antroposofische Zorgaanbieders (NVAZ);
 - Nederlandse Vereniging van Biodynamische Therapeuten (NVBT);
 - Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH);
 - Nederlandse Vereniging van Speltherapeuten (NVVS);
 - Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA);
 - Nederlandse Vereniging voor Fytotherapie (NVF);
 - Nederlandse Vereniging voor Geestelijke- en Natuurgeneeswijzen (NVGN);
 - Nederlandse Vereniging voor Kunstzinnige Therapieën op antroposofische grondslag (NVKToag);
 - Nederlandse Vereniging voor Mesologie (NVVM);
 - Nederlandse Vereniging voor Postural Integration Therapeuten en aanverwante beroepen (NVPITea);
 - Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Kindertherapie (NVPMTK);
 - Nederlandse Vereniging voor Soma Therapeuten (NVST);
 - Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde (NVTCG Zhong);

- Nederlandse Werkgroep van Praktijzen in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP);
- Omni Podo Genootschap (OMNI PODO);
- Stichting International Free University (IFU);
- Vereniging Additieve Genezers (VAG);
- Vereniging Beter Natuurlijk (VBN);
- Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (VBAG);
- Vereniging van Artsen voor Orthopedische Geneeskunde (VAOG);
- Vereniging van Genezers vanuit Psychosofia (VGP);
- Vereniging van Integraal Therapeuten (VIT);
- Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT);
- Vereniging van Nederlandse Reflexzone Therapeuten (VNRT);
- Vereniging van Transpersoonlijke Psychosociale Therapeuten (VTP);
- Vereniging Verloskunde & Homeopathie (VV&H);
- Vereniging voor lokai meridiaan Shiatsu-therapeuten® (VIS);
- Vereniging voor Psychosynthese-therapie Nederland (VPN).

2. een arts, die zich specifiek heeft toegelegd op:
 - acupunctuur;
 - behandeling op antroposofische grondslag;
 - homeopathie;
 - behandeling volgens de Moermanmethode;
 - behandeling volgens de natuurgeneeswijze.

Hebt u klachten aan uw bewegingsapparaat? Kijkt u dan ook in artikel 5 Bewegezorg (fysiotherapie en bewegingstherapie). Daarin zijn naast de reguliere therapieën, zoals fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck ook alternatieve therapieën, specifiek gericht op het behandelen van klachten aan het bewegingsapparaat opgenomen. Zo vindt u daar bijvoorbeeld orthomanele therapie maar ook antroposofische bewegingstherapie.

3. geneesmiddelen die voldoen aan alle van de volgende afzonderlijke punten:
 - die op grond van de Geneesmiddelenwet als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen worden gekenmerkt;
 - die zijn voorgeschreven door een arts die lid is van één van de verenigingen genoemd onder omschrijving, punt 1, door een arts zoals bedoeld onder omschrijving, punt 2, door een huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige;
 - die ter hand gesteld zijn door een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding:

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

- het honorarium € 500,00;
- de geneesmiddelen € 300,00.

Artikel 2 | Bijzondere voedingsmiddelen

Omschrijving:

vloeibare voeding bestemd voor patiënten die terminale thuisverpleging ontvangen of thuis verpleegd worden in verband met herstel na zware ziekte.

Terhand gesteld door:

voorkeursleverancier, apotheker of apotheekhoudend huisarts.

De voorkeursleveranciers zijn:

- Sorgente in Houten (voor alle dieetvoeding), telefoonnummer 030 - 634 62 62;
- Tefa Portanje B.V in Woerden (voor sondevoeding), telefoonnummer 0348 - 49 57 77.

Beide leveranciers leveren de dieet-/sondevoeding aan huis.

Vergoeding:

ten hoogste € 280,00 per kalenderjaar.

Voorschrift:

huisarts of medisch specialist.

