

iza gemeentezorgpolis verzekeringsvoorwaarden 2010

Inhoudsopgave

IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis 4

I. Algemeen gedeelte	4	artikel 30	Dieetpreparaten	26	artikel 18	Hulp door een podotherapeut	50	artikel 51	Gezond Leven Test	57		
artikel 1	Verzekerde zorg	4	Hulpmiddelenzorg	26	artikel 19	Camouflagetherapie	51	artikel 52	Vaccinaties in verband met reizen	57		
artikel 2	Algemene bepalingen	6	artikel 31	Hulpmiddelen en verbandmiddelen	26	artikel 20	Epilatie	51	Buitenland	57		
artikel 3	Premie	7	Verblijf in een instelling	27	artikel 21	Acnebehandeling	51	artikel 53	Spoedeisende en niet-spoedeisende zorg tijdens vakantie of tijdelijk verblijf in het buitenland	57		
artikel 4	Overige verplichtingen	8	artikel 32	Verblijf	27	artikel 22	Stottertherapie	51	artikel 54	Ziekenvervoer vanuit het buitenland (repatriëring)	58	
artikel 5	Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden	9	Ziekenvervoer	27	artikel 23	Hulp door een diëtist	51	artikel 55	Vervoer stoffelijk overschot vanuit het buitenland	58		
artikel 6	Begin, duur en beëindiging van de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis	9	artikel 33	Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer	27	artikel 24	Hulp door een overgangsconsulente	52	III. Begripsomschrijvingen	59		
artikel 7	Verplicht eigen risico	10	Zorgbemiddeling	28	Geneeskundige zorg	52	artikel 25	Reconstructieve en cosmetische of esthetische chirurgie	52	artikel 26	Sterilisatie en hersteloperatie van sterilisatie	52
artikel 8	Vrijwillig eigen risico	11	artikel 34	Zorg- en wachtlijstbemiddeling	28	artikel 27	Psoriasisdagbehandeling	52	artikel 28	Hulp aan oncologiepatiënten	53	
artikel 9	Buitenland	12	III. Begripsomschrijvingen	30	Kraamzorg	53	artikel 29	Bevallingsuitkering	53	artikel 30	Verlengde kraamzorg en nazorg pasgeborene	53
artikel 10	Klachten en geschillen	13	IV. Trefwoordenregister	32	artikel 31	Kraampakket	53	artikel 32	Verblijf van de patiënt in gasthuis Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of familiehuis Daniël den Hoed	53		
II. Zorgartikelen	14	IZA Aanvullende verzekering	38	I. Algemeen gedeelte	38	artikel 33	Verblijf in een herstellingsoord	53	artikel 34	Verblijf in een hospice voor terminale patiënten	54	
Geneeskundige zorg	14	artikel 1	Algemene bepalingen	38	artikel 2	Acceptatie	40	artikel 35	Verblijf in een Ronald McDonaldhuis, Kiwani's huis of vergelijkbaar huis	54		
artikel 11	Huisartsenzorg	14	artikel 2	Acceptatie	40	artikel 3	Premie	40	artikel 36	Verblijf in een therapeutisch vakantiecamp	54	
artikel 12	Verloskundige zorg en kraamzorg	14	artikel 3	Overige verplichtingen	41	artikel 4	Overige verplichtingen	41	Hulpmiddelen	54		
artikel 13	Medisch specialistische zorg	16	artikel 4	Overige verplichtingen	41	artikel 5	Wijziging premie en voorwaarden	42	artikel 37	Brillen en contactlenzen	54	
artikel 14	Revalidatie	16	artikel 5	Wijziging premie en voorwaarden	42	artikel 6	Begin, duur en beëindiging	42	artikel 38	Steunzolen en therapiezolen	54	
artikel 15	Erfelijkheidsonderzoek	17	artikel 6	Begin, duur en beëindiging	42	artikel 7	Uitsluitingen	43	artikel 39	Supphosekousen	54	
artikel 16	In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen	17	artikel 7	Uitsluitingen	43	artikel 8	Klachten en geschillen	43	artikel 40	Steunpessarium	55	
artikel 17	Audiologische zorg	18	II. Zorgartikelen	44	Orthodontie	44	Orthodontie	44	artikel 41	Plaswekker	55	
artikel 18	Plastische en/of reconstructieve chirurgie	19	artikel 9	Orthodontie voor verzekerden tot 18 jaar	44	artikel 9	Orthodontie voor verzekerden tot 18 jaar	44	artikel 42	Hoortoestellen en pruiken	55	
artikel 19	Transplantatie van weefsels en organen	19	artikel 10	Orthodontie voor verzekerden van 18 jaar en ouder	45	artikel 10	Orthodontie voor verzekerden van 18 jaar en ouder	45	Alternatieve geneeswijzen	55		
artikel 20	Dyslexiezorg	19	Tandheelkundige zorg	45	Tandheelkundige zorg	45	Tandheelkundige zorg	45	artikel 43	Alternatieve geneeswijzen	55	
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	20	artikel 11	Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 22 jaar en ouder	45	artikel 12	Tandprothetische zorg voor verzekerden van 22 jaar en ouder	46	artikel 44	Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen	55		
artikel 21	Eerstelijnspsychologische zorg	20	artikel 12	Tandprothetische zorg voor verzekerden van 22 jaar en ouder	46	artikel 13	Preventie en parodontale behandeling	48	artikel 45	Chiropractie en osteopathie	55	
artikel 22	Specialistische GGZ	21	artikel 13	Preventie en parodontale behandeling	48	artikel 14	Inlays, kronen, bruggen en implantaten	48	artikel 46	Behandeling in een kuuroord	56	
Paramedische zorg	22	Paramedische zorg	49	Paramedische zorg	49	Paramedische zorg	49	Geneesmiddelen en vitamines	56	artikel 47	Geneesmiddelen	56
artikel 23	Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck	22	artikel 15	Fysiotherapie voor verzekerden tot 18 jaar	49	artikel 15	Fysiotherapie voor verzekerden tot 18 jaar	49	artikel 48	Vitamines	56	
artikel 24	Logopedie	22	artikel 16	Fysiotherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder	49	artikel 16	Fysiotherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder	49	Preventieve zorg	56		
artikel 25	Ergotherapie	23	artikel 17	Groepszwemmen voor reumapatiënten	50	artikel 17	Groepszwemmen voor reumapatiënten	50	artikel 49	Sportgeneeskundige hulp	56	
artikel 26	Dieetadvisering	23	Farmaceutische zorg	25	artikel 18	Hulp door een podotherapeut	50	artikel 50	Preventieve cursussen voor gezondheidsbevordering en -opvoeding	56		
Mondzorg	23	artikel 27	Tandheelkundige zorg	23	artikel 19	Camouflagetherapie	51					
artikel 27	Tandheelkundige zorg	23	artikel 28	Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 22 jaar en ouder	25	artikel 20	Epilatie	51				
artikel 28	Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 22 jaar en ouder	25	artikel 29	Geneesmiddelen	25	artikel 21	Acnebehandeling	51				
Farmaceutische zorg	25					artikel 22	Stottertherapie	51				
artikel 29	Geneesmiddelen	25				artikel 23	Hulp door een diëtist	51				
						artikel 24	Hulp door een overgangsconsulente	52				



IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis

I Algemeen gedeelte

artikel 1 | Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis is een restitutieverzekering. Dit betekent dat u recht hebt op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook hebt u op verzoek recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

De afdeling Zorgadvies en bemiddeling adviseert u in welke instelling (bijvoorbeeld ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum) of bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag het beste terecht kunt. Ook als u te maken hebt met onacceptabel lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en bemiddeling. De afdeling Zorgadvies en bemiddeling kunt u bereiken via www.iza.nl/zorgbemiddeling of telefonisch via 0900 202 10 56.

1.2. Medische noodzaak

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

1.3. Door wie mag de zorg worden verleend

U hebt vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan.

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

Als u gebruik maakt van zorg die door een door IZA Zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder wordt geleverd, dan zijn met de betreffende zorgaanbieder tarieven afgesproken die in lijn zijn met de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Dat betekent dat u daarvoor geen bedragen hoeft bij te betalen. Een overzicht van de door IZA Zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder kunt u raadplegen via www.iza.nl/zorggids. Informatie over welke zorgaanbieder gecontracteerd is door IZA Zorgverzekeraar kunt u ook telefonisch opvragen, telefoonnummer: 0900 8036. Daar waar sprake is van voorkeursleveranciers wordt dit in het betreffende zorgartikel aangegeven, zie hoofdstuk II, Zorgartikelen.

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

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

Als u gebruik maakt van zorg die geleverd wordt door een zorgaanbieder met wie IZA Zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten, dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

1.6. Hoe aanspraak te maken op vergoeding?

De kosten worden vergoed als u de originele nota opstuurt naar IZA Zorgverzekeraar; geen kopie of aanmaning. Het is belangrijk dat op de nota de naam van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de paraaf van de zorgaanbieder staat. De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding IZA Zorgverzekeraar is gehouden. Op de vergoeding worden een eigen risico en een eventuele wettelijke eigen bijdrage in mindering gebracht. Verder worden op de vergoeding ook in mindering gebracht de kosten die hoger zijn dan de in Nederland geldende redelijke marktprijs. U kunt nota's tot maximaal drie jaar na het begin van de behandeling indienen.

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

1.7. Rechtstreekse betaling

IZA Zorgverzekeraar hebt het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Hiermee vervalt uw recht op vergoeding.

1.8. Verrekening van kosten

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

1.9. Verwijzing, voorschrift of machtiging

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

Als de zorg wordt verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder, vraagt deze zorgaanbieder voor u een machtiging aan. Dit gebeurt volgens een protocol dat onderdeel is van de overeenkomst tussen IZA Zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieder.

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

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

1.10. Ontlenen recht

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg als de behandeling of levering tijdens de looptijd van de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis plaatsvindt. Als een

behandeling in twee kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), worden deze kosten vergoed als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis.

Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar, dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend, de door de zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend.

1.11. Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

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

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

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

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

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

artikel 2 | Algemene bepalingen

2.1. Grondslag van de verzekering

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

Na het sluiten van de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis, ontvangt u van IZA Zorgverzekeraar zo snel mogelijk een zorgpolis. Vervolgens ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuwe zorgpolis.

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

2.2. Werkgebied

De IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis staat open voor alle verzekeringsplichtigen die woonachtig zijn in Nederland of in het buitenland.

