



SIZ Aanvullende Verzekering 2008

Hoofdstuk 1 Algemeen gedeelte

Hoofdstuk 2 Budget / Accent / Plus / Actief

INHOUDSOPGAVE

HOOFDSTUK 1 ALGEMEEN GEDEELTE	5	Alternatieve zorg	13
Artikel 1. Begripsomschrijvingen	5	Artikel 4. Alternatieve zorg	13
Artikel 2. Algemene bepalingen	7	Artikel 5. Alternatieve geneesmiddelen	14
2.1. Grondslag	7	Paramedische Zorg	14
2.2. Medische noodzaak	8	Artikel 6. Dieetadvisering	14
2.3. Ontlenen recht	8	Artikel 7. Fysiotherapie en oefentherapie	14
2.4. Fraude	8	Cesar/Mensendieck	14
2.5. Aanspraak op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen	8	7.1. Fysiotherapie en oefentherapie	14
2.6. Verwerken persoonsgegevens	8	Cesar/ Mensendieck voor verzekerden	14
2.7. Kennisgevingen	8	jonger dan 18 jaar	14
2.8. Vergoeding van de kosten van zorg	8	7.2. Fysiotherapie en oefentherapie	14
2.9. Lidmaatschap van de Coöperatie	8	Cesar/ Mensendieck voor verzekerden	15
2.10. Bedenkperiode	8	van 18 jaar en ouder	15
2.11. Nederlands recht	8	Artikel 8. Stottertherapie	16
Artikel 3. Premie	9	Huidbehandelingen	16
3.1. Verschuldigdheid	9	Artikel 9. Acnebehandeling	16
3.2. Collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering	9	Artikel 10. Camouflagetherapie	16
3.3. Betaling van premie	9	Artikel 11. Epilatie	16
3.4. Vordering	9	Artikel 12. Psoriasisbehandeling	16
3.5. Overlijden	9	Voetbehandelingen	17
3.6. Niet tijdig betalen	9	Artikel 13. Podotherapie	17
Artikel 4. Overige verplichtingen	9	Farmaceutische Zorg	17
4.1. Verplichtingen	9	Artikel 14. Geneesmiddelen ter bevordering van de vruchtbaarheid	17
4.2. Belangen	9	Artikel 15. Vitamines	17
Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden	10	Hulpmiddelen	17
5.1. Wijziging premie en voorwaarden	10	Artikel 16. Brilmontuur, brillenglazen en contactlenzen	17
5.2. Opzeggingsrecht	10	Artikel 17. Pruiken	18
Artikel 6. Ingang, duur en beëindiging	10	Artikel 18. Suphosekousen	18
6.1. Ingang en duur	10	Artikel 19. Steunpessarium	18
6.2. Wijziging pakket	10	Artikel 20. PUVA	18
6.3. Einde van rechtswege	10	Artikel 21. Steunzolen en therapiezolen	18
6.4. Opzegging door de verzekeringnemer	10	Artikel 22. Thuisbewakingsmonitor	18
6.5. Opzegging door de maatschappij	10	Artikel 23. Wekapparatuur/plaswekker	18
6.6. Gezondheidsrisico	10	Verblijf	19
6.7. Wijze van opzeggen	10	Artikel 24. Herstellingsoord	19
Artikel 7. Uitsluitingen	10	Artikel 25. Therapeutisch vakantiecamp voor verzekerden jonger dan 18 jaar	19
Artikel 8. Klachten en geschillen	11	Artikel 26. Kuuroord	19
8.1. Klachten en geschillen over de uitvoering van de verzekering	11	Artikel 27. Logieskosten	19
8.2. Klachten over formulieren van de maatschappij	11	Artikel 28. Gastenverblijf	19
Artikel 9. Zorg- en wachtlijstbemiddeling	11	Artikel 29. Hospice	19
HOOFDSTUK 2 SIZ AANVULLENDE VERZEKERING BUDGET/ACCENT/PLUS/ACTIEF	12	Preventie	20
Geneeskundige zorg	12	Artikel 30. Cursus stoppen met roken	20
Artikel 1. Verloskundige zorg en kraamzorg	12	Artikel 31. Preventieve cursussen en voorlichting	20
1.1. Verloskundige zorg	12	Artikel 32. Sportgeneeskunde	20
1.2. Kraampakket	12	Artikel 33. Zorg door een overgangsconsulente	21
1.3. Nazorg moeder	12	Artikel 34. Griepvaccinatie	21
1.4. Nazorg pasgeborene	12	Artikel 35. Gezond Leven Test	21
Artikel 2. Medisch specialistische zorg	12	Psychologische zorg	21
2.1. Circumcisie	12	Artikel 36. Eerstelijnspsychologische zorg	21
2.2. Sterilisatie	12	Artikel 37. Groepsrevalidatie en groepstherapie voor patiënten met kanker	22
Artikel 3. Plastische chirurgie	13		
3.1. Correctie oorschelpen (kinderen)	13		
3.2. Plastische chirurgie (overig)	13		
3.3. Plastische chirurgie (bijzondere medische omstandigheden)	13		

Vervoer		22
Artikel 38.	Vervoer in verband met transplantatie van organen	22
Reizen		22
Artikel 39.	Spoedeisende zorg tijdens vakantie en tijdelijk verblijf	22
Artikel 40.	Repatriëring	22
Artikel 41.	Vaccinatie	22
Buitenland		23
Artikel 42.	Wettelijke bijdragen in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland	23
Tandheelkundige zorg		23
Artikel 43.	Preventieve en curatieve tandheelkundige zorg	23
Artikel 44.	Gnathologie	24
Artikel 45.	Prothetische voorzieningen	24
Artikel 46.	Implantologie in de niet-tandeloze kaak	25
Artikel 47.	Inlays, kronen en bruggen	25
Artikel 48.	Restauraties door middel van niet-plastische materialen	25
Artikel 49.	Orthodontische zorg	25
49.1.	Orthodontische zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar	25
49.2.	Bijzondere orthodontische zorg voor verzekerden van 18 jaar of ouder	25
Verzuim		26
Artikel 50.	Huishoudelijke ondersteuning bij ziekte van verzekerde of partner	26
Artikel 51.	Taxivervoer	26

Artikel 1. Begripsomschrijvingen

In de hierna volgende verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

1. **Aanvullende verzekering:** de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven SIZ Aanvullende Verzekering, bestaande uit 4 pakketten, die als aanvulling op de SIZ Standaardverzekering gesloten kan worden.
2. **Acupuncturist:** een in Nederland gevestigde acupuncturist, die lid is van de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA), het Nederlands Genootschap voor Acupunctuur (NGvA), de Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de natuurlijke geneeskunst (NWP) of die opgenomen is in het (praktijk)register van de Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV).
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.
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 van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, eventueel in dienst van een gecertificeerde Arbo-dienst, en met wie of waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft gesloten.
9. **Bekkenfysiotherapeut:** een fysiotherapeut die als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
10. **Besluit zorgverzekering:** Besluit van 28 juni 2005 houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in de artikelen 11, 20, 22, 32, 34 en 89 van de Zvw.
11. **Besnijdeniscentrum:** een centrum dat zich heeft toegelegd op het verrichten van circumcisies, en waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft gesloten.
12. **Chiropractor:** een in Nederland gevestigde chiropractor (D.C., Bsc of Msc).
13. **Collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering:** een overeenkomst gesloten tussen de maatschappij en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een SIZ Standaardverzekering en eventuele SIZ Aanvullende Verzekering te sluiten.
14. **Coöperatie:** de Coöperatie VGZ-IZA-Trias-Groep U.A.
15. **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.
16. **Diëtist:** degene die op grond van artikel 2 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefen-therapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel diëtist en met wie de maatschappij een overeenkomst heeft gesloten.
17. **Eerstelijnspsycholoog:** een gezondheidszorgpsycholoog die als eerstelijnspsycholoog is ingeschreven in het Register van eerstelijnspsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
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 schadeverzekering betrokken personen en organisaties, en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse 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 heilgymnastmasseur 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. **Gezondheidszorgpsycholoog:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