Machtiging:

ja. Als u gebruik maakt van levering van bijzondere voedingsmiddelen via een voorkeursleverancier dan verzorgt deze de machtigingsaanvraag voor u.

Artikel 3 | Brillen en contactlenzen**Omschrijving:**

een tegemoetkoming in de kosten van contactlenzen en/of brillenglazen op sterkte met bijbehorende brilmonturen.

Door:

opticien of optiekbedrijf.

Vergoeding:

ten hoogste € 340,00 in een periode van drie kalenderjaren. Deze vergoeding is inclusief de vergoeding voor brillen en contactlenzen in de Basisaanvullende regeling.

Bijzonderheden:

Zorgverzekeraar IZZ heeft met een aantal opticienketens speciaal voor u aanvullende afspraken gemaakt. Kiest u ervoor om bij deze voorkeursleveranciers uw bril en/of contactlenzen aan te schaffen dan levert u dat extra voordeel op. Zo kunt u voor hetzelfde geld een duurdere bril uitzoeken. Voor meer informatie zie www.izz.nl.

Artikel 4 | Buitenland**Wettelijke bijdragen in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland.****Omschrijving:**

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

Vergoeding:

ten hoogste € 1.000,00 per kalenderjaar.

Artikel 5 | Bewegzorg (fysiotherapie en bewegingstherapie)**Omschrijving:**

bewegzorg is zorg die klachten aan het bewegingsapparaat verhelpt. Dat kan zorg zijn zoals:

1. fysiotherapeuten en oefentherapeuten deze plegen te bieden;
2. ergotherapeuten deze plegen te bieden met als doel uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen;
3. behandelingen door alternatieve therapeuten.

Hieronder vindt u een opsomming wat onder bewegzorg valt.

- Voor de zorg genoemd onder omschrijving, punt 1 en 2:
 1. fysiotherapie;
 2. oedeemtherapie;
 3. oefentherapie Cesar/Mensendieck;
 4. ergotherapie;
- Voor de zorg genoemd onder omschrijving, punt 3:
 5. alternatieve bewegingstherapie, zoals chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., (ortho)manuele therapie, craniosacraaltherapie, haptotherapie, ontspannings- en ademhalings therapie van Dixhoorn, antroposofische therapie.

Door:

1. (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut;
2. oedeemtherapeut of huidtherapeut;
3. (kinder)oefentherapeut Cesar/Mensendieck, psychosomatisch oefentherapeut Cesar/Mensendieck;
4. ergotherapeut;
5. chiropractor (Mchiro, D.C., BSc, MSc), osteopaat (MRO, DO-MRO), manueel therapeut E.S.[®], orthomanueel arts, craniosacraaltherapeut, haptotherapie, adem- en ontspannings-therapeut of antroposofisch therapeut.

De therapeuten dienen ingeschreven te zijn in het (kwaliteits)register van de betreffende beroepsverenigingen.

Zorgverzekeraar IZZ werkt samen met aanbieders van fysiotherapie waarmee een overeenkomst is gesloten die naast de gewone behandelingen ook speciale groepsprogramma's voor verzekerden met specifieke aandoeningen zoals diabetes, obesitas, COPD bieden. Voor meer informatie zie www.izz.nl.

Vergoeding:

1. voor de zorg genoemd onder omschrijving, punt 1 en 2:

Als de behandeling wordt verzorgd door een zorgaanbieder met wie zorgverzekeraar IZZ:

 - 1a. een overeenkomst heeft gesloten: volledig;
 - 1b. geen overeenkomst heeft gesloten: ten hoogst de tarieven zoals genoemd in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders IZZ 2009. Deze lijst is beschikbaar op www.izz.nl en op aanvraag verkrijgbaar via 0900 - 0274 (lokaal tarief);
2. de kosten van zorg genoemd onder omschrijving, punt 3: ten hoogste € 600,00 per kalenderjaar.