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

2.3. Bijbehorende documenten

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

- Bijlage 1 van het besluit Zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- het Clausuleblad Terrorismedekking;
- premiebijlage;
- Reglement farmaceutische zorg IZA;
- Reglement hulpmiddelen IZA;

- Reglement persoonsgebonden budget eerstelijnspsychologische zorg IZA;
- Overzicht gecontracteerde zorgaanbieders;
- Overzicht vrijstelling eigen risico;
- het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling. Deze documenten kunt u vinden op www.iza.nl of telefonisch opvragen, via telefoonnummer: 0900 8036.

2.4. Fraude

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

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

Ook kan IZA Zorgverzekeraar uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige en medepleger registreren:

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

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

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

IZA Zorgverzekeraar kan de noodzakelijk gemaakte onderzoekskosten bij u terugvorderen.

2.5. Bescherming persoonsgegevens

IZA Zorgverzekeraar neemt uw privacy serieus. Uw persoonsgegevens zijn nodig voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringen en worden opgenomen in de

persoonsregistratie van IZA Zorgverzekeraar. Persoonsgegevens worden ook gebruikt voor het voorkomen en bestrijden van fraude. Op de registratie is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. U kunt deze gedragscode inzien op www.iza.nl of telefonisch opvragen via telefoonnummer: 0900 8036. Vanaf de ingangsdatum van de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis mag IZA Zorgverzekeraar:

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

IZA Zorgverzekeraar neemt hierbij de privacywetgeving in acht.

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

2.6. Mededelingen

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

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie

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

2.8. Bedenkperiode

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

2.9. Interpretatie

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

2.10. Voorrangsbepaling

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

2.11. Nederlands recht

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

artikel 3 | Premie

3.1. Premiegrondslag en premiekortingen

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico en/of een in de collectieve overeenkomst overeengekomen collectiviteitskorting. De premiegrondslag en de premiekortingen staan vermeld op de jaarlijks aan te passen premiebijlage. De premiebijlage kunt u vinden op www.iza.nl of telefonisch opvragen, telefoonnummer: 0900 8036.

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

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

- 3.2.1.** Als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst, ontvangt u een korting op de premiegrondslag.
- 3.2.2.** Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve

overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de zorgverzekering op individuele basis voortgezet.

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

3.3. Verschuldigdheid van premie

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

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

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

- 3.4.1.** U bent als verzekeringnemer verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdragen maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijnbetalingskorting van 3% op de te betalen premie.
- 3.4.2.** IZA Zorgverzekeraar brengt voor betaling per acceptgiro eenmaal per jaar € 6,- kosten in rekening.
- 3.4.3.** Een door u als verzekeringnemer afgegeven machtiging voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en overige kosten. IZA Zorgverzekeraar kan ervoor kiezen u een acceptgiro te sturen zonder dat hieraan voor u extra kosten zijn verbonden.

3.5. Vordering

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

3.6. Niet-tijdig betalen

- 3.6.1.** Als u als verzekeringnemer de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en kosten niet-tijdig betaalt, stuurt IZA Zorgverzekeraar u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kan IZA Zorgverzekeraar de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op vergoeding van de kosten van zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op vergoeding van de kosten van zorg vanaf de dag volgende op de dag waarop IZA

Zorgverzekeraar het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten heeft ontvangen. IZA Zorgverzekeraar heeft het recht bij niet-tijdige betaling de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis te beëindigen. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.

- 3.6.2.** IZA Zorgverzekeraar kan administratiekosten, (buiten) gerechtelijke invorderingskosten en wettelijke rente bij u als verzekeringnemer in rekening brengen.
- 3.6.3.** Als u als verzekeringnemer al bent aangemaand voor niet-tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of kosten, hoeft IZA Zorgverzekeraar bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur u niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.6.4.** IZA Zorgverzekeraar heeft het recht om achterstallige premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere van IZA Zorgverzekeraar te ontvangen bedragen.
- 3.6.5.** Als IZA Zorgverzekeraar de verzekering wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie beëindigt, heeft IZA Zorgverzekeraar het recht om gedurende een periode van vijf jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

artikel 4 | Overige verplichtingen

U bent verplicht:

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

Als u uw verplichtingen niet nakomt en de belangen van IZA Zorgverzekeraar worden hierdoor geschaad, kan IZA

Zorgverzekeraar uw recht op vergoeding van de kosten van de verzekerde zorg schorsen.

artikel 5 | Wijziging premie (grondslag) en voorwaarden

5.1. Wijziging voorwaarden

IZA Zorgverzekeraar heeft het recht de voorwaarden en premie (grondslag) van de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis op elk moment te wijzigen. IZA Zorgverzekeraar zal u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een wijziging van de premiegrondslag treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan u is meegedeeld.

5.2. Opzeggingsrecht

Als IZA Zorgverzekeraar de voorwaarden en/of premiegrondslag van de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis in uw nadeel wijzigt, kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld de overeenkomst opzeggen. Dit opzeggingsrecht hebt u niet, als een wijziging in de verzekerde zorg rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 Zorgverzekeringswet gestelde regels.

artikel 6 | Begin, duur en beëindiging van de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis

6.1. Begin en duur

- 6.1.1.** De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop IZA Zorgverzekeraar uw aanvraag (formulier) heeft ontvangen. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop uw aanvraag is ontvangen.
- 6.1.2.** Het is mogelijk dat IZA Zorgverzekeraar niet uit uw aanvraag kan afleiden of hij verplicht is een zorgverzekering voor de te verzekeren persoon af te sluiten. In dit geval vraagt IZA Zorgverzekeraar u om informatie waaruit blijkt dat hij verplicht is een zorgverzekering te sluiten. De IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis gaat pas in op de dag dat IZA Zorgverzekeraar de genoemde informatie ontvangt. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop de aanvullende informatie is ontvangen.
- 6.1.3.** Als u al een andere zorgverzekering hebt op de dag zoals bedoeld in artikel 6.1.1 of 6.1.2, gaat de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis in op een latere datum die door u als verzekeringnemer is aangegeven.
- 6.1.4.** Als de vorige verzekering met ingang van 1 januari van

een kalenderjaar of door wijziging van de voorwaarden is beëindigd, gaat de verzekering bij de nieuwe verzekeraar in per de beëindigingsdatum van de oude verzekering. U moet zich dan binnen een maand nadat de vorige verzekering is beëindigd aanmelden bij de nieuwe zorgverzekeraar.

- 6.1.5.** Als de verzekeringsovereenkomst ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, gaat de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis in op dag dat de verzekeringsplicht is ontstaan.

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

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

6.2. Einde van rechtswege

De IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

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

U als verzekeringnemer bent verplicht IZA Zorgverzekeraar zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of het einde van de verzekeringsplicht van een verzekerde. Als u het einde van de verzekeringsplicht niet-tijdig meedeelt en IZA Zorgverzekeraar daardoor kosten van zorg betaalt aan een zorgaanbieder, zal IZA Zorgverzekeraar deze kosten bij u terugvorderen. Als IZA Zorgverzekeraar vaststelt dat de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis is geëindigd, ontvangt u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.3. Wanneer kunt u de verzekering opzeggen?

- 6.3.1.** Jaarlijks
U als verzekeringnemer kunt de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat IZA Zorgverzekeraar uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar heeft ontvangen.

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

6.3.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis tussentijds schriftelijk opzeggen:

- van een andere verzekerde als deze verzekerde een andere zorgverzekering heeft gesloten. Als u de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis opzegt vóór de ingangsdatum van de andere zorgverzekering, gaat de opzegging in op de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering. Als de opzegging later is ontvangen, gaat de opzegging in op de eerste dag van de tweede kalendermaand nadat IZA Zorgverzekeraar de opzegging heeft ontvangen;
- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- als u bij IZA Zorgverzekeraar deelnemer bent van een collectieve overeenkomst van uw oude werkgever en kunt deelnemen aan een collectieve overeenkomst van uw nieuwe werkgever. U kunt de zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. In dat geval gaan zowel de opzegging als de inschrijving in op de dag van indiensttreding bij de nieuwe werkgever als dat de eerste dag van de kalendermaand is, en zo niet, op de eerste dag van de kalendermaand volgend op de datum van indiensttreding.

- 6.3.3. U kunt de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis niet opzeggen als er sprake is van een betalingsachterstand en IZA Zorgverzekeraar u hiervoor een aanmaning heeft gestuurd. U kunt de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis wel opzeggen als IZA Zorgverzekeraar de dekking heeft geschorst of binnen twee weken uw opzegging bevestigt.

6.4. Opzegging, ontbinding of schorsing door IZA Zorgverzekeraar

IZA Zorgverzekeraar kan de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- wegens het niet-tijdig betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.6;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- bij het opzettelijk niet, niet-volledig of onjuist verstrekken van voor de uitvoering van de verzekering

relevante inlichtingen of stukken aan IZA Zorgverzekeraar die tot nadeel voor IZA Zorgverzekeraar (kunnen) leiden;

- als u hebt gehandeld met het opzet IZA Zorgverzekeraar te misleiden of als IZA Zorgverzekeraar geen zorgverzekering zou hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In dat geval kan IZA Zorgverzekeraar binnen twee maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis opzeggen. IZA Zorgverzekeraar is in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kan de uitkering verminderen. IZA Zorgverzekeraar kan de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

6.5. Bewijs van einde

Als de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis eindigt, ontvangt u als verzekeringnemer een bewijs van einde met de volgende informatie:

- uw naam, adres, woonplaats en het burgerservicenummer (BSN) van de verzekerde;
- de dag waarop de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis eindigt;
- of voor u op die dag een eigen risico gold en zo ja, voor welk bedrag;
- de reden, als deze is dat de verzekeringsplicht eindigt. Als de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis voor een andere verzekerde dan de verzekeringnemer eindigt, verstuurt IZA Zorgverzekeraar het bewijs van einde naar deze verzekerde.

artikel 7 | Verplicht eigen risico

7.1. Hoogte verplicht eigen risico

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

7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico

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

- huisartsenzorg. Het eigen risico geldt wel voor:
 - geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft en
 - voor (laboratorium)onderzoek dat samenhangt met de huisartsenzorg, dat een andere zorgaanbieder dan

de huisarts verricht en deze zorgaanbieder apart in rekening brengt;

- verloskundige zorg en kraamzorg. Het eigen risico geldt wel voor andere zorgvormen, zoals geneesmiddelen, bloedonderzoek, vlokentest of ziekenvervoer;
- mondzorg voor verzekerden jonger dan 22 jaar zoals beschreven in artikel 27.1. Het eigen risico geldt wel voor chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothese;
- hulpmiddelen in bruikleen. Kosten zoals bezorging en onderhoud tellen wel mee voor het verplicht eigen risico;
- eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

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

Als u gebruik maakt van door IZA Zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieders of zorgarrangementen, bent u geen of maar een gedeeltelijk bedrag aan verplicht eigen risico verschuldigd. Dit geldt ook voor nader aan te wijzen gezondheidsbevorderende of op preventie gerichte (zorg)programma's. Deze informatie is opgenomen in het Overzicht vrijstelling eigen risico dat u kunt vinden op www.iza.nl of telefonisch kunt opvragen via telefoonnummer: 0900 8036.