23. **GGD:** de Gemeentelijke Gezondheidsdienst.
24. **GGZ-instelling:** een instelling die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening levert, en als zodanig is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZI).
25. **Huidtherapeut:** degene die op grond van artikel 2 van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel huidtherapeut.
26. **Huisarts:** een arts die als huisarts is ingeschreven in het register van de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
27. **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.
28. **Jeugdpsycholoog:** degene die als jeugdpsycholoog is ingeschreven in het Register van jeugdpsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
29. **Kaakchirurg:** een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
30. **Kinderfysiotherapeut:** een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
31. **Kinderpsycholoog:** degene die als kinderpsycholoog is ingeschreven in het Register van kinderpsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
32. **Klassiek homeopaat:** een in Nederland gevestigde klassiek homeopaat, die lid is van de Nederlandse Vereniging voor Klassieke Homeopathie (NVKH), de Nederlandse Organisatie van Klassiek Homeopaten (NOKH) of de Nederlandse Werkgroep van Praktijzers in de natuurlijke geneeskunst (NWP).
33. **Klinisch psycholoog:** een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.
34. **Kraamcentrum:** een als zodanig toegelaten instelling volgens de bij of krachtens wet gestelde regels, alsmede de door de maatschappij als zodanig erkende instelling waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft gesloten.
35. **Kraamverzorgende:** een gediplomeerde kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.
36. **Maatschappij:** VGZ Zorgverzekeraar NV, gevestigd in Nijmegen, die deze verzekeringen aanbiedt of uitvoert. VGZ Zorgverzekeraar NV is een onderdeel van de Coöperatie VGZ-IZA-Trias-Groep U.A.
37. **Machtiging:** een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens de maatschappij wordt verstrekt voor de verzekerde, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.
38. **Manueel therapeut:** een fysiotherapeut die als manueel therapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of degene die als manueel therapeut E.S.® is aangesloten bij de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT).
39. **Medisch specialist:** een arts die als medisch specialist is ingeschreven in een van de registers ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
40. **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 en met wie de maatschappij een overeenkomst heeft gesloten.
41. **NZa:** Nederlandse Zorgautoriteit als bedoeld in de Wet marktordening gezondheidszorg.
42. **Oedeemtherapeut:** een fysiotherapeut die als oedeemtherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie.
43. **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.
44. **Orthodontist:** een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
45. **Orthopedagoog-Generalist:** degene die als zodanig is ingeschreven in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).
46. **Osteopaat:** een in Nederland gevestigde osteopaat (DOMRO, MRO).
47. **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.
48. **Pedicure met aantekening 'diabetesvoet':** een pedicure 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).
49. **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.

50. **Regeling zorgverzekering:** Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1 september 2005, nummer z/vv.2611957, houdende regels ter zake van de uitvoering van de Zvw.
51. **RIAGG:** een Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg.
52. **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.
53. **SIZ:** de Stichting IZA Ziektekostenverzekeringen.
54. **SIZ Standaardverzekering:** een tussen de maatschappij en de verzekeringnemer ten behoeve van een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering.
55. **Sportmedische instelling:** een instelling die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).
56. **Tandarts:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
57. **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 de maatschappij een overeenkomst heeft gesloten.
58. **Travel Health Clinic:** een kliniek, verbonden aan een ziekenhuis, voor gezondheidsadviezen, vaccinaties en artikelen die nodig zijn voor een gezond verblijf in de (sub)tr-open.
59. **Verblijf:** verblijf met een duur van 24 uur of langer.
60. **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.
61. **Verloskundige:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
62. **Verpleegkundige:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
63. **Verzekerde:** degene ten behoeve van wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door de maatschappij, is vermeld.
64. **Verzekeringnemer:** degene die met de maatschappij deze verzekeringsovereenkomst heeft gesloten.
65. **Voorkeursleverancier/voorkeursaanbieder:** een leverancier/zorgaanbieder waarmee/met wie de maatschappij een overeenkomst heeft gesloten en waarmee/met wie specifieke afspraken zijn gemaakt.
66. **Wet BIG:** Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
67. **Werkgever:** het bedrijf of de instelling zoals bedoeld in de collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering.
68. **Werknemer:** degene zoals bedoeld in de collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering.
69. **Wmg-tarieven:** tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg.
70. **Zelfstandig behandelcentrum:** een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en waarmee de maatschappij voor bepaalde vormen van zorg een overeenkomst heeft gesloten. Hierin is geen verblijf van 24 uur of langer toegestaan voor behandelingen waarvan de betreffende DBC onder het A-segment valt.
71. **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.
72. **Zorgverzekering:** een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of volgens de wet geregeld niet te boven gaan.
73. **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 de maatschappij zijn verstrekt. De maatschappij verstrekt de verzekeringnemer en, als deze een andere is dan de verzekeringnemer, de verzekerde zo spoedig mogelijk na het sluiten van de verzekeringsovereenkomst, en vervolgens voorafgaande aan ieder kalenderjaar, een polis. Op het polisblad worden de verzekerden en de voor hen gesloten verzekering(en) vermeld.

Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de volgende pakketten van de SIZ Aanvullende Verzekering:

Budget;
Accent;
Plus;
Actief.

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

De SIZ Aanvullende Verzekering Actief is van toepassing als en zolang dit in de collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering is vastgelegd.

2.2. *Medische noodzaak*

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

2.3. *Ontlenen recht*

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

2.4. *Fraude*

Als de maatschappij fraude constateert 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. Geconstateerde fraude kan ook tot gevolg hebben dat SZ: - aangifte doet bij de politie; - de verzekering beëindigt en gedurende een periode van 5 jaar weigert nieuwe verzekeringsovereenkomsten te sluiten; - registratie doet in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen; - al uitgekeerde vergoedingen terugvordert van en/of verhaalt op de verzekeringnemer en/of de verzekerde; - (onderzoeks)kosten vordert van en/of verhaalt op de verzekeringnemer en/of de verzekerde, waarbij de onderzoekskosten worden berekend overeenkomstig de berekeningswijze zoals neergelegd in het Besluit vaststelling onderzoekskosten SZ. Dit besluit wordt op verzoek kosteloos toegezonden.

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

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

2.6. *Verwerken persoonsgegevens*

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

2.7. *Kennisgevingen*

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

2.8. *Vergoeding van de kosten van zorg*

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

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

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

2.9. *Lidmaatschap van de Coöperatie*

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

2.10 *Bedenkperiode*

De verzekeringnemer kan bij het aangaan van de verzekering de verzekeringsovereenkomst binnen 14 dagen na aangaan van de verzekering zonder opgaaf van redenen 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. Premie

3.1. *Verschuldigheid*

De verzekeringnemer is premie verschuldigd. Geen premie is verschuldigd voor een verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt. Tot de verzekerde de leeftijd van 22 jaar bereikt geldt een lagere premie. De hogere premie gaat in op de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van 22 jaar heeft bereikt.

3.2. *Collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering*

De premies 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.