Verwijzing:

voor fysiotherapie, oedeemtherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck hebt u een verwijzing nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Als u naar een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck gaat met wie Zorgverzekeraar IZZ een overeenkomst heeft gesloten, dan is een verwijzing niet noodzakelijk.

Maakt u gebruik van een leverancier waarmee Zorgverzekeraar IZZ een overeenkomst heeft, dan is de screening door de fysiotherapeut gratis. In de screening stelt de fysiotherapeut vast of uw klachten behandeld kunnen worden door een fysiotherapeut. Voor meer informatie zie www.izz.nl.

Bijzonderheden:

1. als het behandeling betreft van een aandoening volgens bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering dan vindt - voor verzekerden van 18 jaar en ouder vanaf de 10e behandeling - vergoeding plaats vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een machtiging vereist van Zorgverzekeraar IZZ;
2. verzekerden jonger dan 18 jaar hebben recht op vergoeding van de kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de 19e behandeling. De eerste 18 behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering;
3. vergoeding van de kosten van ergotherapie geldt vanaf het elfde behandeluur. Vergoeding van de eerste tien behandeluren vindt plaats vanuit de zorgverzekering;
4. met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld:
 - zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek;
 - sportmassage;
 - arbeids- en bezigheidstherapie;
 - arbocuratieve- of reïntegratietrajecten;
 - niet-curatieve (groeps)behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, medische fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining e.d.

Artikel 6 | Huidbehandelingen

6.1. Acnebehandeling

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

Door:
huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Vergoeding:
ten hoogste € 200,00 per kalenderjaar.

Indicatie:
ernstige vorm van acne.

Verwijzing door:
huisarts of medisch specialist.

6.2. Camouflagetherapie

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

Door:
huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Vergoeding:
ten hoogste € 200,00 per kalenderjaar.

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

Verwijzing door:
huisarts of medisch specialist.

6.3. Epilatie

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

Door:
huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Vergoeding:
ten hoogste € 570,00 per kalenderjaar.

Indicatie:
extreme haargroei in het gelaat.

Verwijzing door:
huisarts of medisch specialist.

6.4. Psoriasisbehandeling

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

Door:
een in psoriasis gespecialiseerd dagbehandelingscentrum.

Vergoeding:
ten hoogste € 910,00 per kalenderjaar.

Indicatie:
ernstige vorm van psoriasis.

Verwijzing door:
dermatoloog.

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

Artikel 7 | Hulpmiddelen

7.1. Hoortoestellen

Omschrijving:
batterijen voor een hoortoestel.

Geleverd door:
leverancier met wie Zorgverzekeraar IZZ een overeenkomst heeft gesloten.

Vergoeding:
ten hoogste 36 batterijen per 12 maanden per hoortoestel voor ten hoogste twee hoortoestellen.

Bijzonderheden:

1. recht op vergoeding bestaat alleen als aanspraak bestaat op het hulpmiddel op grond van de zorgverzekering;
2. een overzicht van de door Zorgverzekeraar IZZ gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen via www.izz.nl of telefonisch op te vragen via telefoonnummer: 0900 - 0274 (lokaal tarief).

7.2. Mammaprothese

Omschrijving:
artikelen die worden gebruikt na een borstamputatie zoals plakstrips voor een mammaprothese, een borstprothese BH, een prothese badpak, een zwemprothese en schoonmaakartikelen.

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

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

7.3. Pruiken

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

Vergoeding:
ten hoogste € 50,00.

Bijzonderheden:

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

7.4. Schoenen

Omschrijving:

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

Vergoeding:

u heeft de keuze uit een vergoeding voor:

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

Door:

oorspronkelijke leverancier.

Bijzonderheden:

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

7.5. Steunzolen

Omschrijving:

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

Geleverd door:

orthopedisch(e) schoenmaker(ij) of werkplaats of podotherapeut.

Vergoeding:

ten hoogste € 90,00 eenmaal per twee kalenderjaren.