Om in aanmerking te komen voor teruggave van het verplicht eigen risico, moet u voorafgaand aan de behandeling contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en bemiddeling. De afdeling Zorgadvies en bemiddeling kunt u bereiken via www.iza.nl/zorgbemiddeling of telefonisch via 0900 202 10 56. Deze afdeling kan u adviseren over de aangewezen zorgaanbieders of zorgarrangementen waar u gebruik van kunt maken. Als u hiervan gebruik maakt, krijgt u eenmalig het verplicht eigen risico terug, nadat u de behandeling hebt ondergaan.

7.4. Berekeningswijze hoogte verplicht eigen risico

Als de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis niet eindigt of start op 1 januari, dan wordt het eigen risico als volgt berekend:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld:

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

7.5. Berekening verplicht eigen risico

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

artikel 8 | Vrijwillig eigen risico

8.1. Varianten vrijwillig eigen risico

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

8.2. Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico

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

8.3. Berekeningswijze hoogte vrijwillig eigen risico

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

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld:

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

- 8.3.2.** Als de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis niet op 1 januari ingaat en u bij de vorige zorgverzekering een ander vrijwillig eigen risico had, dan wordt het totale vrijwillige eigen risico als volgt berekend:
- vrijwillig eigen risico vorige verzekeraar x aantal dagen dat vorige verzekering liep in het betreffende kalenderjaar;
 - vrijwillig eigen risico IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis x aantal dagen dat IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis in het betreffende kalenderjaar loopt;
 - som van a en b gedeeld door het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar;
 - uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld:

U hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-. De IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis loopt van 1 augustus tot en met 31 december. In totaal zijn dit 153 dagen x € 100,- = 15.300. Het vrijwillig eigen risico bij de vorige zorgverzekeraar was € 200,- x 212 dagen = 42.400.

$15.300 + 42.400 = 57.700$ gedeeld door 365 = € 158,08 en wordt afgerond € 158,-.

8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico

U kunt het vrijwillig eigen risico jaarlijks, per 1 januari wijzigen. U moet de wijziging uiterlijk op 31 december van het voorafgaande kalenderjaar schriftelijk aan IZA Zorgverzekeraar doorgeven.

8.5. Berekening vrijwillig eigen risico

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico worden de kosten van zorg eerst in mindering gebracht op het

verplichte eigen risico en daarna op het vrijwillig eigen risico. Voor de berekening van het te dragen vrijwillig eigen risicobedrag is dezelfde bepaling van toepassing als genoemd in artikel 7.5.

artikel 9 | Buitenland**9.1. U woont in Nederland of in een ander EU-/EER-land of verdragsland**

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

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- vergoeding van de kosten van zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling die door IZA Zorgverzekeraar is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet door IZA Zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Deze keuzemogelijkheden hebt u ook als u woont in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, en u maakt gebruik van zorg in uw woonland of in een ander EU-/EER-land of verdragsland tijdens vakantie of ander tijdelijk verblijf.

Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, kunt u een European Health Insurance Card (EHIC of Europese gezondheidskaart) aanvragen. Hiermee hebt u recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. U kunt een EHIC ook aanvragen als u naar Australië gaat. In Australië hebt u hiermee recht op spoedeisende medisch zorg. U kunt een EHIC aanvragen via www.iza.nl of telefonisch opvragen, telefoonnummer: 0900 8036.

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

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

- vergoeding van de kosten van zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling die door IZA

Zorgverzekeraar is gecontracteerd;

- vergoeding van de kosten van zorg door een niet door IZA Zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

In alle gevallen hebt u bij het invoeren van voorzienbare intramurale zorg in een ander land dan het woonland, voorafgaande toestemming van IZA Zorgverzekeraar nodig. Intramurale zorg als bedoeld in dit artikel is zorg die gepaard gaat met verblijf van ten minste één nacht. Deze toestemmingsvereiste is niet van toepassing als er sprake is van onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland.

Bij onvoorzienbare zorg en voorzienbare zorg die gepaard gaat met verblijf van ten minste één nacht moet u een beroep doen op de IZA Alarmcentrale, telefoonnummer +31 (0)50 40 40 888 (= internationaal toegangsnummer).

9.4. Verwijzing en/of machtigingsvereiste

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

artikel 10 | klachten en geschillen**10.1. Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement.**

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

Tips bij het indienen van een klacht.

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

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

10.2. Klachten over formulieren van IZA Zorgverzekeraar

- 10.2.1.** Vindt u een formulier van IZA Zorgverzekeraar overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven (een postzegel is niet nodig). Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via www.iza.nl.
- 10.2.2.** U ontvangt van IZA Zorgverzekeraar binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: informatielijn@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

II Zorgartikelen

Geneeskundige zorg

artikel 11 | Huisartsenzorg

Omschrijving:

U hebt recht op vergoeding van de kosten van:

- geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en hierbij behorend laboratoriumonderzoek. Hieronder wordt ook verstaan gezondheidsadvies, begeleiding bij het stoppen met roken en preconceptiezorg. Onder begeleiding bij het stoppen met roken wordt in deze verzekeringsvoorwaarden verstaan:
 - korte behandelingen, zoals eenmalige korte stopadviezen;
 - intensieve vormen van behandeling die gericht zijn op gedragsverandering (in een groep of individueel), eventueel met gebruik van het geneesmiddel nortriptyline bij het stoppen met roken. De behandeling bestaat uit ten minste vier contacten van ten minste tien minuten in een periode van één tot enkele maanden.
 Onder preconceptiezorg wordt verstaan:
 - adviezen voor gezonde voeding;
 - advies over foliumzuursuppletie;
 - advies over inname van vitamine D;
 - adviezen over het stoppen met roken, alcohol- en druggebruik, eventueel met actieve begeleiding om dit te kunnen realiseren;
 - adviezen over geneesmiddelengebruik;
 - adviezen voor behandeling van bestaande ziekten en voorgaande zwangerschapscomplicaties;
 - adviezen over infectieziekten en vaccinaties; het opsporen van risico's aan de hand van uw ziektegeschiedenis en het aanbieden van genetische counseling;
- medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundig domein, waarover IZA Zorgverzekeraar en de huisarts afspraken hebben gemaakt.

Door:

huisarts of derden die medisch bevoegd zijn. Onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts mag deze zorg ook worden verleend door een dokters-assistente, maatschappelijk werker, nurse practitioner, physican assistent (PA) of praktijkondersteuner. De gezondheidsadviesing zoals genoemd onder omschrijving, punt 1, mag ook plaatsvinden door de IZA Gezondheidslijn.

Hebt u een vraag over uw gezondheid, dan kunt u daarvoor terecht bij uw huisarts, maar u kunt ook de IZA Gezondheidslijn bellen. De IZA Gezondheidslijn is een medische advieslijn. U krijgt een ervaren verpleegkundige aan de lijn die door een aantal gerichte vragen de ernst van uw klachten bepaalt en u daarbij een advies geeft, eventueel in samenspraak met een huisarts. Dit advies kan variëren van een zelfzorgadvies ('u kunt het beste een paracetamol nemen') tot 'ga direct naar de huisarts'. IZA Zorgverzekeraar vindt gezondheid erg belangrijk. Op www.gezondiza.nl vindt u een schat aan duidelijke en medisch betrouwbare informatie, toegespitst op gezondheid en levensstijl.

artikel 12 | Verloskundige zorg

Omschrijving:

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

Deze zorg omvat ook:

- Preconceptiezorg:
 - als u een kinderwens hebt, kunt u gebruik maken van preconceptiezorg. In artikel 11, onder omschrijving, punt 1 is aangegeven wat er onder deze zorg wordt verstaan
- Counseling:
 - Als u zwanger bent en u denkt erover om een prenatale screening naar aangeboren afwijkingen te laten doen, hebt u in de meeste gevallen eerst een uitgebreid gesprek met uw huisarts, verloskundige of medisch specialist, waarin u informatie ontvangt over de inhoud en reikwijdte van prenatale screening. Dit gesprek wordt ook wel de counseling genoemd. U kunt dan weloverwogen een besluit nemen of u deze screening wilt. Het gaat dan met name om de combinatietest en de 20-weeken echo;
- Combinatietest:
 - U kunt met de combinatietest laten onderzoeken hoe groot de kans is op een kind met Downsyndroom. De combinatietest bestaat uit twee onderzoeken:
 1. een bloedonderzoek tussen 9 en 14 weken van de zwangerschap;
 2. de nekplooiemeting via een echo, die gemaakt wordt tussen 11 en 14 weken van de zwangerschap.

U hebt recht op vergoeding van de kosten van de combinatietest als u een medische indicatie hebt of als u 36 jaar of ouder bent;

- 20-weeken echo (SEO):

Met de twintig-weeken echo kunt u laten onderzoeken of uw kind mogelijk een open ruggetje of een andere lichamelijke afwijking heeft. Dit onderzoek wordt het structureel echoscopisch onderzoek (SEO; tweede trimester) genoemd. Het onderzoek vindt plaats rond de 20e week van de zwangerschap.

Door:

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

De combinatietest en de 20-weeken echo mogen alleen uitgevoerd worden door een zorgaanbieder met een vergunning volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) of door een zorgaanbieder, die een samenwerkingsafpraak heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening. Zodra er sprake is van een medische indicatie is er geen vergunning nodig om het onderzoek uit te voeren.