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

De verzekeringsvoorwaarden, waaronder de premie(betaling), zoals die gelden voor de individuele overeenkomst gaan in op de dag volgend op de dag waarop de verzekerde niet langer voldoet aan de voorwaarden voor deelname aan de betreffende collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering.

3.3. *Betaling van premie*

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

3.4. *Vordering*

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

3.5. *Overlijden*

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

3.6. *Niet tijdig betalen*

3.6.1. Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, kan de maatschappij de dekking schorsen en/of de verzekering beëindigen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een in de aanmaning gestelde termijn van ten minste 14 dagen.

3.6.2. Ingeval van schorsing van de dekking geldt dat geen recht bestaat op zorg of vergoeding van de kosten van zorg, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning of een nader te bepalen later gelegen tijdstip. De dekking wordt weer van kracht vanaf de dag volgende op de dag waarop het gehele verschuldigde bedrag en eventuele kosten als bedoeld in lid 3.6.3, door de maatschappij zijn ontvangen. Over de periode van schorsing blijft de verzekeringnemer premie verschuldigd.

3.6.3. Als na aanmaning niet binnen de gestelde termijn wordt betaald kan de maatschappij de administratiekosten, infor-

deringskosten (zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk) en wettelijke rente aan de verzekeringnemer in rekening brengen.

3.6.4. Aanmaningen als bedoeld in dit artikel worden schriftelijk gedaan.

3.6.5. De maatschappij kan achterstallige premie en kosten als bedoeld in lid 3.6.3 verrekenen met schadekosten die de verzekerde bij hem heeft gedeclareerd dan wel met andere van de maatschappij te ontvangen bedragen.

3.6.6. Als de verzekering wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie wordt beëindigd kan de maatschappij gedurende een periode van 5 jaar weigeren een nieuwe verzekeringsovereenkomst met de verzekeringnemer te sluiten.

Artikel 4. Overige verplichtingen

4.1. *Verplichtingen*

De verzekeringnemer en de verzekerde zijn verplicht:

- de behandelend huisarts, medisch specialist of tandarts-specialist te vragen de reden van opname desgevraagd bekend te maken aan de medisch adviseur van de maatschappij;
- aan de maatschappij, haar medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van de gewenste informatie, die nodig is voor een goede uitvoering van de verzekering;
- de maatschappij te informeren over feiten, die met zich mee kunnen brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en verstrekt de maatschappij in dat verband de benodigde inlichtingen. In dit verband treft de verzekerde geen enkele regeling met een derde, zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van de maatschappij. De verzekerde onthoudt zich van handelingen waardoor de maatschappij in haar belangen kan worden geschaad;
- de maatschappij onverwijld op de hoogte te brengen van alle feiten en omstandigheden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals bijvoorbeeld geboorte, overlijden, wijziging bank- of gironummer. Als door verzuim van de verzekeringnemer of de verzekerde ten onrechte een premie of een te hoge premie in rekening wordt gebracht, bestaat geen aanspraak op terugbetaling;
- ingeval van vergoeding van de kosten van zorg de originele nota's binnen één jaar na dagtekening bij de maatschappij in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de maatschappij is gehouden. 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;
- een op grond van deze verzekeringsvoorwaarden vereiste verwijzing over te (laten) leggen, als de maatschappij hierom vraagt.

4.2. *Belangen*

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

Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden

5.1. *Wijziging premie en voorwaarden*

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

5.2. *Opzeggingsrecht*

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

- een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen;
- een verhoging van de premie rechtstreeks voortvloeit uit het bereiken van de leeftijd van 22 jaar door de verzekerde aan wiens leeftijd de premie gekoppeld is.

Artikel 6. Ingang, duur en beëindiging

6.1. *Ingang en duur*

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

6.2. *Wijziging pakket*

De verzekeringnemer kan een pakket steeds per 1 januari wijzigen in een ander pakket. De verzekeringnemer dient de wijziging uiterlijk 31 december door te geven aan de maatschappij.

De in de artikelen genoemde termijnen van de vergoedingen lopen door.

6.3. *Einde van rechtswege*

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

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

- 6.3.3. De SIZ Aanvullende Verzekering Actief eindigt op het moment waarop deelname aan de collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering niet meer mogelijk is.

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

6.4. *Opzegging door de verzekeringnemer*

De verzekeringnemer kan de verzekering opzeggen:

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

6.5. *Opzegging door de maatschappij*

De maatschappij kan de verzekering opzeggen of schorsen:

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

6.6. *Gezondheidsrisico*

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

6.7. *Wijze van opzeggen*

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

Artikel 7. Uitsluitingen

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

- 7.1. van zorg die verband houden met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het totstandkomen van de verzekering en waarmee de verzekerde bekend was of kon zijn of waarvan hij toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gemaakt aan de maatschappij. Deze uitsluiting is niet van toepassing als de verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- 7.2. van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van de maatschappij door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten, kosten van niet nagekomen afspraken of kosten wegens het niet tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- 7.3. die veroorzaakt zijn door grove schuld of opzet;
- 7.4. die bestaan uit eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- 7.5. van zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de AWBZ, als de verzekerde voor deze wet verzekerd was;
- 7.6. waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening als

de verzekering bij de maatschappij niet zou bestaan. In dat geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal op grond van deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen welke het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken. De maatschappij hanteert het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekering. Zie www.siz.nl;

- 7.7. 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;
- 7.8. van zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muitertij, zoals bepaald in artikel 1.6, lid 1d van de Wet op het financieel toezicht;
- 7.9. als gevolg van schade die het indirecte gevolg is van het handelen of nalaten van de maatschappij.

Artikel 8. Klachten en Geschillen

8.1. Klachten en geschillen over de uitvoering van de verzekering

- 8.1.1. Klachten en geschillen over de uitvoering van de verzekering kunnen aan de maatschappij worden voorgelegd ter attentie van de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 541, 2600 AM Delft. Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via onze website www.siz.nl. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.
- 8.1.2. Er is sprake van een geschil als er een verschil van inzicht is naar aanleiding van een door de maatschappij 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.
- 8.1.3. De maatschappij bepaalt haar definitieve standpunt of heroverweegt haar oorspronkelijke beslissing binnen een termijn van 30 dagen. Als de uitkomst niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of de verzekerde is of als de maatschappij 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.

8.2. Klachten over formulieren van de maatschappij

- 8.2.1. Klachten over door de maatschappij gehanteerde formulieren kunnen aan de maatschappij worden voorgelegd ter attentie van de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 541, 2600 AM Delft. Het is ook mogelijk een klachtenformulier te downloaden via www.siz.nl.
- 8.2.2. Klachten zoals genoemd onder lid 8.2.1 kunnen, nadat zij ter kennisneming zijn gebracht van de maatschappij en de maatschappij haar 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 9. Zorg- en wachtlijstbemiddeling

De verzekerde heeft aanspraak op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet aanvaardbare lange wachttijd voor medisch specialistische, 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 Zorgbemiddeling van de maatschappij. 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. De maatschappij bekijkt samen met de verzekerde welke mogelijkheden er zijn.

Geneeskundige zorg

Artikel 1. Verloskundige zorg en kraamzorg

1.1. Verloskundige zorg

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

Vergoeding:

Budget	volledig
Accent	volledig
Plus	volledig
Actief	geen vergoeding

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

1.2. Kraampakket

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

Vergoeding:

Budget	volledig
Accent	volledig
Plus	volledig
Actief	geen vergoeding

Bijzonderheden: u kunt het kraampakket aanvragen via IZA Kraamzorgservice, telefoonnummer 0900-899 85 00.