Voorschrift:

huisarts, medisch specialist of podotherapeut.

7.6. Thuisbewakingsmonitor

Omschrijving:

waarschuwingsmonitor bedoeld voor signalering van ernstige hart-ritmestoornissen en/of ernstige ademhalingsstoornissen in de door Zorgverzekeraar IZZ met de leverancier afgesproken uitvoering.

Geleverd door:

leverancier met wie Zorgverzekeraar IZZ daartoe een overeenkomst heeft gesloten.

Vergoeding:

bruikleen voor een periode van ten hoogste 24 maanden.

Voorschrift:

kinderarts.

Machtiging:

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

Bijzonderheden:

een overzicht van de door Zorgverzekeraar IZZ gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen via www.izz.nl of telefonisch op te vragen via telefoonnummer: 0900 - 0274 (lokaal tarief).

7.7. Wekapparatuur / plaswekker

Omschrijving:

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

Vergoeding:

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

2. € 50,00, indien geleverd door een leverancier met wie Zorgverzekeraar IZZ geen overeenkomst heeft gesloten.

Artikel 8 | Kuuroord

Omschrijving:

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

Vergoeding:

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

Indicatie:

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

Verwijzing door:

reumatoloog.

Machtiging:

ja.

Artikel 9 | Orthodontie

Omschrijving:

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

Door:

tandarts of orthodontist.

Vergoeding:

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

Artikel 10 | Psychologische zorg

10.1. Eerstelijnspsychologische zorg

Omschrijving:

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

Door:

gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijnspsycholoog. Eerstelijnspsychologische zorg zoals beschreven in dit artikel voor verzekerden jonger dan 18 jaar mag ook worden verleend door een kinderpsycholoog, jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist. De zorg kan plaatsvinden op een afdeling psychiatrie van een algemeen ziekenhuis, in een GGZ-instelling of vrijgevestigde praktijk.

Vergoeding:

ten hoogste 4 zittingen per kalenderjaar tot ten hoogste € 60,00 per zitting.

10.2. Seksuologische zorg

Omschrijving:

zorg door een seksuoloog die zich richt op het vakgebied van de seksuologie. Dit vakgebied richt zich op een groot aantal aspecten zoals intimiteit, erotiek, vruchtbaarheid, geboorteregeling, seksuele functies en ethiek. Hieronder wordt ook verstaan relatie- en partnertherapie.

Door:
seksuoloog.

Vergoeding:
ten hoogste 8 zittingen per kalenderjaar tot ten hoogste € 60,00 per zitting.

Verwijzing:
huisarts, bedrijfsarts.

Artikel 11 | Reizen

Spoedeisende zorg tijdens vakantie en tijdelijk verblijf

Omschrijving:

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

Vergoeding:
volledig, op basis van werelddekking.

Bijzonderheden:

1. recht op vergoeding bestaat alleen als er aanspraak op de zorg bestaat vanuit de zorgverzekering. De te verlenen vergoeding heeft een aanvullend karakter;
2. de vergoeding wordt uitbetaald in euro's;
3. voor het verkrijgen van geneeskundige zorg kan een beroep worden gedaan op de IZZ Alarmcentrale, telefoonnummer: +31 (0)70 314 51 65 (+= internationaal toegangsnummer). Zorgverzekeraar IZZ adviseert de verzekerde om de IZZ Alarmcentrale in te schakelen bij met name spoedeisende zorg waarmee hoge kosten zijn gemoeid, zoals een behandeling of opname in een ziekenhuis;
4. de kosten van repatriëring worden vergoed vanuit de IZZ Reisverzekering. Voor meer informatie over de IZZ Reisverzekering, zie www.izz.nl.

Artikel 12 | Stottertherapie

Omschrijving:

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

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

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

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

Machtiging:

ja.

Artikel 13 | Tandheelkundige zorg

13.1. Curatieve tandheelkundige zorg

Omschrijving:

parodontologische zorg.