12.2. Kraamzorg

Omschrijving:

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

Door:

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

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

Eigen bijdrage:

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van:

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

Rekenvoorbeeld:

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

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

Vergoeding vanuit de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis is:	€ 190,- per dag
--	-----------------

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

Bijzonderheden:

- IZA Zorgverzekeraar stelt het aantal te realiseren zorguren vast aan de hand van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. U hebt recht op ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over maximaal tien dagen. Het kraamcentrum indiceert de benodigde uren. U kunt dit protocol vinden op www.iza.nl of telefonisch opvragen.
- voor iedere dag ziekenhuisopname waarin kraamzorg al gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, brengt IZA Zorgverzekeraar het gemiddelde aantal uren kraamzorg (dit is het aantal geïndiceerde uren kraamzorg verdeeld over tien dagen) per dag in mindering;
- als meerdere zorginstellingen (bijvoorbeeld ziekenhuis en kraamcentrum) voor dezelfde dag kraamzorg in rekening brengen, dan hebt u ook op deze dubbele dag recht op vergoeding van de kosten van kraamzorg.

Let op:

Vraag kraamzorg ten minste vijf maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum aan via www.iza.nl of IZA Kraamzorg, telefoonnummer: 0900 8998 500 (€ 0,10/min). Dan weet u zeker dat uw aanvraag tijdig kan worden verwerkt.

artikel 13 | Medisch specialistische zorg

Omschrijving:

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

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

U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van:

- a. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- b. behandelingen gericht op de sterilisatie (zowel man als vrouw);
- c. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie (zowel man als vrouw);
- d. behandelingen gericht op circumcisie.

Door:

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

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

Verwijzing door:

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

Machtiging:

Ja.

Bijzonderheden:

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

artikel 14 | Revalidatie

Omschrijving:

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

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

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook vergoeding van de kosten van:

- de quickscan, als onderdeel van de vroege interventie (vroeg ingrijpen) bij langdurige a-specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Met a-specifieke klachten worden die klachten bedoeld, waarvoor geen duidelijke oorzaak kan worden gevonden;

- oncologische revalidatie. Dit is zorg gericht op functionele, fysieke, psychische en sociale problemen die te maken hebben met kanker, inclusief nazorg en revalidatie die onderdeel uitmaakt van de oncologische zorg. Het gaat hierbij om het geven van advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte, herstel, conditieverbetering en het in stand houden van de conditie. Oncologische revalidatie moet zich richten op alle fasen waarin u zich kan bevinden (diagnose - behandeling - nazorg).

Door:

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

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

artikel 15 | Erfelijkheidsonderzoek

Omschrijving:

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

Door:

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

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

artikel 16 | In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

16.1. In-vitrofertilisatie (IVF)

Omschrijving:

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat bij in-vitrofertilisatie (IVF) maximaal de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap.

Onder een gerealiseerde zwangerschap wordt verstaan een doorgaande zwangerschap van ten minste tien weken gerekend vanaf het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij gecryopreserveerde embryo's (cryo's) geldt voor een doorgaande zwangerschap een termijn van ten minste negen weken en drie dagen na de implantatie. Een IVF-poging, zijnde zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, houdt in:

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

Wanneer is er sprake van een IVF-poging?

Een IVF-poging wordt geacht te zijn begonnen wanneer:

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

Een IVF-poging gaat pas tellen als er in fase b een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen) heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken, tellen mee voor het aantal pogingen.

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

Wanneer hebt u opnieuw recht op vergoeding van de kosten van drie IVF-pogingen?

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

Door:

gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling.

Verwijzing door:

gynaecoloog of uroloog.

Bijzonderheden:

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

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

Wilt u naar het buitenland voor een IVF-behandeling? Neem vooraf contact op met IZA Zorgverzekeraar, telefoonnummer: 0900 8036. Vanuit het buitenland kunt u bellen naar +31 (0)24 329 76 44.

16.2. Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

Omschrijving:

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

Door:

gynaecoloog of uroloog.

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

Bijzonderheden:

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

artikel 17 | Audiologische zorg

Omschrijving:

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

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

Door:

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

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Bijzonderheden:

het recht op vergoeding van de kosten van gehoorapparatuur is geregeld in artikel 31, Hulpmiddelenzorg.

artikel 18 | Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Omschrijving:

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

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

U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van:

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

Door:

medisch specialist.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging:

ja, met toelichting van de behandelend medisch specialist.

artikel 19 | Transplantatie van weefsels en organen

Omschrijving:

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

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

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

- a. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- b. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c. het onderzoek, de conservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- d. de in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde zorg aan de donor, gedurende maximaal 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die opnemings;
- e. het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, als dit medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opnemings en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld onder d;
- f. het vervoer van en naar Nederland, gemaakt door een in het buitenland woonachtige donor, in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. De verblijfskosten in Nederland en gedeerde inkomsten worden niet vergoed.

Door:

medisch specialist.

artikel 20 | Dyslexiezorg

Omschrijving:

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

gebaseerd op de huidige wetenschappelijke, beroepsinhoudelijke en maatschappelijke inzichten.

U kunt het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling vinden op www.iza.nl of telefonisch opvragen, telefoonnummer: 0900 8036.

Door:

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

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

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

Verwijzing door:

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

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

Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

artikel 21 | Eerstelijnspsychologische zorg

Omschrijving:

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

Onder deze zorg wordt ook verstaan:

- preventie van problematisch alcoholgebruik, als het gaat om behandelingen die zijn gebaseerd op motiverende gespreksvoering en/of bewezen effectieve vormen van cognitieve gedragstherapie. Hieronder worden ook verstaan de programma's Minder drinken en De Drinktest die specifiek gericht zijn op preventie (en behandeling) van alcoholproblematiek.

U hebt recht op deze zorg als u meer drinkt dan verantwoord is, maar nog geen stoornis hebt ontwikkeld op het gebied van alcohol.

- preventie van depressie als het gaat om cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie en problem solving therapy eventueel in combinatie met psycho-educatie. U hebt recht op vergoeding van de kosten van deze zorg bij een (beginnende) subklinische depressie. Hiervan is sprake als u één kernsymptoom, bijvoorbeeld een neerslachtige stemming, en maximaal drie andere symptomen van depressie hebt. Bijvoorbeeld een onregelde slaap, energiegebrek en een gebrek aan eetlust. Van een depressie is dan nog geen sprake;
- het programma Mindfulness based cognitive therapie (MBCT);
- behandeling van lichte tot matige depressies en angststoornissen. Het programma Beating the Blues mag worden ingezet bij deze zorg als het behandeling betreft van lichte tot matige depressies.

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

Door:

Gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijnspsycholoog. Eerstelijnspsychologische zorg zoals beschreven in dit artikel voor verzekerden jonger dan 18 jaar mag ook worden verleend door een kinder- en jeugdpsycholoog of een orthopedagoog-generalist.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Eigen bijdrage:

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

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

Voorbeelden:

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

Verwijzing door:

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

Bijzonderheden:

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

artikel 22 | Specialistische GGZ

Omschrijving:

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

Door:

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

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de Jeugdgezondheidszorg of medisch specialist. Voor

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

Paramedische zorg

artikel 23 | Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar Mensendieck

Omschrijving:

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden. Onder deze zorg wordt ook oedeemtherapie verstaan.

Jonger dan 18 jaar:

- U hebt recht op vergoeding van de kosten van behandeling van aandoeningen die in Bijlage 1 van het besluit Zorgverzekering staan. Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens Bijlage 1.
- Gaat het om een aandoening die niet in Bijlage 1 van het besluit Zorgverzekering staat? Dan hebt u per kalenderjaar recht op vergoeding van de kosten van maximaal negen behandelingen per aandoening. Als u meer behandelingen nodig hebt, kan deze zorg nog worden verlengd met maximaal negen behandelingen.

18 jaar en ouder:

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

Bijlage 1 van het besluit Zorgverzekering kunt u vinden op www.iza.nl of telefonisch opvragen, telefoonnummer: 0900 8036.

Door:

fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut, heilgymnast-masseur, oefentherapeut Cesar/Mensendieck, kinderfysiotherapeut, kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck, manueel therapeut, oedeemtherapeut of bekkenfysiotherapeut.
Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut.

De geriatrisch fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut en bekkenfysiotherapeut moeten zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
De kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck moet zijn ingeschreven in het Register van verbijzonderde oefentherapeuten Cesar/Mensendieck.
De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist, voor behandeling van de in Bijlage 1 van het besluit Zorgverzekering aangegeven aandoeningen.

Machtiging:

ja, voor behandeling van de in Bijlage 1 van het besluit Zorgverzekering aangegeven aandoeningen.

Bijzonderheden:

met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld:
- arbocuratieve of re-integratietrajecten;
- behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

artikel 24 | Logopedie

Omschrijving:

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

Door:

logopedist. Logopedie voor afasie, preverbaal, stotteren en De Hanen Oudercursus moet worden verleend door een gespecialiseerde logopedist. Specifieke stottertherapie mag ook worden verleend door een stottertherapeut die

is ingeschreven bij de Nederlandse Vereniging voor Stottertherapie (NVST).

Verwijzing door:

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

Bijzonderheden:

met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld logopedische behandelingen in verband met:
- dyslexie;
- taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid;
- behandeling in verband met beroepsuitoefening, bijvoorbeeld voor musici;
- spreken in het openbaar;
- voordrachtskunst.

artikel 25 | Ergotherapie

Omschrijving:

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

Door:

ergotherapeut.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

artikel 26 | Dieetadvisering

Omschrijving:

U hebt recht op vergoeding van de kosten van voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden, tot maximaal vier behandeluren per kalenderjaar.

Door:

diëtist.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts, tandarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Mondzorg

artikel 27 | Tandheelkundige zorg

27.1. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 22 jaar

Omschrijving:

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

1. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per kalenderjaar. Als de zorgaanbieder dit nodig vindt, hebt u meer keren per jaar recht op een periodiek preventief onderzoek;
2. incidenteel tandheelkundig consult;
3. het verwijderen van tandsteen;
4. fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van 6 jaar, maximaal twee maal per kalenderjaar. Als de zorgaanbieder dit nodig vindt, hebt u meer keren per jaar recht op een fluorideapplicatie;
5. sealing;
6. parodontale hulp;
7. anesthesie;
8. endodontische hulp;
9. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
10. gnathologische hulp;
11. uitneembare prothetische voorzieningen;
12. tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, als het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, of omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
13. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
14. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

Door:

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

Machtiging:

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

27.2. Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Omschrijving:

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

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

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

Door:

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

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

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

Eigen bijdrage:

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd voor de zorg die omschreven is onder omschrijving, punt 1 en 2:
- als u 22 jaar of ouder bent voor zorg die wordt verleend vanwege extreme angst voor mondzorg. De eigen bijdrage geldt alleen voor preventief onderzoek, een incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen of uitneembare niet-volledige prothetische voorzieningen. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening mag worden gebracht als er geen sprake is van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen;
- van € 125,- per kaak voor een uitneembare volledige prothetische voorziening. Deze eigen bijdrage geldt ook als deze voorziening wordt geplaatst op tandheelkundige implantaten.