1.3. Nazorg moeder

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

Door: kraamverzorgende verbonden aan een kraamcentrum.

Vergoeding:

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

1.4. Nazorg pasgeborene

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

Door: kraamverzorgende verbonden aan een kraamcentrum.

Vergoeding:

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

Artikel 2. Medisch specialistische zorg

2.1. Circumcisie

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

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

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	volledig
Plus	volledig
Actief	geen vergoeding

Verwijzing door: huisarts of medisch specialist.

Machtiging: ja, met toelichting van de behandelend uroloog of huisarts.

2.2. Sterilisatie

Omschrijving: sterilisatie in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of huisartsenpraktijk.

Door: medisch specialist of als het een vasectomie (sterilisatie van de man) betreft: huisarts met wie de maatschappij daartoe afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding:

Budget	volledig
Accent	volledig
Plus	volledig
Actief	geen vergoeding

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	volledig
Plus	volledig
Actief	geen vergoeding

Verwijzing door: huisarts of medisch specialist.

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

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

Artikel 3. Plastische chirurgie

3.1. Correctie oorschelpen (kinderen)

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

Door: medisch specialist.

Vergoeding:

Budget	volledig
Accent	volledig
Plus	volledig
Actief	geen vergoeding

Verwijzing door: huisarts of medisch specialist.

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

3.2. Plastische chirurgie (overig)

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

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

Door: medisch specialist.

3.3. Plastische chirurgie (bijzondere medische omstandigheden)

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

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	50%
Plus	50%
Actief	geen vergoeding

Verwijzing door: huisarts of medisch specialist.

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

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

Alternatieve zorg

Artikel 4. Alternatieve zorg

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

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

Vergoeding:

Budget	€ 29,- per behandeling, tot ten hoogste € 290,- per kalenderjaar
Accent	€ 29,- per behandeling, tot ten hoogste € 290,- per kalenderjaar
Plus	€ 29,- per behandeling, tot ten hoogste € 290,- per kalenderjaar
Actief	geen vergoeding

B. - een chiropractor,

Vergoeding:

Budget	€ 29,- per behandeling, tot ten hoogste € 290,- per kalenderjaar
Accent	€ 29,- per behandeling, tot ten hoogste € 290,- per kalenderjaar
Plus	€ 29,- per behandeling, tot ten hoogste € 290,- per kalenderjaar
Actief	geen vergoeding

C. - een osteopaat,

Vergoeding:

Budget	€ 29,- per behandeling, tot ten hoogste € 290,- per kalenderjaar
Accent	€ 29,- per behandeling, tot ten hoogste € 290,- per kalenderjaar
Plus	€ 29,- per behandeling, tot ten hoogste € 290,- per kalenderjaar
Actief	geen vergoeding

Artikel 7. Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

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

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

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

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	ten hoogste € 300,- per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 600,- per kalenderjaar
Actief	ten hoogste € 1000,- per kalenderjaar

als de behandeling wordt verzorgd door een zorgaanbieder:

1. met wie de maatschappij een overeenkomst heeft gesloten: volledig tot de hiervoor genoemde bedragen;
2. met wie de maatschappij geen overeenkomst heeft gesloten: ten hoogste de tarieven zoals genoemd in het Reglement restitutie SIZ 2008 tot de hiervoor genoemde bedragen.

De maatschappij heeft met tien ketens van fysiotherapiepraktijken speciale afspraken gemaakt. Dit zijn de voorkeursaanbieders van de maatschappij. Naast de gewone behandelingen bieden zij ook speciale groepsprogramma's voor verzekerden met specifieke aandoeningen zoals diabetes, obesitas, COPD. Voor meer informatie zie www.siz.nl

De ketens zijn:

Club Fysio Therapie
telefoonnummer 0900-258239746
www.clubfysio.nl;

Fysio@ompany
telefoonnummer 073-623 22 22
www.fysiocompany.nl;

Fysiovisie
telefoonnummer 040-296 35 02
www.fysiovisie.nl;

Fys'optima
telefoonnummer 0416-33 06 22
www.fysoptima.nl;

Het Gezonde Net
info@gezondenet.nl
www.hetgezondenet.nl;

Optima Fysio
telefoonnummer 073-644 61 88
www.optimafysio.nl;

TIGRA
telefoonnummer 0900-288 14 43
www.tigra.nl;

Top-Care Fysiotherapie
telefoonnummer 0900-23 58 67 273
www.top-care.nl;

Topfysiotherapie
telefoonnummer 0495-53 23 28
www.topfysiotherapie.nl;

Vitaal & Fysiotherapie
telefoonnummer 06-55 777 820
www.vitaal-fysiotherapie.nl

Artikel 5. Alternatieve geneesmiddelen

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

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

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 262,- per kalenderjaar
Accent	ten hoogste € 262,- per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 262,- per kalenderjaar
Actief	geen vergoeding

Paramedische Zorg

Artikel 6. Dieetadvisering

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

Door: diëtist.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	geen vergoeding
Plus	geen vergoeding
Actief	ten hoogste 4 behandeluren per kalenderjaar

- Bijzonderheden:
1. recht op aanspraak (kinder)fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck bestaat vanaf de 19e behandeling. De eerste 18 behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering;
 2. als het een aandoening betreft volgens bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering dan vindt vergoeding plaats vanuit de zorgverzekering. Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl;
 3. het Reglement restitutie SIZ 2008 maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl;
 4. met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie of vorm van fitness die er toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen;
 5. manuele therapie volgens de methode Van der Bijl wordt vergoed tot ten hoogste 9 consulten met een maximum vergoeding van € 25,- per consult;
 6. als op grond van de SIZ Aanvullende Verzekering Actief aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor bovengenoemde zorg, vervalt het recht op vergoeding vanuit de SIZ Aanvullende Verzekering Accent en Plus;
 7. een overzicht van de door de maatschappij gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen via www.siz.nl. Informatie over welke zorgaanbieder gecontracteerd is door de maatschappij is ook telefonisch op te vragen, telefoonnummer: 015-251 16 11.

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

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

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

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	ten hoogste € 300,- per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 600,- per kalenderjaar
Actief	ten hoogste € 1000,- per kalenderjaar

als de behandeling wordt verzorgd door een zorgaanbieder:

1. met wie de maatschappij een overeenkomst heeft gesloten: volledig tot de hiervoor genoemde bedragen;
2. met wie de maatschappij geen overeenkomst heeft gesloten: ten hoogste de tarieven zoals genoemd in het Reglement restitutie SIZ 2008 tot de hiervoor genoemde bedragen.

De maatschappij heeft met tien ketens van fysiotherapiepraktijken speciale afspraken gemaakt. Dit zijn de voorkeursaanbieders van de maatschappij. Naast de gewone behandelingen bieden zij ook speciale groepsprogramma's voor verzekerden met specifieke aandoeningen zoals diabetes, obesitas, COPD. Voor meer informatie zie www.siz.nl

De ketens zijn:

- Club Fysio Therapie
telefoonnummer 0900-258239746
www.clubfysio.nl;
- Fysio@ompany
telefoonnummer 073-623 22 22
www.fysiocompany.nl;
- Fysiovisie
telefoonnummer 040-296 35 02
www.fysiovisie.nl;
- Fys'optima
telefoonnummer 0416-33 06 22
www.fysoptima.nl;
- Het Gezonde Net
info@gezondenet.nl
www.hetgezondenet.nl;
- Optima Fysio
telefoonnummer 073-644 61 88
www.optimafysio.nl;
- TIGRA
telefoonnummer 0900-288 14 43
www.tigra.nl;
- Top-Care Fysiotherapie
telefoonnummer 0900-23 58 67 273
www.top-care.nl;
- Topfysiotherapie
telefoonnummer 0495-53 23 28
www.topfysiotherapie.nl;
- Vitaal & Fysiotherapie
telefoonnummer 06-55 777 820
www.vitaal-fysiotherapie.nl

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

Machtiging: ja, als het behandeling betreft van een aandoening volgens bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Als u gebruik maakt van een zorgaanbieder met wie de maatschappij een overeenkomst heeft gesloten dan verzorgt deze de machtigingsaanvraag voor u.