Door:

tandarts. De mondhygiënist en tandprotheticus mogen zorg verlenen die behoort tot hun deskundigheidsgebied.

Vergoeding:

UPT-codes beginnend met een T, tot ten hoogste € 1.000,00 per jaar.

13.2. Opbouw

Omschrijving:

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

Door:

tandarts.

Vergoeding:

een volledige vergoeding van:

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

13.3. Kronen en bruggen

Omschrijving:

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

Door:

tandarts.

Vergoeding:

ten hoogste de onderstaande bedragen:

	UPT-code	Vergoeding
kronen en brugdelen, per element	R20/R25/R26/R27/ R40/R45	€ 250,00 ¹⁾
etsbrug, per element	R60/R61/ R65/R66	€ 120,00 ¹⁾
indirecte labiale veneering	R79	€ 90,00 ¹⁾
opnieuw vastzetten gegoten restauraties	R74	volledig

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

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

13.4. Implantaten in de niet-tandeloze kaak

Omschrijving:

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

Door:

kaakchirurg of tandarts.

Vergoeding:

de vergoeding bestaat uit:

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

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

13.5. Frameprothese

Omschrijving:

een gedeeltelijke uitneembare gebitsprothese met een metalen frame.

Door:

tandarts.

Vergoeding:

ten hoogste de onderstaande bedragen:

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

¹⁾ de techniekkosten zijn al opgenomen in bovenstaande vergoedingen.

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

13.6. Overige prothetische voorzieningen

Omschrijving:

overige prothetische voorzieningen, inclusief techniekkosten.

	UPT-code
partiële prothese: - 1 t/m 4 elementen - 5 of meer elementen	P10
	P15
noodprothese 6 of meer elementen	P45
uitbreiding bestaande prothese	P79
extra voor gegoten ankers, per stuk	P18
rebasen per werkstuk	P51/P52/P53/P54
reparatie van prothese	P57/P58
extra voor immediaat, per element	P40

Door:

tandarts.

Vergoeding:

volledig, op basis van de onder omschrijving genoemde UPT-codes.

Artikel 14 | Verblijf

14.1. Herstellingsoord

Omschrijving:

verblijf in een van de volgende herstellingsoorden:

- het Wilhelminahuis in Valburg;
- Herstelcentrum de Wiltzangk in Biltoven;
- Herstelhotel de KIM in Noordwijk;
- Herstellingsoord Overbosch in Hilversum;
- Kuur en Herstel Wijk bij Duurstede in Wijk bij Duurstede;
- Landgoed de Hezenberg in Hattem.

Vergoeding:

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

Bijzonderheden:

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

14.2. Therapeutisch vakantiecamp voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Omschrijving:

verblijf in een van de volgende therapeutische vakantiecampen:

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

Vergoeding:

ten hoogste € 230,00 per kalenderjaar.

Machtiging:

ja.

14.3. Logieskosten

Omschrijving:

verblijf:

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

Vergoeding:

ten hoogste 15 nachten per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

1. recht op vergoeding bestaat uitsluitend als aanspraak bestaat op opname of twee dagbehandelingen van de verzekerde die op aaneengesloten dagen plaatsvinden in een ziekenhuis op grond van de zorgverzekering;
2. de afstand woonplaats-logeerplaats bedraagt ten minste 40 kilometer (enkele reis);
3. ook bestaat aanspraak op vergoeding van logieskosten van ten hoogste twee gezinsleden.

Artikel 15 | Verloskundige zorg en kraamzorg

15.1. Verloskundige zorg

Omschrijving:

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

Vergoeding:

volledig.

Bijzonderheden:

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

15.2. Kraampakket

Omschrijving:

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

Vergoeding:

volledig.

Bijzonderheden:

u kunt het kraampakket aanvragen via onze website: www.izz.nl of bellen met IZZ Kraamzorg, telefoonnummer: 0900 - 222 32 42 (€ 0,10/min).