Verwijzing door:

tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Machtiging:

ja.

Hebt u vragen over mondzorg? U kunt op www.cvz.nl/zorgpakket/mondzorg een toelichting vinden. U kunt ook contact opnemen met IZA Zorgverzekeraar, telefoonnummer: 0900 8036.

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

Omschrijving:

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

Door:

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

Verwijzing door:

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

artikel 28 | Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 22 jaar en ouder

Omschrijving:

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

Door:

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

Eigen bijdrage:

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

Machtiging:

In de volgende gevallen is een machtiging vereist:

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

Bijzonderheden:

voor het recht op vergoeding van de kosten van een uitneembare volledige prothetische voorziening of een uitneembare volledige prothetische voorziening te

plaatsen op tandheelkundige implantaten, als onderdeel van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, zie artikel 27.2, Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen.

Farmaceutische zorg

artikel 29 | Geneesmiddelen

Omschrijving:

U hebt recht op vergoeding van de kosten van levering van:

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

Per voorschrift hebt u recht op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen voor een periode zoals vastgesteld in het Reglement farmaceutische zorg IZA.

Geleverd door:

apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Eigen bijdrage:

voor sommige geneesmiddelen bent u een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd.

Voorschrift:

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

Machtiging:

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

Bijzonderheden:

- de aanwijzing van de onder de omschrijving, punt 1 genoemde geneesmiddelen door IZA Zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen ten minste één geneesmiddel voor u beschikbaar is. Een overzicht van de door IZA

Zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddelen is opgenomen in bijlage B van het Reglement farmaceutische zorg IZA;

2. farmaceutische zorg omvat geen:
 - farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
 - geneesmiddelen ingeval van ziekterisico bij reizen;
 - geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
 - geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet;
3. geneesmiddelen die zijn opgenomen in de Beleidsregel dure geneesmiddelen van de Nederlandse zorgautoriteit worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg. Voor het recht op deze geneesmiddelen, zie artikel 13, Medisch specialistische zorg.

U kunt het besluit Zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement farmaceutische zorg IZA vinden op www.iza.nl of telefonisch opvragen, telefoonnummer: 0900 8036.

artikel 30 | Dieetpreparaten

Omschrijving:

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

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

Geleverd door:

voorkeursleveranciers Sorgente in Houten (voor alle dieetvoeding) of Tefa Portanje B.V. in Woerden (voor sondevoeding). U kunt voor dieet- en sondevoeding ook bij uw apotheker of apotheekhoudend huisarts terecht. Telefoonnummer Sorgente: (030) 634 62 62. Telefoonnummer Tefa-Portanje B.V.: (0348) 49 57 77.

Voorschrift:

diëtist, huisarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging:

ja.

Hulpmiddelenzorg

artikel 31 | Hulpmiddelen en verbandmiddelen

Omschrijving:

U hebt recht op vergoeding van de kosten van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het besluit Zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In uitzondering op de vergoeding van de kosten (restitutie) verstrekt IZA Zorgverzekeraar in bepaalde gevallen hulpmiddelen in bruikleen. In het Reglement hulpmiddelen IZA kunt u vinden welke hulpmiddelen in bruikleen worden verstrekt.

Door:

zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen IZA.

Eigen bijdrage/maximale vergoeding:

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

Voorschrift:

zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen IZA.

Machtiging:

zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen IZA.

U kunt het besluit Zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen IZA vinden op www.iza.nl of telefonisch opvragen, telefoonnummer: 0900 8036.

Verblijf in een instelling

artikel 32 | Verblijf

Omschrijving:

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

Waar:

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

Voorschrift:

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

Bijzonderheden:

onderbrekingen van maximaal 30 dagen worden niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de hiervoor genoemde 365 dagen. Onderbrekingen door weekend- en vakantieverlof tellen wél mee voor de berekening van de 365 dagen.

Ziekenvervoer

artikel 33 | Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer

Omschrijving:

U hebt recht op vergoeding van de kosten van:

1. medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis:
 - a. naar een zorgaanbieder of een instelling voor zorg, waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de zorgverzekering;
 - b. naar een instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ gaat verblijven;
 - c. vanuit een AWBZ-instelling, bedoeld in dit artikel

onder omschrijving, punt 1b, naar:

- een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling dat geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ komt;
 - een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ komt;
- d. naar uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen als u van een van de zorgaanbieders of instellingen komt, bedoeld in dit artikel onder omschrijving punt 1a, b of c;

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

2. zittend ziekenvervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis. Dit is ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een zorgaanbieder, instelling of woning, als bedoeld onder punt 1. U hebt dit recht uitsluitend in de volgende situaties:
 - a. u moet nierdialyses ondergaan;
 - b. u moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;
 - c. u kunt zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;
 - d. uw gezichtsvermogen is zodanig beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;
 - e. u bent voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer zal voor u leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule). Deze hardheidsclausule geldt per jaar.

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

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

Door:

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

Eigen bijdrage:

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

Voorschrift:

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

Machtiging:

Ja, alleen voor zittend ziekenvervoer.

U kunt met het Formulier medische verklaring zittend ziekenvervoer een machtiging aanvragen. Dit formulier kunt u vinden op www.iza.nl of telefonisch opvragen, telefoonnummer: 0900 8036.

Bijzonderheden:

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

Zorgbemiddeling

artikel 34 | Zorg- en wachtlijstbemiddeling

Omschrijving:

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

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



III Begripsomschrijvingen

AWBZ: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

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

Collectieve overeenkomst: een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering gesloten tussen IZA Zorgverzekeraar en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis en eventuele IZA Aanvullende verzekering te sluiten.

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

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

Eigen risico:

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

Europese Unie en EER-lidstaat: hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbe-

palingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. Ook worden hieronder verstaan de EER-landen (lidstaten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte): Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Fraude: het plegen of trachten te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, verzwijging van feiten die voor de uitvoering van de verzekering van belang kunnen zijn, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties, en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.

GGZ: Geestelijke gezondheidszorg.

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

Instelling:

1. een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
2. een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

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

IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis: een tussen IZA Zorgverzekeraar en de verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering.

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

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

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

Verdragsland: een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is

opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (voor vakantie/tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaapverdische Eilanden, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

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

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

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

Verzekeringsvoorwaarden IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis / verzekeringsvoorwaarden: de modelovereenkomst als bedoeld in artikel 1j van de Zorgverzekeringswet van IZA Zorgverzekeraar.

Voorkeursleverancier: een leverancier waarmee IZA Zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten en waarmee specifieke afspraken zijn gemaakt.

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

Zelfstandig behandelcentrum: een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is geen verblijf van 24 uur of langer toegestaan voor behandelingen waarvan de betreffende DBC onder het A-segment valt.

Ziekenhuis: een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

Zorg: zorg of overige diensten.

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

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

Zorgverzekering: een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.

IV Trefwoordenregister

Omschrijving	Artikelnummer	Omschrijving	Artikelnummer
A		F	
Algemene bepalingen	2	Farmaceutische zorg, geneesmiddelen en dieetpreparaten	29, 30
Ambulancevervoer	33	Fertiliteitbevorderende behandelingen en in-vitrofertilisatie (IVF)	16
Apotheekhoudend huisarts	29, 30	Fraude	2.4
Apotheker	29, 30	Fysiotherapeut	23
Arts	21	Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck	23
Audiologische zorg, audiologisch centrum	17	G	
Auto, vervoer met eigen	33	Gebitsprothese	28
AWBZ, AWBZ-instelling	33	Gedragstherapeut	21
B		Gehoorapparatuur	17
Begin, duur en beëindiging van de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis	6	Gehoorfunctie, onderzoek	17
Begripsomschrijvingen	Hfd. III	Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	21, 22
Bekkenfysiotherapeut	23	Geneeskundige zorg	11 t/m 20
Bemiddeling, zorg- en wachtlijstbemiddeling	34	Geneesmiddelen	29
Bevalling	12	Geschillen, klachten en geschillen	10
Bijzondere tandheelkunde	27.2	Gezondheidszorgpsycholoog	21
Buitenland	9	GGZ	21, 22
C		GGZ-instelling	22
Centrum voor bijzondere tandheelkunde	27.2	H	
Centrum voor erfelijkheidsadvies	15	Huidtherapeut	23
Cesar/Mensendieck, oefentherapie	23	Huisarts, huisartsenzorg	11
Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaak-chirurgie) voor verzekerden van 22 jaar en ouder	27.3	Hulpmiddelen, hulpmiddelenzorg	31
Chronisch intermitterende beademing	13	I	
Circumcisie	13	ICSI	16
Cognitief therapeut	21	Implantaten	27, 28
Collectieve overeenkomst	3, 6	Instelling	32
Coöperatie	2	In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen	16
Counseling	12	IZA Gezondheidslijn	11
D		IZA Alarmcentrale	9.4
Dieetadvisering, diëtist	26	K	
Dieetpreparaten	30	Kaakchirurg, kaakchirurgie	27.3
DNA-onderzoek	15	Kinderfysiotherapie, -therapeut	23
Donor	19	Kinder- en jeugdpsycholoog	21
Dyslexiezorg	20	Klachten en geschillen	10
E		Klinisch psycholoog	22
Eigen risico, verplicht en vrijwillig eigen risico	7, 8	Kraamzorg	12
Eerstelijnspsychologische zorg, eerstelijnspsycholoog	21	L	
Erfelijkheidsonderzoek, centrum voor erfelijkheidsadvies	15	Logopedie, logopedist	20
Ergotherapeut, ergotherapie	25		
EU- (Europese Unie) en EER-lidstaat	9		