- Bijzonderheden:
1. als het een aandoening betreft volgens bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering dan worden de eerste 9 behandelingen vergoed tot ten hoogste het onder vergoeding genoemde bedrag. Vanaf de 10e behandeling vindt vergoeding plaats vanuit de zorgverzekering. Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl;
 2. het Reglement restitutie SIZ 2008 maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl;

3. met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie of vorm van fitness die er toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen;
4. als op grond van de SIZ Aanvullende Verzekering Actief aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor bovengenoemde zorg, vervalt het recht op vergoeding vanuit de SIZ Aanvullende Verzekering Accent en Plus;
5. manuele therapie volgens de methode Van der Bijl wordt vergoed tot ten hoogste 9 consulten met een maximum vergoeding van € 25,- per consult;
6. een overzicht van de door de maatschappij gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen via www.siz.nl. Informatie over welke zorgaanbieder gecontracteerd is door de maatschappij is ook telefonisch op te vragen, telefoonnummer: 015-251 16 11.

Artikel 10. Camouflagetherapie

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

Door: huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Vergoeding:

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

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

Verwijzing door: huisarts of medisch specialist.

Artikel 11. Epilatie

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

Door: huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 446,60 per kalenderjaar
Accent	ten hoogste € 446,60 per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 446,60 per kalenderjaar
Actief	geen vergoeding

Indicatie: extreme haargroei in het gelaat.

Verwijzing door: huisarts of medisch specialist.

Machtiging: ja.

Artikel 12. Psoriasisbehandeling

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

Door: dagbehandelingscentrum.

Vergoeding:

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

Indicatie: ernstige vorm van psoriasis.

Verwijzing door: dermatoloog.

Artikel 8. Stottertherapie

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

Door: instituut dat zich specifiek heeft toegelegd op de in de omschrijving genoemde methodes.

Vergoeding:

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

Verwijzing door: huisarts of medisch specialist.

Machtiging: ja.

Huidbehandelingen

Artikel 9. Acnebehandeling

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

Door: huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 26,40 per behandeling voor ten hoogste 15 behandelingen per kalenderjaar
Accent	ten hoogste € 26,40 per behandeling voor ten hoogste 15 behandelingen per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 26,40 per behandeling voor ten hoogste 15 behandelingen per kalenderjaar
Actief	geen vergoeding

Indicatie: ernstige vorm van acne.

Verwijzing door: huisarts of medisch specialist.

Voetbehandelingen

Artikel 13. Podotherapie

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

Door: 1. voor behandelingen onder omschrijving, punt 1: podotherapeut;
2. voor behandelingen onder omschrijving, punt 2: pedicure met het diploma medisch pedicure of met aantekening 'diabetesvoet'.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	ten hoogste € 117,- per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 117,- per kalenderjaar
Actief	geen vergoeding

Verwijzing door: huisarts of medisch specialist.

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

Farmaceutische Zorg

Artikel 14. Geneesmiddelen ter bevordering van de vruchtbaarheid

Omschrijving: geneesmiddelen ter bevordering van de vruchtbaarheid bij overige fertiliteitbevorderende behandelingen.

Ter hand gesteld door: apotheker of apothekhoudend huisarts.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	volledig
Plus	volledig
Actief	geen vergoeding

Voorschrift: huisarts of medisch specialist.

Bijzonderheden: de aanspraak op overige fertiliteitbevorderende behandelingen is opgenomen in de zorgverzekering.

Artikel 15. Vitamines

Omschrijving: vitamines bij een chronische ziekte.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	volledig
Plus	volledig
Actief	geen vergoeding

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

Voorschrift: medisch specialist.

Machtiging: ja.

Hulpmiddelen

Artikel 16. Brilmontuur, brillenglazen en contactlenzen

Omschrijving: de aanschaf van een bril of contactlenzen.

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

1. geleverd door *Pearle Opticiens*:

- een enkelvoudige complete bril (brilmontuur en corrigerende brillenglazen) óf;
- een multifocale complete bril (brilmontuur en corrigerende brillenglazen),

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

óf;

2. geleverd door *Eye Wish Opticiens*:

- een enkelvoudige complete bril (brilmontuur en corrigerende brillenglazen) óf;
- een multifocale complete bril (brilmontuur en corrigerende brillenglazen),

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

óf;

3. een tegemoetkoming in de kosten van corrigerende brillenglazen of corrigerende contactlenzen, die geleverd worden door een opticien naar eigen keuze.

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

Bijzonderheden: 1. de vergoeding zoals opgenomen onder vergoeding, punt 1 en 2 wordt verleend volgens het Reglement gezichtshulpmiddelen SIZ 2008. Het Reglement gezichtshulpmiddelen SIZ 2008 maakt onderdeel uit van de verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl;
2. na een staaroperatie bestaat binnen de genoemde termijn eenmalig het recht op vergoeding van een extra gezichtshulpmiddel zoals hiervoor aangegeven;
3. voor kinderen tot en met 16 jaar bestaat aanspraak op deze vergoeding ieder kalenderjaar.

Artikel 17. Pruiken

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

Vergoeding:

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

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

Artikel 18. Supphosekousen

Omschrijving: steungevende, elastische kousen.

Vergoeding:

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

Voorschrift: huisarts of medisch specialist.

Artikel 19. Steunpessarium

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

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	volledig
Plus	volledig
Actief	geen vergoeding

Voorschrift: behandelend arts.

Artikel 20. PUVA

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

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	volledig
Plus	volledig
Actief	geen vergoeding

Voorschrift: huidarts.

Machtiging: ja.

Artikel 21. Steunzolen en therapiezolen

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

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	ten hoogste € 192,- per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 192,- per kalenderjaar
Actief	geen vergoeding

Voorschrift: huisarts of medisch specialist.

Artikel 22. Thuisbewakingsmonitor

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

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

Vergoeding:

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

Voorschrift: kinderarts.

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

Bijzonderheden: een overzicht van de door de maatschappij gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen via www.siz.nl. Informatie over welke zorgaanbieder gecontracteerd is door de maatschappij is ook telefonisch op te vragen, telefoonnummer: 015-251 16 11.

Artikel 23. Wekapparatuur/plaswekker

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

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

Budget	geen vergoeding
Accent	volledig
Plus	volledig
Actief	geen vergoeding

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

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

Verblijf

Artikel 24. Herstellingsoord

Omschrijving: verblijf in een van de volgende herstellingsoorden:

- Herstellingsoord Stichting Daidalos in Driebergen;
- het Wilhelminahuis in Valburg;
- Herstelcentrum de Wiltzang in Bilthoven;
- Herstelhotel de KIM in Noordwijk;
- Herstellingsoord Overbosch in Hilversum;
- Landgoed de Hezenberg in Hattem;
- Christelijk therapeutisch centrum de Neshoeve in Ridderkerk;
- Groot Stokkert in Groot Stokkert.
- Parc Spelderholt in Beekbergen;
- Kuur en Herstel in Wijk bij Duurstede.