15.3. Eigen bijdrage kraamzorg

Omschrijving:

de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de Regeling zorgverzekering.

Vergoeding:

volledig.

Bijzonderheden:

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

15.4. Kraamzorg bij adoptie

Omschrijving:

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

Door:

kraamverzorgende verbonden aan een kraamcentrum.

Vergoeding:

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

15.5. Extra kraamzorg moeder en pasgeborene

Omschrijving:

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

Door:

kraamverzorgende verbonden aan een kraamcentrum.

Vergoeding:

ten hoogste 20 uur.

Bijzonderheden:

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

15.6. Borstvoeding

Omschrijving:

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

Door:

lactatiekundige.

Vergoeding:

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

Verwijzing door:

verloskundige, kraamcentrum, consultatiebureau-arts of jeugdgezondheidszorg-verpleegkundige.

Bijzonderheden:

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

15.7 Elektrische borstkolf

Omschrijving:

huur van een elektrische borstkolf tijdens en na een ziekenhuisopname van 8 dagen of langer van een zieke zuigeling, waarbij de moeder thuis verblijft.

Vergoeding:

ten hoogste € 110,00 per bevalling.

Bijzonderheden:

de nota dient vergezeld te gaan van het ingevulde formulier 'huur elektrische borstkolf'. U kunt dit formulier downloaden via www.izz.nl of telefonisch aanvragen via telefoonnummer 0900 - 0274 (lokaal tarief).

Artikel 16 | Voetbehandelingen

Omschrijving:

1. podotherapie. Hieronder wordt verstaan behandelingen van voetafwijkingen, huid- en nagelaandoeningen, of problemen aan het steun- en bewegingsapparaat die voortvloeien uit de voeten;
2. voetverzorging voor verzekerden met diabetes mellitus, type I of II.

Door:

1. voor behandelingen genoemd onder omschrijving, punt 1: podotherapeut;
2. voor behandelingen genoemd onder omschrijving, punt 2: pedicure met aantekening 'diabetesvoet'.

Vergoeding:

ten hoogste € 180,00 per kalenderjaar.

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

Bijzonderheden:

voor vergoeding van de kosten van steunzolen, zie artikel 7.5, Steunzolen.

Artikel 17 | Incontinentiezorgservice

Omschrijving:

behandeling van en leefadviezen aan vrouwelijke verzekerden die last hebben van ongewenst urineverlies. De zorg kan eventueel aan huis worden geleverd. Er wordt gebruik gemaakt van een diagnostisch expertsysteem dat bestaat uit een:

- zelfzorgmodule. Dit is een digitale vragenlijst die u kunt vinden op www.incocure.nl. Na het invullen van deze vragenlijst ontvangt u online een medische conclusie met aanbevelingen;
- intensieve begeleidingsmodule. Dit is een programma met een intensieve persoonlijke begeleiding door een incontinentieverpleegkundige.

Door:

Incontinentiezorgservice. Zie www.incocure.nl.

Vergoeding:

volledig, eenmalig.

Artikel 18 | Vitamines

Omschrijving:

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

Vergoeding:

€ 200,00 per kalenderjaar.

Voorschrift:

behandelend arts.

Machtiging:

ja.

Artikel 19 | Huishoudelijke verzorging

Omschrijving:

het bieden van huishoudelijke hulp bij ernstige en/of langdurige ziekte, ongeval of tijdens of na een ziekenhuisopname van de verzekerde, als overbrugging voor gelijksoortige hulp op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

De huishoudelijke hulp omvat de algemene organisatie van het huishouden, zoals de gebruikelijke schoonmaakwerkzaamheden, de maaltijdverzorging, de opvang van huisgenoten en het halen van de boodschappen. De hulp wordt geleverd op het woonadres van de verzekerde, zoals dat bij Zorgverzekeraar IZZ bekend is.