Omschrijving	Artikelnummer	Omschrijving	Artikelnummer
M		T	
Machtiging	1, 9	Tandheekundige zorg voor verzekerden jonger dan 22 jaar	27.1
Manuele therapie, manueel therapeut	23	Tandheekundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen	27.2
Medicijnen, zie geneesmiddelen		Tandprotheticus	27.1, 28
Medisch specialistische zorg, medisch specialist	13	Taxivervoer	33
Mensendieck, oefentherapie	23	Thuisdialyse	13
Mondhygiënist	27.1	Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland	9.4
Mondzorg	27, 28	Transplantatie van weefsels en organen	19
		Trombosedienst	13
O		U	
Oedeemtherapie, oedeemtherapeut	23	Uitsluitingen	1.11
Oefentherapie, oefentherapeut Cesar/Mensendieck	23		
Optometrist	13	V	
Orgaantransplantatie	19	Vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	9
Orthodontische zorg, orthodontist	27.2	Verblijf, verblijf in een instelling	32
Orthoptist	13	Verdragsland	9
Orthopedagoog-Generalist	20, 21	Verloskamer	12
Overige verplichtingen	4	Verloskundige zorg, verloskundige	12
Overzicht vrijstelling eigen risico	2, 7	Verpleegkundige	11, 13
		Verplichtingen, overige	4
P		Vervoer, zie ziekenvervoer	
Paramedische zorg	23 t/m 26	Verwijzing, voorschrift of machtiging	1.9
Persoonsgebonden budget (PGB) eerstelijnspsychologische zorg	21	Verwijzing en/of machtigingsvereiste, buitenland	9.4
Plastische en/of reconstructieve chirurgie	18		
Preconceptiezorg	11, 12	W	
Premie	3	Wachttijstbemiddeling, Zorg- en wachttijstbemiddeling	34
Premie(grondslag) en voorwaarden	5	Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden	5
Prenatale screening	12		
Prothetische voorzieningen	27.1, 28	Z	
Psychiater/zenuwarts	22	Ziekenhuis	12, 13, 14, 19, 32
Psychotherapeut	22	Ziekenvervoer, ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer	33
		Zorgbemiddeling, zorg- en wachttijstbemiddeling	34
R		Zorgpolis	2
Reglement farmaceutische zorg IZA	2, 7, 29		
Reglement hulpmiddelen IZA	2, 31		
Reglement persoonsgebonden budget GGZ IZA	2, 21		
Revalidatie, revalidatie-instelling	14		
S			
Second opinion door een medisch specialist	13		
Seksuoloog	21		
Specialist, medisch, medisch specialistische zorg	13		
Specialistische GGZ	22		
Sterilisatie	13		
Stoppen met roken, begeleiding bij	11, 13		
Stottertherapeut	24		
Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)	12		



IZA Aanvullende verzekering

I Algemeen gedeelte

artikel 1 | Algemene bepalingen

1.1. Grondslag van de verzekering

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

Na het sluiten van de IZA Aanvullende Zorgverzekering gemeentezorgpolis, ontvangt u van IZA Zorgverzekeraar zo snel mogelijk een zorgpolis. Vervolgens ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuwe zorgpolis.

1.2. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de IZA Aanvullende Zorgverzekering gemeentezorgpolis, hebt u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de verzekering schriftelijk op- zeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst of, als dit later is, 14 dagen nadat u de verzekeringsvoorwaarden hebt ontvangen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

1.3. IZA Aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde of op andere schriftelijke wijze aan de verzekeringnemer bevestigde Aanvullende verzekering met het daarbij aangegeven pakket. Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de IZA Aanvullende verzekering. In de artikelen 1 t/m 8 worden de algemene voorwaarden vermeld. In de artikelen 9 t/m 55 worden voor de pakketten IZA Start, IZA Basic en IZA Classic per pakket de verzekerde prestaties aangegeven.

1.4. Medische noodzaak

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

binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.5. Ontlenen recht

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

Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend.

1.6. Bewijs

De kosten worden vergoed indien de verzekerde een originele nota overlegt en aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan. IZA Zorgverzekeraar heeft het recht om niet eerder tot vergoeding over te gaan dan nadat betaling van de kosten door de verzekerde is aangetoond.

1.7. Bescherming persoonsgegevens

IZA Zorgverzekeraar neemt uw privacy serieus. Uw persoonsgegevens zijn nodig voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringen en worden opgenomen in de persoonsregistratie van IZA Zorgverzekeraar. Persoonsgegevens worden ook gebruikt voor het voorkomen en bestrijden van fraude. Op de registratie is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. U kunt deze gedragscode inzien op www.iza.nl of telefonisch opvragen via telefoonnummer: 0900 8036. Vanaf de ingangsdatum van de IZA Aanvullende Zorgverzekering gemeentezorgpolis mag IZA Zorgverzekeraar:

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

IZA Zorgverzekeraar neemt hierbij de privacywetgeving in acht.

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

1.8. Fraude

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

Fraude heeft tot gevolg dat IZA Zorgverzekeraar uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplachtige of medepleger registreert in zijn Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door de afdeling Veiligheidszaken van 'Univé-VGZ-IZA-Trias'. Ook kan IZA Zorgverzekeraar uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplachtige en medepleger registreren:

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

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

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

IZA Zorgverzekeraar kan de noodzakelijk gemaakte onderzoekskosten bij u terugvorderen.

1.9. Mededelingen

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

1.10. Vergoeding van de kosten van zorg

Vergoeding van de kosten van zorg vindt uitsluitend plaats volgens tarieven of kosten die in Nederlandse marktomstandigheden passend worden geacht, tenzij sprake is van een door IZA Zorgverzekeraar met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen of vastgestelde tarief. Als een tarief geldt dat lager is dan het in Nederlandse marktomstandigheden passende tarief geldt dit lagere tarief.

IZA Zorgverzekeraar heeft het recht om de kosten van zorg, op vergoeding waarvan de verzekerde jegens IZA Zorgverzekeraar aanspraak kan maken op grond van een aanvullende verzekering, rechtstreeks in rekening te laten brengen en te betalen aan de zorgaanbieder, die de zorg heeft verleend. Met zodanige betaling vervalt de aanspraak van de verzekerde op vergoeding. Indien IZA Zorgverzekeraar meer vergoedt dan waartoe zij is gehouden, is IZA Zorgverzekeraar bevoegd tot terugvordering op eigen naam van het door de verzekerde aan de zorgaanbieder te veel betaalde. Door het sluiten van de verzekeringsovereenkomst verleent de verzekeringnemer hiertoe volmacht aan IZA Zorgverzekeraar.

1.11. Recht op (vergoeding van de kosten van) zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

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

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

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

1.13. Nederlands recht

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

artikel 3 | Premie**3.1. Verschuldigheid van premie**

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

Voorbeeld:

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

artikel 2 | Acceptatie**2.1. IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis**

De IZA Aanvullende verzekering kan alleen worden gesloten in aanvulling op de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis.

2.2. Gezinsdekking

De verzekeringnemer en de bij hem op de polis staande gezinsleden worden verzekerd voor hetzelfde dekkingpakket als de verzekeringnemer met uitzondering van mee te verzekeren kinderen vanaf 18 jaar.

2.3. Omzetting verzekeringspakket

Gedurende de looptijd van de aanvullende ziektekostenverzekering kan de verzekeringnemer het gekozen pakket omzetten naar een ander pakket. Hierbij is het bepaalde onder 2.2 van toepassing. Gedurende de eerste contractstermijn is alleen omzetting naar een uitgebreider pakket mogelijk. De verzekeringnemer dient een aanvraag tot omzetting vóór 31 december van het lopende jaar in te dienen. De omzetting gaat in op 1 januari van het daaropvolgende jaar.

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

- 3.2.1.** U bent als verzekeringnemer verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdragen maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijnbetalingskorting van 3% op de te betalen premie.
- 3.2.2.** IZA Zorgverzekeraar brengt voor betaling per acceptgiro eenmaal per jaar € 6,- kosten in rekening.
- 3.2.3.** Een door de verzekeringnemer afgegeven machtiging voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en overige kosten. IZA Zorgverzekeraar kan ervoor kiezen onder bepaalde condities de verzekeringnemer een acceptgiro toe te zenden zonder dat hieraan extra kosten zijn verbonden voor de verzekeringnemer.

3.3. Premiekorting en premietoeslag

- 3.3.1.** Als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst, ontvangt u een korting op de premie.
- 3.3.2.** Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de zorgverzekering op individuele basis voortgezet.
- 3.3.3.** U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.
- 3.3.4.** De verzekeringsvoorwaarden, waaronder de premie(betaling), zoals die gelden voor de individuele overeenkomst of de nieuwe collectieve overeenkomst gaan in op de dag volgend op de dag waarop u niet langer voldoet aan de voorwaarden voor deelname aan de betreffende collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering.

Als gedurende de looptijd van de IZA Aanvullende verzekering de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis eindigt, wordt ingaande de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin de beëindiging plaatsvond, een toeslag op de premie in rekening gebracht.

3.4. Verrekenen

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

3.5. Niet-tijdig betalen

- 3.5.1.** Als u als verzekeringnemer de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten niet-tijdig betaalt, stuurt IZA Zorgverzekeraar u een aanmaning. Als u dan niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van 14 dagen, kan IZA Zorgverzekeraar de dekking schorsen. In dat geval van bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgende op de dag waarop IZA Zorgverzekeraar het gehele verschuldigde bedrag en eventuele kosten heeft ontvangen. IZA Zorgverzekeraar heeft het recht bij niet-tijdige betaling de IZA Aanvullende Zorgverzekering gemeentezorgpolis te beëindigen. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.
- 3.5.2.** IZA Zorgverzekeraar kan administratiekosten, (buiten) gerechtelijke invorderingskosten en wettelijke rente bij u als verzekeringnemer in rekening brengen.
- 3.5.3.** Als u als verzekeringnemer al bent aangemaand voor niet-tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of kosten, hoeft IZA Zorgverzekeraar bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur u niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.5.4.** IZA Zorgverzekeraar heeft het recht om achterstallige premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg, of andere van IZA Zorgverzekeraar te ontvangen bedragen.
- 3.5.5.** Als IZA Zorgverzekeraar de verzekering wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie beëindigd heeft IZA Zorgverzekeraar het recht om gedurende een periode van vijf jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

artikel 4 | Overige verplichtingen**4.1. Verplichtingen**

U bent verplicht:

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

Als u uw verplichtingen niet nakomt en de belangen van IZA Zorgverzekeraar worden hierdoor geschaad, kan IZA Zorgverzekeraar uw recht op (vergoeding van de kosten van) de verzekerde zorg schorsen.

4.2. Declaratietermijn nota's

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

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

4.3. Belangen

Wanneer de belangen van IZA Zorgverzekeraar worden geschaad door het niet nakomen van de in artikel 4.1 genoemde verplichtingen, kan IZA Zorgverzekeraar de aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg schorsen.

artikel 5 | Wijziging premie en voorwaarden

5.1. Wijziging premie en voorwaarden

IZA Zorgverzekeraar heeft het recht de verzekeringsvoorwaarden en premie van de IZA Aanvullende Zorgverzekering gemeentezorgpolis op elk moment te wijzigen. IZA Zorgverzekeraar zal u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een dergelijke wijziging gebeurt op een door IZA Zorgverzekeraar vast te stellen datum.