Vergoeding:

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

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

Artikel 25. Therapeutisch vakantiecamp voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Omschrijving: verblijf in een van de volgende therapeutische vakantiecampen:

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

Vergoeding:

Budget	90% gedurende ten hoogste één maand
Accent	90% gedurende ten hoogste één maand
Plus	90% gedurende ten hoogste één maand
Actief	geen vergoeding

Machtiging: ja.

Artikel 26. Kuuroord

Omschrijving: behandeling in een van de volgende kuuroorden:

- Thermaalbad Arcen in Arcen;
- Scandic Sanadome in Nijmegen;
- Kuurcentrum Fontana in Nieuweschans;
- Thermae 2000 in Valkenburg (L);

- of in een kuuroord in Europa (niet zijnde Nederland).

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 910,- per kalenderjaar
Accent	ten hoogste € 910,- per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 910,- per kalenderjaar
Actief	geen vergoeding

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

Verwijzing door: reumatoloog.

Machtiging: ja.

Bijzonderheden: kosten van verblijf in een kuuroord worden niet vergoed.

Artikel 27. Logieskosten

Omschrijving: verblijf:

1. in een logeershuis dat is verbonden aan een in Nederland gelegen ziekenhuis, zoals een Ronald McDonald-huis of een Kiwanishuis;
 2. in het gastenverblijf Ter Weijde, verbonden aan het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA), bij opname of twee dagbehandelingen, die op aaneengesloten dagen plaatsvinden.
- Ook bestaat aanspraak op vergoeding van logieskosten van ten hoogste twee gezinsleden.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 18,- per dag
Accent	ten hoogste € 18,- per dag
Plus	ten hoogste € 18,- per dag
Actief	geen vergoeding

Bijzonderheden:

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

Artikel 28. Gastenverblijf

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

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 45,50 per dag
Accent	ten hoogste € 45,50 per dag
Plus	ten hoogste € 45,50 per dag
Actief	geen vergoeding

Artikel 29. Hospice

Omschrijving: verblijf in een hospice voor terminale patiënten.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	ten hoogste € 131,60 per dag
Plus	ten hoogste € 131,60 per dag
Actief	geen vergoeding

Preventie

Artikel 30. Cursus stoppen met roken

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

Door: GGD, thuiszorgorganisatie of Stichting De Helderheid.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 75,- voor de gehele looptijd van de verzekering
Accent	ten hoogste € 75,- voor de gehele looptijd van de verzekering
Plus	ten hoogste € 75,- voor de gehele looptijd van de verzekering
Actief	ten hoogste € 100,- voor de gehele looptijd van de verzekering

Bijzonderheden: als op grond van de SIZ Aanvullende Verzekering Actief aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor bovengenoemde zorg, vervalt het recht op vergoeding vanuit de SIZ Aanvullende Verzekering Budget, Accent en Plus.

Artikel 31. Preventieve cursussen en voorlichting

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

Door: preventie zoals genoemd onder:
omschrijving, punt 1: thuiszorgorganisatie, GGD, RIAGG of kraamcentrum;
omschrijving, punt 2: thuiszorgorganisatie, GGD, RIAGG of patiëntenvereniging die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of het Regionaal Patiënten Consumenten Platform (RPCP).

omschrijving punt 3: voorkeursaanbieders;
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);

De maatschappij heeft voor de zorg genoemd onder omschrijving, punt 3 met tien ketens van fysiotherapiepraktijken speciale afspraken gemaakt. Dit zijn de voorkeursleveranciers van de maatschappij. Naast de gewone behandelingen bieden zij ook speciale groepsprogramma's voor verzekerden met specifieke aandoeningen zoals diabetes, obesitas, COPD. Voor meer informatie zie www.siz.nl

De ketens zijn:

Club Fysio Therapie
telefoonnummer 0900-258239746
www.clubfysio.nl;
Fysio@ompany
telefoonnummer 073-623 22 22
www.fysioompany.nl;
Fysiovisie
telefoonnummer 040-296 35 02
www.fysiovisie.nl;
Fys'optima
telefoonnummer 0416-33 06 22
www.fysoptima.nl;
Het Gezonde Net
info@gezondenet.nl
www.hetgezondenet.nl;
Optima Fysio
telefoonnummer 073-644 61 88
www.optimafysio.nl;
TIGRA
telefoonnummer 0900-288 14 43
www.tigra.nl;
Top-Care Fysiotherapie
telefoonnummer 0900-23 58 67 273
www.top-care.nl;
Topfysiotherapie
telefoonnummer 0495-53 23 28
www.topfysiotherapie.nl;
Vitaal & Fysiotherapie
telefoonnummer 06-55 777 820
www.vitaal-fysiotherapie.nl

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 50,- per kalenderjaar
Accent	ten hoogste € 50,- per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 50,- per kalenderjaar
Actief	ten hoogste € 100,- per kalenderjaar

Bijzonderheden: als op grond van de SIZ Aanvullende Verzekering Actief aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor de hiervoor genoemde zorg, vervalt het recht op vergoeding vanuit de SIZ Aanvullende Verzekering Budget, Accent en Plus.

Artikel 32. Sportgeneeskunde

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

Door: sportarts die werkzaam is in een sportmedische instelling.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 76,- per kalenderjaar
Accent	ten hoogste € 76,- per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 76,- per kalenderjaar
Actief	ten hoogste € 76,- per kalenderjaar

Bijzonderheden: als op grond van de SIZ Aanvullende Verzekering Actief aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor bovengenoemde zorg, vervalt het recht op vergoeding vanuit de SIZ Aanvullende Verzekering Budget, Accent en Plus.

Artikel 33. Zorg door een overgangsconsulente

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

Door: overgangsconsulente.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste 4 consulten tot ten hoogste € 46,- per consult voor de gehele looptijd van de verzekering
Accent	ten hoogste 4 consulten tot ten hoogste € 46,- per consult voor de gehele looptijd van de verzekering
Plus	ten hoogste 4 consulten tot ten hoogste € 46,- per consult voor de gehele looptijd van de verzekering
Actief	ten hoogste 4 consulten tot ten hoogste € 46,- per consult voor de gehele looptijd van de verzekering

Bijzonderheden: als op grond van de SIZ Aanvullende Verzekering Actief aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor bovengenoemde zorg, vervalt het recht op vergoeding vanuit de SIZ Aanvullende Verzekering Budget, Accent en Plus.

Artikel 34. Griepvaccinatie

Omschrijving: vaccinatie ter voorkoming van griep.

Door: een door de maatschappij in te huren verpleegkundige.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	geen vergoeding
Plus	geen vergoeding
Actief	volledig, eenmaal per kalenderjaar

Bijzonderheden: in overleg met de werkgever wordt eenmaal per jaar een datum afgesproken. De werkgever stelt binnen zijn bedrijf een ruimte beschikbaar.

Artikel 35. Gezond Leven Test

Omschrijving: u heeft de keuze uit een basis en een uitgebreide Gezond Leven Test. De basis Gezond Leven Test omvat de volgende onderzoeken:

- hartslag;
- bloeddruk;
- gewicht/BMI;
- buikomvang;

- vetpercentage;
 - inspanningstest;
 - bloedonderzoek: bloedsuiker, totaal cholesterol, cholesterol-HDL, kreatinine, gamma gt, hemoglobine, hematocriet, bloedgroep;
 - urineonderzoek: eiwit, glucose, sediment.
- De uitgebreide Gezond Leven Test omvat naast de onderzoeken van de basis Gezond Leven Test een:
- longfunctietest en een ECG.