De hulp dient in een periode van maximaal 3 maanden aaneengesloten, voorafgaand aan het moment dat aanspraak bestaat op huishoudelijke verzorging vanuit de gemeente op grond van de Wmo, ingepland te worden.

Door:

organisatie waarmee Zorgverzekeraar IZZ daartoe een overeenkomst heeft gesloten, dan wel, op aanvraag van de verzekerde een andere (erkende) thuiszorgorganisatie.

Vergoeding:

Als gebruik wordt gemaakt door een zorgaanbieder waarmee Zorgverzekeraar IZZ:

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

Machtiging:

ja.

Bijzonderheden:

1. voor het aanvragen van huishoudelijke hulp kan tijdens kantooruren, 9.00 tot 17.00 uur contact worden opgenomen met IZZ Zorgadvies en bemiddeling, telefoonnummer: 040 - 297 53 13;
2. bij de aanvraag dient een kopie van de aanvraag voor huishoudelijke ondersteuning op basis van de Wmo te worden overlegd;
3. de huishoudelijke hulp wordt binnen 2 werkdagen (mits gemeld bij Zorgverzekeraar IZZ voor 10.30 uur) na aanmelding bij Zorgverzekeraar IZZ geboden bij de verzekerde thuis, tenzij hulp op een later tijdstip gewenst is;
4. er bestaat geen aanspraak op huishoudelijke hulp vanaf het moment dat aanspraak bestaat op huishoudelijke verzorging vanuit de gemeente op grond van de Wmo;
5. de zorg wordt vooraf voor de gehele periode ingepland;
6. onder huishoudelijke ondersteuning wordt niet verstaan verpleegkundig dan wel medisch handelen of lichamelijke verzorging;
7. de huishoudelijke hulp wordt alleen geboden in Nederland.

VII. IZZ Comfort

Artikel 1 | Welkomspakket

Omschrijving:

‘welkomspakket’, bij dagverpleging of opname in een ziekenhuis, met daarin zaken om het verblijf en het herstel na de behandeling te veraangename.

Vergoeding:

volledig.

Bijzonderheden:

1. verzekerden, of hun familieleden, dienen zelf de opname te melden via IZZ Zorgservice: tel. 040 - 297 53 13;
2. recht op vergoeding bestaat uitsluitend als er aanspraak bestaat op een opname op grond van de zorgverzekering;
3. aanspraak op het ‘welkomspakket’ bestaat alleen bij een opname in Nederland.

Artikel 2 | Verblijf in één- of tweepersoonskamer

Omschrijving:

een verblijf in een één- of tweepersoonskamer bij een geplande opname in een ziekenhuis waarmee Zorgverzekeraar IZZ hiervoor een overeenkomst heeft gesloten. Bij een niet-geplande opname zal het ziekenhuis zich inspannen om verblijf in een één- of tweepersoonskamer mogelijk te maken. U dient bij het opnamebureau van het ziekenhuis te melden dat u het pakket IZZ Comfort hebt afgesloten.

Vergoeding:

volledig.

Bijzonderheden:

1. recht op vergoeding bestaat uitsluitend als er aanspraak bestaat op opname op grond van de zorgverzekering;
2. als verblijf door niet voldoende bedden capaciteit niet plaatsvindt in een één- of tweepersoonskamer wordt een compensatievergoeding verleend van € 50,00 per ligdag. Deze compensatievergoeding wordt niet verleend als verblijf op een één- of tweepersoonskamer niet mogelijk is, bijvoorbeeld om verpleegkundige of medische redenen, zoals bij opname op de afdeling intensive care. Het bedrag kunt u claimen via uw declaratieformulier, door een briefje aan het formulier toe te voegen waarin u aangeeft hoeveel ligdagen u niet gebruik hebt kunnen maken van de één- of tweepersoonskamer. Zorgverzekeraar IZZ bekijkt samen met de verzekerde welke mogelijkheden er zijn;
3. een overzicht van de door Zorgverzekeraar IZZ gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen via www.izz.nl of telefonisch op te vragen via telefoonnummer: 0900 - 0274 (lokaal tarief).