5.2. Opzeggingsrecht

Als IZA Zorgverzekeraar de voorwaarden en/of de premie van de IZA Aanvullende Zorgverzekering gemeentezorgpolis in uw nadeel wijzigt, kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld de overeenkomst opzeggen. Dit opzeggingsrecht hebt u echter niet, als een wijziging in de verzekerde zorg rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepaling.

artikel 6 | Begin, duur en beëindiging

6.1. Begin en duur

De IZA Aanvullende verzekering gaat in op de op het polisblad vermelde datum en wordt gesloten voor onbepaalde duur en in stand gehouden gedurende ten minste één vol kalenderjaar. Na afloop van deze termijn wordt de overeenkomst jaarlijks stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

6.2. Einde van rechtswege

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

- 6.2.1. IZA Zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen (zorg)verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
- 6.2.2. de verzekerde overlijdt;
- 6.2.3. de verzekeringsplicht volgens de Zorgverzekeringswet van de verzekerde eindigt;
- 6.2.4. de verzekerde geen deel meer uitmaakt van het gezin van de verzekeringnemer.
IZA Zorgverzekeraar zal in dit geval de verzekerde een IZA Aanvullende verzekering aanbieden met een gelijkwaardig pakket. IZA Zorgverzekeraar stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een verzekering op grond van het in de bepaling onder 6.2.1 gestelde eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.

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

6.3. Opzegging door de verzekeringnemer

- 6.3.1. Jaarlijks
U als verzekeringnemer kunt de IZA Aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat IZA Zorgverzekeraar uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar heeft ontvangen.
- 6.3.2. Tussentijds
U als verzekeringnemer kunt de IZA Aanvullende verzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:
 - van een andere verzekerde als deze verzekerde een andere zorgverzekering heeft gesloten.
 - bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;

- als u bij IZA Zorgverzekeraar deelnemer bent van een collectieve overeenkomst van uw oude werkgever en kunt deelnemen aan een collectieve overeenkomst van uw nieuwe werkgever. U kunt de verzekeringsovereenkomst opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. In dat geval gaan zowel de opzegging als de inschrijving in op de dag van indienstreding bij de nieuwe werkgever als dat de eerste dag van de kalendermaand is, en zo niet, op de eerste dag van de kalendermaand volgend op de datum van indienstreding.
- in de situaties vermeld in artikel 6.2;
- voor degene voor wie de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis door opzegging is beëindigd;
- als een meeverzekerd kind 18 jaar wordt. De opzegging gaat in op de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin dit kind 18 jaar wordt, mits de opzegging ontvangen is vóór het einde van eerstgenoemde maand.

6.4. Opzegging, ontbinding of schorsing door IZA Zorgverzekeraar

- IZA Zorgverzekeraar kan de IZA Aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:
- wegens het niet-tijdig betalen van de verschuldigde bedragen zoals vermeld in artikel 3.5;
 - als er sprake is van fraude (zie artikel 1.8);
 - bij het opzettelijk niet, niet-volledig of onjuist verstrekken van voor de uitvoering van de verzekering relevante inlichtingen of stukken aan IZA Zorgverzekeraar die tot nadeel voor IZA Zorgverzekeraar (kunnen) leiden;
 - als u hebt gehandeld met de opzet IZA Zorgverzekeraar te misleiden of als IZA Zorgverzekeraar geen zorgverzekering zou hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In dat geval kan IZA Zorgverzekeraar binnen twee maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis opzeggen. IZA Zorgverzekeraar is in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kan de uitkering verminderen. IZA Zorgverzekeraar kan de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

artikel 7 | Uitsluitingen

Er bestaat geen aanspraak op zorg of vergoeding van kosten:

- 7.1. die verband houden met ziekten of afwijkingen die al bestonden vóór of bij het tot stand komen van de verzekering en waarmee u bekend was of kon zijn of waarvan u toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gedaan aan IZA Zorgverzekeraar. Deze uitsluiting is niet van toepassing als de verzekering zonder tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- 7.2. van schriftelijke verklaringen, administratiekosten, kosten van niet-nagekomen afspraken of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- 7.3. die veroorzaakt zijn door eigen 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. waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de AWBZ, de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering, al dan niet van oudere datum, als de verzekering bij IZA Zorgverzekeraar niet zou bestaan. In dat geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen welke het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken;
- 7.6. die zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij, zoals bepaald in artikel 3.38 van de wet op het financieel toezicht;
- 7.7. op vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van het handelen of nalaten van IZA Zorgverzekeraar.
- 7.8. als de kosten in rekening worden gebracht door uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid, tenzij door IZA Zorgverzekeraar vooraf een machtiging is verleend.

artikel 8 | Klachten en geschillen

- 8.1. **Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement.**
- 8.1.1. U kunt er van uit gaan dat IZA Zorgverzekeraar alles rond uw aanvullende zorgverzekering goed regelt. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. IZA Zorgverzekeraar staat open voor uw klachten en

suggesties. U kunt uw klacht voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven (een postzegel is niet nodig). Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via www.iza.nl. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht.

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

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

II Zorgartikelen

Orthodontie

artikel 9 | Orthodontie voor verzekerden tot 18 jaar

Door:

orthodontist of tandarts.

Vergoeding:			
	IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Orthodontische behandeling als gevolg van een recent trauma of chirurgische ingreep of als gevolg van geretineerde frontelementen	80% van de kosten	80% van de kosten	80% van de kosten
Overige orthodontische behandelingen	Geen	Geen	80% van de kosten over max. 36 behandelmaanden

Bijzonderheden:

- vergoeding wordt alleen verleend als de eerste behandelingsmaand ligt voor de dag waarop de 18-jarige leeftijd wordt bereikt. Dit is de kalendermaand waarop daadwerkelijk met de actieve behandeling wordt begonnen, bijvoorbeeld door het nemen van afdrucken voor apparatuur of het separeren van gebitselementen;
- vergoeding van een orthodontische afwijking door een recent trauma (ongeval) of chirurgische ingreep (geen extractie) vindt alleen plaats als de noodzaak tot behandeling het direct gevolg is van dat trauma of die ingreep;
- vergoeding van een orthodontische afwijking door geretineerde frontelementen vindt alleen plaats als er een noodzaak aanwezig is van een gecombineerde chirurgische/orthodontische behandeling.

Niet vergoed worden:

de kosten door onzorgvuldig gebruik van orthodontische apparatuur, toeslag voor brackets en niet-nagekomen afspraken.

artikel 10 | Orthodontie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Door:

orthodontist of tandarts.

Vergoeding:			
	IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Orthodontische behandeling als gevolg van een recent trauma of chirurgische ingreep of als gevolg van geretineerde frontelementen	80% van de kosten	80% van de kosten	80% van de kosten
Overige orthodontische behandelingen	Geen	Geen	80% van de kosten tot max. € 300,- eenmalig

Bijzonderheden:

- vergoeding van een orthodontische afwijking door een recent trauma (ongeval) of chirurgische ingreep (geen extractie) vindt alleen plaats als de noodzaak tot behandeling het direct gevolg is van dat trauma of die ingreep;
- vergoeding van een orthodontische afwijking door geretineerde frontelementen vindt alleen plaats als er een noodzaak aanwezig is van een gecombineerde chirurgische/orthodontische behandeling.

Niet vergoed worden:

de kosten door onzorgvuldig gebruik van orthodontische apparatuur, toeslag voor brackets en niet-nagekomen afspraken.

Tandheelkundige zorg

artikel 11 | Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 22 jaar en ouder

Door:

tandarts.

Maximum IZA Basic

Voor het pakket IZA Basic geldt dat de totale vergoeding voor alle onder dit pakket in artikel 11, 12 en 13 opgenomen verrichtingen samen is max. € 250,- per kalenderjaar.

Tarievenlijst tandheerkunde

Voor het bepalen van de vergoeding zijn de tandheerkundige verrichtingen die zijn opgenomen in de Tarievenlijst tandheerkunde van de NZa van 1 januari 2008 uitgangspunt.

11.1. Consulteren van de tandarts

Vergoeding:

	IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Geen	80% van de kosten	80% van de kosten	80% van de kosten

Niet vergoed worden:

- onderzoek en studiemodellen voor het opstellen van een behandelplan (C28, tenzij gedeclareerd voor een second opinion en C29);
- keuringsrapporten en gezondheidsverklaringen (C70, C75, C76);
- niet-nagekomen afspraken (C90).

11.2. Röntgenonderzoek

Vergoeding:

	IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Geen	80% van de kosten	80% van de kosten	80% van de kosten

Bijzonderheden:

- voor intra-orale röntgenfoto's (X10) geldt een maximum van zes foto's per kalenderjaar (*3);
- voor een orthopantomogram (X21, X22, X24) geldt dat er per twee kalenderjaren (*4) slechts één wordt vergoed.

11.3. Preventie/mondhygiëne

Vergoeding:

	IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Geen	80% tot een maximum van € 150,- voor alle kosten samen per kalenderjaar	80% tot een maximum van € 150,- voor alle kosten samen per kalenderjaar	80% tot een maximum van € 150,- voor alle kosten samen per kalenderjaar

Niet vergoed worden:

mondbeschermer (M60, M65).

11.4. Anesthesie (inclusief verdoven door middel van lachgas)

Vergoeding:

	IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Geen	80% van de kosten	80% van de kosten	80% van de kosten

Bijzonderheden:

- voor anesthesie die behoort bij een initiële parodontale behandeling wordt max. € 40,- vergoed.

11.5. Vullingen met plastische materialen

Vergoeding:			
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic	
Geen	80% van de kosten	80% van de kosten	

Niet vergoed worden:

- een indirecte tandmerg(pulpa)-overkapping (V60);
- sealen en polijsten (V30, V35, V40).

11.6. Tandmerg- en wortelkanaalbehandeling (endodontie)

Vergoeding:			
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic	
Geen	80% van de kosten	80% van de kosten	

Niet vergoed worden:

- bleken van tanden en kiezen (E90, E95, E97 en E98).

11.7. Chirurgische tandheelkunde

Vergoeding:			
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic	
Geen	80% van de kosten	80% van de kosten	

11.8. Tandvleesbehandeling (parodontologie)

Vergoeding:			
	IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Parodontale nazorg T51 t/m T56	Geen	80% van de kosten tot max. € 150,-	80% van de kosten tot max. € 150,-
Overige parodontologie	Geen	80% van de kosten tot max. € 250,-	80% van de kosten tot max. € 325,-

Bijzonderheden:

voor alle verrichtingen in artikel 11.8 samen geldt een maximum voor IZA Basic van € 250,- en IZA Classic van € 325,-.