Door: zorgaanbieder met wie de maatschappij daartoe een overeenkomst heeft gesloten.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	geen vergoeding
Plus	geen vergoeding
Actief	eenmaal per twee kalenderjaren de basis of de uitgebreide Gezond Leven Test

Eigen bijdrage: voor de basis Gezond Leven Test € 25,- en voor de uitgebreide Gezond Leven Test € 50,-. De eigen bijdrage wordt door de zorgaanbieder geïnd.

Bijzonderheden: een overzicht van de door de maatschappij gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen via www.siz.nl. Informatie over welke zorgaanbieder gecontracteerd is door de maatschappij is ook telefonisch op te vragen, telefoonnummer: 015-251 16 11.

Psychologische zorg

Artikel 36. 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, eerstelijnspsycholoog en klinisch psycholoog. 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 in een afdeling psychiatrie van een algemeen ziekenhuis, GGZ-instelling of vrijgevestigde praktijk.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste 4 zittingen per kalenderjaar tot ten hoogste € 60,- per zitting
Accent	ten hoogste 4 zittingen per kalenderjaar tot ten hoogste € 60,- per zitting
Plus	ten hoogste 4 zittingen per kalenderjaar tot ten hoogste € 60,- per zitting
Actief	ten hoogste 4 zittingen per kalenderjaar tot ten hoogste € 60,- per zitting

Bijzonderheden: als op grond van de SIZ Aanvullende Verzekering Actief aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor bovengenoemde zorg, ver-

valt het recht op vergoeding vanuit de SIZ Aanvullende Verzekering Budget, Accent en Plus.

Artikel 37. Groepsrevalidatie en groepstherapie voor patiënten met kanker

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

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

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 735,- per diagnose
Accent	ten hoogste € 735,- per diagnose
Plus	ten hoogste € 735,- per diagnose
Actief	geen vergoeding

Verwijzing door: medisch specialist.

Vervoer

Artikel 38. 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 voor zover 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 de maatschappij daartoe een overeenkomst heeft gesloten;

Vergoeding:

Budget	als het taxivervoer betreft: volledig als het vervoer per eigen auto betreft: € 0,25 per kilometer
Accent	als het taxivervoer betreft: volledig als het vervoer per eigen auto betreft: € 0,25 per kilometer
Plus	als het taxivervoer betreft: volledig als het vervoer per eigen auto betreft: € 0,25 per kilometer
Actief	geen vergoeding

Voorschrift: huisarts of medisch specialist.

Machtiging: ja, vooraf. 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 de maatschappij

gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen via www.siz.nl of telefonisch op te vragen via telefoonnummer 015-251 16 11;
3. het Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer kunt u downloaden via www.siz.nl of telefonisch op vragen via telefoonnummer 015-251 16 11.

Reizen

Artikel 39. Spoedeisende zorg tijdens vakantie en tijdelijk verblijf

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

Vergoeding:

Budget	volledig op basis van werelddekking
Accent	volledig op basis van werelddekking
Plus	volledig op basis van werelddekking
Actief	geen vergoeding

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 SIZ Alarmcentrale, telefoonnummer: 050-526 79 99 (+31 (0)50 526 79 99). SIZ adviseert de verzekerde om de SIZ Alarmcentrale in te schakelen bij met name spoedeisende zorg waarmee hoge kosten zijn gemoeid, zoals een behandeling of opname in een ziekenhuis.

Artikel 40. Repatriëring

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

Door: SIZ Alarmcentrale, telefoonnummer: 050-526 79 99 (+31 (0)50-526 79 99).

Vergoeding:

Budget	volledig
Accent	volledig
Plus	volledig
Actief	geen vergoeding

Artikel 41. Vaccinatie

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

Door: huisarts, GGD, Travel Health Clinic of Encare Arbozorg of een arts die een LCR-accreditatie en gele-koorts registratie heeft (voor adressen zie www.lcr.nl).

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	ten hoogste € 76,- per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 76,- per kalenderjaar
Actief	geen vergoeding

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

Verrichtingen **UPT-code**

Röntgendiagnostiek	
- intra-orale röntgenfoto	X10
- orthopantomogram	X21, X22
- röntgenschedelprofielfoto	X24, X25

Bijzonderheden:

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

Verrichtingen **UPT-code**

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

Bijzonderheden:

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

Verrichtingen **UPT-code**

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

Verrichtingen **UPT-code**

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

Verrichtingen **UPT-code**

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

Verrichtingen **UPT-code**

Pulpa- en wortelkanaalbehandeling	
- endodontisch consult	E01, E02, E03
- toeslag instrument	E04
- wortelkanaalbehandeling	E13, E14, E16, E17, E19
- endodontische microchirurgie	E31, E32, E33
- extractie met replanatie	E36
- diagnostische flap	E37
- directe pulpa-overkapping	E40
- repositie geluxeerd element	E42
- aanbrengen fixatie dmv spalk	E43
- verwijderen spalk	E44
- aanbrengen rubberdam	E45
- verwijderen kroon, brug	E51
- endodontische opening	E52
- verwijderen wortelstift	E53
- verwijderen vulmateriaal	E54
- behandeling gecalcificeerd wortelkanaal	E55
- behandeling iatrogene schade	E56

Buitenland

Artikel 42. Wettelijke bijdragen in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

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

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 1.000,- per kalenderjaar
Accent	ten hoogste € 1.000,- per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 1.000,- per kalenderjaar
Actief	geen vergoeding

Tandheelkundige zorg

Artikel 43. Preventieve en curatieve tandheelkundige zorg

Door: tandarts. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen deze zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied.

Vergoeding:

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

Verrichtingen

UPT-code

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

Second opinion

- uitgebreid onderzoek	C28
------------------------	-----

- uitzonderlijke anatomie	E57
- apexificatie	E61, E62, E63, E64
- wortelkanaalbehandeling	E66, E77, E78
- elektronische lengtebepaling	E85
- gebruik van een operatiemicroscoop	E86
- gebruiksklaar maken van praktijkruimte	E87

Chirurgische ingrepen
- alle codes beginnend met H

Verrichtingen	UPT-code
Parodontologie	
- parodontaal onderzoek	T11, T12
- initiële parodontale behandeling	T21, T22
- herbeoordeling na initiële behandeling	T31, T32
- uitgebreid bespreken vervoltraject	T33

Verrichtingen	UPT-code
- parodontale nazorg	T51 t/m T56
- evaluatieonderzoek	T60, T61
- flapoperatie	T70 t/m T76
- parodontale chirurgie	T81, T84 t/m T95

(inclusief laboratoriumkosten bij T93)

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

Artikel 44. Gnathologie

Door: tandarts.

Vergoeding:

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

Verrichtingen	UPT-code	Maximale vergoeding (inclusief techniekkosten)
- uitgebreid functie-onderzoek	G01	€ 96,40
- gedocumenteerde verwijzing	G03	€ 42,50
- occlusale spalk	G62	€ 193,80
- repositie spalk	G63	€ 244,00
- controlebezoek spalk	G64	€ 19,30
- indirect planmatig inslijpen	G65	€ 212,00
- occlusale opbeetplaat	G69	€ 98,50

Artikel 45. Prothetische voorzieningen

Door: tandarts of tandprotheticus.