Artikel 3 | Comfortarrangement

Omschrijving:

comfortarrangement bij een opname in een ziekenhuis, waarmee Zorgverzekeraar IZZ hiervoor een overeenkomst heeft gesloten. Dit arrangement bestaat ten minste uit de aansluitkosten van telefoon en televisie aan bed.

Vergoeding:

volledig.

Bijzonderheden:

1. recht op vergoeding bestaat uitsluitend als er aanspraak bestaat op opname op grond van de zorgverzekering;
2. er bestaat geen recht op vergoeding als verblijf op een één- of tweepersoonskamer niet mogelijk is, bijvoorbeeld om verpleegkundige of medische redenen, zoals bij opname op de afdeling intensive care;
3. een overzicht van de door Zorgverzekeraar IZZ gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen via www.izz.nl of telefonisch op te vragen via telefoonnummer: 0900 - 0274 (lokaal tarief).

Artikel 4 | Huishoudelijke hulp

Omschrijving:

het bieden van huishoudelijke hulp bij ziekte, ongeval of tijdens of na een ziekenhuisopname van de verzekerde.

Door:

organisatie waarmee Zorgverzekeraar IZZ daartoe een overeenkomst heeft gesloten.

Vergoeding:

volledig, tot ten hoogste 10 uur per kalenderjaar.

Machtiging:

ja.

Bijzonderheden:

1. voor het aanvragen van huishoudelijke hulp kan tijdens kantooruren van 09.00 tot 17.00 uur contact worden opgenomen met IZZ Zorgservice, telefoonnummer 040 - 297 53 13;
2. huishoudelijke hulp wordt binnen 2 werkdagen geboden bij de verzekerde thuis, tenzij hulp op een later moment gewenst is;
3. er bestaat geen aanspraak op huishoudelijke hulp als aanspraak bestaat op huishoudelijke hulp vanuit de gemeente op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning;
4. huishoudelijke hulp wordt alleen geboden in Nederland;
5. onder huishoudelijke hulp wordt niet verstaan verpleegkundig dan wel medisch handelen of lichamelijke verzorging.

Artikel 5 | Kinderopvang

Omschrijving:

het bieden van kinderopvang voor kinderen van ten hoogste 12 jaar bij:

1. ziekte van het kind waardoor de reguliere kinderopvang geen doorgang kan vinden;
2. ziekenhuisopname van één van de ouders of van een ander kind binnen het gezin.

De opvang vindt plaats in huis bij de verzekerde.

Door:

kinderopvang met wie Zorgverzekeraar IZZ daartoe een overeenkomst heeft gesloten.

Vergoeding:

volledig, tot ten hoogste 24 uur per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

1. voor het aanvragen van kinderopvang kan tijdens kantooruren van 9.00 tot 17.00 uur contact worden opgenomen met IZZ Zorgservice, telefoonnummer 040 - 297 53 13;
2. kinderopvang wordt maximaal binnen 2 werkdagen geboden bij de verzekerde thuis, tenzij hulp op een later moment gewenst is;
3. kinderopvang wordt alleen geboden in Nederland.

Meer weten?

Hebt u vragen, neem dan contact op met de afdeling personeelszaken of de salarisadministratie van uw werkgever. Natuurlijk kunt u als u meer wilt weten ook contact met ons opnemen.

De meestgestelde vragen staan op onze website: www.izz.nl. Voor dringende vragen kunt u bellen met IZZ, 0900 - 0274 (lokaal tarief).

IZZ De zorgverzekeraar voor de zorgsector
Postbus 30374
6503 HZ Nijmegen
Telefoon 0900 - 0274 (lokaal tarief)
www.izz.nl