Vergoeding:

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

Verrichtingen	UPT-code	Maximale vergoeding (inclusief techniekkosten)
Uitgebreid onderzoek		
- functioneren bestaande prothese	P60	
Planmatig inslijpen		
- bestaande prothese	P65	
Tissue conditioning	P06, P56	
Partiële kunsttharsprothese		
- 1 t/m 4 elementen	P10	€ 136,-
- 5 t/m 13 elementen	P15	€ 255,-
- extra voor individuele afdruk met randopbouw	P16	€ 75,-
- extra voor beetregistratie met specifieke apparatuur	P17	€ 77,-
- extra voor gegoten anker	P18	€ 49,60
Frameprothese		
- 1 t/m 4 elementen	P34	€ 460,-
- 5 t/m 13 elementen	P35	€ 559,-
Precisieverankering		
- wortelkap met stift	P31	€ 207,60
- extra per precisieverankering c.q. per staafhuls	P32	€ 225,30
- prothesetarief, verhoogd met per immediaat te vervangen element	P40	
- extra voor telescoopkroon	P33	
Overkappingsprothese		
- extra voor elk overkapt element	P29	
Rebasen		
- indirect zonder randopbouw	P01, P51	€ 78,-
- indirect met randopbouw	P02, P52	€ 109,60
- direct zonder randopbouw	P03, P53	€ 90,30
- direct met randopbouw	P04, P54	€ 110,60

Reparaties per werkstuk

- breuk, scheur, opnieuw vastzetten van elementen zonder afdruk	P07, P57	€ 42,60
- reparatie prothese met afdruk	P08, P58	€ 72,-

- uitbreiding prothese met element of anker inclusief afdruk P78, P79 € 82,-

Eigen bijdrage volledige prothese

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

Bijzonderheden:

- als de prothetische zorg wordt uitgevoerd door een tandprotheticus dan gelden ook ten hoogste de aangegeven vergoedingen;
- de vergoeding voor een reparatie van een partiële prothese wordt ook verleend als de reparatie is verricht door een gediplomeerd tand-technicus.

Artikel 46. Implantologie in de niet-tandeloze kaak

Door: kaakchirurg of tandarts.

Vergoeding:

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

Artikel 47. Inlays, kronen en bruggen

Door: tandarts.

Vergoeding:

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

Verrichtingen

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

Artikel 48. Restauraties door middel van niet-plastische materialen

Door: tandarts.

Vergoeding:

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

Verrichtingen

	UPT-code	Maximale vergoeding (inclusief techniekkosten)
- roestvrijstalen kroon	R29	€ 38,50
- opbouw plastisch materiaal	R31	€ 23,30
- gegoten opbouw indirecte methode	R32	€ 111,40
- gegoten opbouw directe methode	R33	€ 115,50
- intra-coronaire brugverankering	R46	€ 38,50
- etsbrug zonder preparatie	R60	€ 245,-
- etsbrug met preparatie	R61	€ 283,50
- toeslag volgende dummy	R65	€ 143,80
- toeslag boven 2 bevestigingen	R66	€ 31,50
- kroon onder bestaand frameanker	R70	€ 42,60
- vernieuwen porselein facet	R71	€ 103,50
- vernieuwen facet plastisch materiaal	R72	€ 23,30
- opnieuw vastzetten gegoten restauraties	R74	€ 15,20
- opnieuw vastzetten etsbrug	R75	€ 38,50
- extra voor gegoten opbouw onder bestaande kroon	R76	€ 19,30
- labiale veneering zonder preparatie	R78	€ 169,50
- labiale veneering met preparatie	R79	€ 201,-

Artikel 49. Orthodontische zorg

49.1. Orthodontische zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

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

Door: orthodontist of tandarts.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	80% van de kosten tot een maximum van € 1430,- voor de gehele looptijd van de verzekering
Plus	80% van de kosten
Actief	geen vergoeding

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

Door: orthodontist of tandarts.

Vergoeding:

Budget	80% van de kosten
Accent	80% van de kosten
Plus	80% van de kosten
Actief	geen vergoeding

Indicatie:

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

Machtiging:

ja, vooraf.

Door:

organisatie waarmee de maatschappij daartoe een overeenkomst heeft gesloten. De hulp kan op werkdagen van 07.00 uur tot 20.00 uur worden ingezet. Weekenden en feestdagen zijn uitgesloten.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	geen vergoeding
Plus	geen vergoeding
Actief	volledig, eenmaal per kalenderjaar tot ten hoogste 30 uur

Indicatie:

tijdelijke uitval met als gevolg verzuim, van de werknemer door ziekte, een ongeval of een ziekenhuisopname van hemzelf of zijn partner, waarbij een herstel binnen drie maanden te verwachten is.

Aan te vragen

door:

de direct leidinggevende van de werknemer of een personeelsfunctionaris van de werkgever. De aanvraag moet voorzien zijn van:

- de naam, het adres en de woonplaats van de werknemer;
- het telefoonnummer waarop de werknemer bereikbaar is;
- de geboortedatum van de werknemer;
- het klantnummer van de werknemer;
- een korte beschrijving van de indicatie/situatie.

Bijzonderheden:

1. voor huishoudelijke ondersteuning kan tijdens kantooruren, van 09.00 tot 17.00 uur contact worden opgenomen met SIZ, telefoonnummer: 015-251 16 00;
2. de huishoudelijke ondersteuning wordt binnen 3 werkdagen (mits gemeld bij SIZ voor 10.30 uur en SIZ ook voor dit tijdstip contact heeft gehad met de werknemer) na aanmelding bij SIZ geboden bij de werknemer thuis, tenzij hulp op een later tijdstip gewenst is;
3. er bestaat geen aanspraak op huishoudelijke ondersteuning als de tijdelijke uitval verband houdt met een chronische aandoening;
4. de zorg wordt vooraf voor de gehele periode ingepland;
5. onder huishoudelijke ondersteuning wordt niet verstaan verpleegkundig dan wel medisch handelen of lichamelijke verzorging.

Artikel 51. Taxivervoer

Omschrijving:

taxivervoer tussen de woon- of verblijfplaats van de verzekerde en de werklocatie voorzover vervoer per openbaar vervoer of eigen auto wegens medische redenen niet mogelijk is.

Door:

vervoerder met wie de maatschappij daartoe een overeenkomst heeft gesloten.

Verzuim

Artikel 50. Huishoudelijke ondersteuning bij ziekte van verzekerde of partner

Omschrijving:

1. het bieden van huishoudelijke ondersteuning aan de werknemer, die een huishoudelijke hulpvraag heeft, omdat hij of zijn partner op dat moment tijdelijk is uitgevallen door bijvoorbeeld ziekte, een ongeval of een ziekenhuisopname;
2. het bieden van huishoudelijke ondersteuning aan de werknemer om herstel van zijn letsel te bevorderen. Op het moment van aanvragen van huishoudelijke ondersteuning wordt een hervatting van de werkzaamheden binnen drie maanden verwacht.

De huishoudelijke ondersteuning 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 werknemer, zoals dat bij de maatschappij bekend is. Het doel van de huishoudelijke ondersteuning is:

- het voorkomen van verzuim bij calamiteiten in de gezinssituatie;
- bevordering van herstel van letsel.

De hulp wordt aangeboden in blokken van ten minste 3 uur per dag. Dit betekent maximaal 10 blokken van 3 uur. De hulp dient in een periode van maximaal 10 weken ingepland te worden.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	geen vergoeding
Plus	geen vergoeding
Actief	ten hoogste € 250,- per kalenderjaar

Aan te vragen

door: de direct leidinggevende van de werknemer of een personeelsfunctionaris van de werkgever

Machtiging: ja, de aanvraag dient vergezeld te gaan van een verklaring van de leidinggevende of een personeelsfunctionaris waaruit blijkt dat vervoer per openbaar vervoer of eigen auto niet mogelijk is in verband met een ernstige beperking van de mobiliteit. SIZ stuurt de machtiging naar de werkgever.