Niet vergoed worden:

- toepassing lokaal medicament (T57);
- gingivectomieën (T82, T83);
- materiaalkosten bij aanbrengen regeneratiemateriaal (T84, T85).

11.9. Kaakgewrichtsbehandeling (Gnathologie)

Vergoeding:			
	IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
			Vergoeding tot max.
Uitgebreid functieonderzoek G01	Geen	Geen	€ 96,-
Gedocumenteerde verwijzing G03	Geen	Geen	€ 43,-
Occlusale spalk G62	Geen	Geen	€ 194,-
Repositie spalk G63	Geen	Geen	€ 245,-
Controlebezoek spalk G64	Geen	Geen	€ 19,-
Indirect planmatig instippen G65	Geen	Geen	€ 210,-
Occlusale opbeetplaat G69	Geen	Geen	€ 99,-
Overige gnathologische verrichtingen	Geen	Geen	80% van de kosten

Niet vergoed worden:

- myografie (G02);
- biofeedbacktherapie (G66);
- behandeling triggerpoint (G67);
- aanbrengen front/hoek tandgeleiding (G33);
- alle registratiemethoden (G10 t/m G20);
- instructie spieroefeningen (G61).

11.10. Second opinion TIP

Vergoeding:			
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic	
Geen	80% van de kosten	80% van de kosten	

artikel 12 | Tandprothetische zorg voor verzekerden van 22 jaar en ouder

Maximum IZA Basic

Voor het pakket IZA Basic geldt dat de totale vergoeding voor alle onder dit pakket in artikel 11, 12 en 13 opgenomen verrichtingen samen is max. € 250,- per kalenderjaar.

12.1. Tandprothese door tandarts

12.1.1. Volledige prothese door tandarts

Vergoeding:			
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic	
Geen	Het verschil tussen 80% van de kosten van de prothese en de vergoeding uit de zorgverzekering	Het verschil tussen 80% van de kosten van de prothese en de vergoeding uit de zorgverzekering	

12.1.2. Partiële prothese door tandarts

Vergoeding:			
	IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
		Vergoeding tot max.:	Vergoeding tot max.
Tissue conditioning P56	Geen	80% van de kosten	80% van de kosten
Partiële kunstthars-prothese 1-4 element P10	Geen	€ 135,-	€ 135,-
Partiële kunstthars-prothese 5-13 element P15	Geen	€ 250,-	€ 255,-
Extra individuele afdruk met randopbouw P16	Geen	€ 75,-	€ 75,-
Extra voor beet-registratie met specifieke apparatuur P17	Geen	80% van de kosten	80% van de kosten
Extra voor gegoten anker P18	Geen	€ 50,-	€ 50,-
Frameprothese 1-4 element P34	Geen	€ 250,-	€ 460,-
Frameprothese 5-13 element P35	Geen	€ 250,-	€ 560,-
Wortelkap met stift P31	Geen	€ 205,-	€ 205,-
Extra per precisieveranker c.q. per staaftuls P32	Geen	€ 225,-	€ 225,-
Extra voor telescoopkroon P33	Geen	80% van de kosten	80% van de kosten
Prothesetarief met per immediaat te vervangen element P40	Geen	80% van de kosten	80% van de kosten
Extra per overkapt element P29	Geen	80% van de kosten	80% van de kosten
Rebasen indirect zonder randopbouw P51	Geen	€ 80,-	€ 80,-
Rebasen indirect met randopbouw P52	Geen	€ 110,-	€ 110,-
Rebasen direct zonder/met randopbouw P53, P54	Geen	80% van de kosten	80% van de kosten
Reparatie prothese zonder afdruk P57	Geen	€ 45,-	€ 45,-
Reparatie prothese met afdruk P58	Geen	€ 75,-	€ 75,-
Uitbreiding partiële prothese P79	Geen	€ 85,-	€ 85,-

Bijzonderheden:

1. voor vergoeding van gebitsprothese door tandarts en/of tandprotheticus samen geldt een maximum van twee prothesen per acht aaneengesloten kalenderjaren (*4);
2. de vergoeding voor een reparatie van een partiële prothese wordt ook verleend als de reparatie is verricht door een gediplomeerd tandtechnicus.

12.2. Tandprothese door tandprotheticus

Maximum IZA Basic

Voor het pakket IZA Basic geldt dat de totale vergoeding voor alle onder dit pakket in artikel 11, 12 en 13 opgenomen verrichtingen samen is max. € 250,- per kalenderjaar.

12.2.1 Volledige prothese door tandprotheticus

Vergoeding:			
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic	
Geen	Het verschil tussen 80% van de kosten van de prothese en de vergoeding uit de zorgverzekering tot max. € 250,- per boven- of onderprothese	Het verschil tussen 80% van de kosten van de prothese en de vergoeding uit de zorgverzekering tot max. € 300,- per boven- of onderprothese	

12.2.2 Partiële prothese door tandprotheticus

Vergoeding:			
	IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
		Vergoeding tot max.:	Vergoeding tot max.
Frameprothese van 1-4 elementen	Geen	€ 250	€ 400,-
Frameprothese van 5-13 elementen	Geen	€ 250,-	€ 500,-
Partiële kunstthars-prothese 1-4 elementen	Geen	€ 120,-	€ 120,-
Partiële kunstthars-prothese 5-13 elementen	Geen	€ 220	€ 220,-
Rebasen prothese	Geen	€ 95,-	€ 95,-
Revisie van elementen	Geen	€ 75,-	€ 75,-
Reparatie (breuk, scheur, vastzetten elementen)	Geen	€ 35,-	€ 35,-

Bijzonderheden:

1. voor vergoeding van gebitsprothese door tandarts en/of tandprotheticus samen geldt een maximum van twee prothesen per acht aaneengesloten kalenderjaren (*4);
2. de vergoeding voor een reparatie van een partiële prothese wordt ook verleend als de reparatie is verricht door een gediplomeerd tandtechnicus.

artikel 13 | Preventie en parodontale behandeling

Maximum IZA Basic

Voor het pakket IZA Basic geldt dat de totale vergoeding voor alle onder dit pakket in artikel 11, 12 en 13 opgenomen verrichtingen samen is max. € 250,- per kalenderjaar.

Door:
vrijgevestigd mondhygiënist.

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Geen	80% van de kosten tot een maximum van € 250,-	80% van de kosten tot een maximum van € 325,-

artikel 14 | Inlays, kronen, bruggen en implantaten

Door:
tandarts of kaakchirurg.

14.1. Inlays, kronen en bruggen

Vergoeding:			
	IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
			Vergoeding tot max.
Tweevlaks-inlay R12	Geen	Geen	€ 175,-
Drievlaks-inlay R13	Geen	Geen	€ 235,-
Gegoten metalen kroon (al of niet met opgebakken porselein) R20, R25	Geen	Geen	€ 280,-
Jacketkroon met of zonder schouderpreparatie R26, R27	Geen	Geen	€ 280,-
Brugtussendeel eerste dummy R40	Geen	Geen	€ 195,-
Brugtussendeel tweede en volgende dummy in hetzelfde tussendeel R45	Geen	Geen	€ 95,-

Bijzonderheden:
voor vergoeding geldt een maximum aantal van al deze verrichtingen samen. Per drie aaneengesloten kalenderjaren (*4) worden bij plaatsing van inlays, kronen en/of brugtussendelen maximaal zes elementen vergoed.

Niet vergoed worden:
- direct composiet inlays (R08, R09, R10);
- eenvlaksinlay (R11);
- extra voor aangegoten pin (R14);

- endokroon (R28);
- toeslag voor brug op vijf of meer pijlerelementen (R49);
- metalen fixatiekap en gipsslot met (extra) afdruk (R50 en R55).

14.2. Diverse verrichtingen met niet-plastische materialen

Vergoeding:			
	IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
			Vergoeding tot max.
Roestvrijstalen of kunstharconfectiekroon R29	Geen	Geen	€ 39,-
Opbouw van plastisch materiaal R31	Geen	Geen	€ 24,-
Gegoten opbouw indirecte methode R32	Geen	Geen	€ 110,-
Gegoten opbouw directe methode R33	Geen	Geen	€ 115,-
Intra-coronaire brugveranker R46	Geen	Geen	€ 39,-
Etsbrug zonder preparatie R60	Geen	Geen	€ 245,-
Etsbrug met preparatie R61	Geen	Geen	€ 285,-
Toeslag volgende dummy R65	Geen	Geen	€ 145,-
Toeslag voor elke volgende bevestiging boven het aantal van twee bevestigingen R66	Geen	Geen	€ 32,-
Kroon onder bestaand frame-anker R70	Geen	Geen	€ 43,-
Vernieuwen porselein facet R71	Geen	Geen	€ 103,-
Vernieuwen facet plastisch materiaal R72	Geen	Geen	€ 24,-
Opnieuw vastzetten gegoten restauraties R74	Geen	Geen	€ 15,-
Opnieuw vastzetten etsbrug R75	Geen	Geen	€ 39,-
Extra voorgegoten opbouw onder bestaande kroon R76	Geen	Geen	€ 20,-
Labiale veneering zonder preparatie R78	Geen	Geen	€ 170,-
Labiale veneering met preparatie R79	Geen	Geen	€ 200,-

Niet vergoed worden:
- aanbrengen extra retentie c.q. pinnen in facet (R73);
- temporaire (nood)voorzieningen (R80, R85, R90).

14.3. Implantaten in de niet-tandeloze kaak

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Geen	Geen	Max. € 850,-

Bijzonderheden:
voor vergoeding geldt een maximum van al deze verrichtingen samen per drie aaneengesloten kalenderjaren (*4) voor honoraria, materiaal- en techniekkosten.

Paramedische zorg

artikel 15 | Fysiotherapie voor verzekerden tot 18 jaar

Door:
- fysiotherapeut bij individuele fysiotherapie, psychosomatische fysiotherapie en fysiotherapie in groepsverband;
- kinderoefentherapeut bij kinderoefentherapie;
- kinderfysiotherapeut bij kinderfysiotherapie;
- oedeemtherapeut of huidtherapeut bij lymf-oedeemtherapie;
- oefentherapeut bij individuele oefentherapie (Cesar/Mensendieck) en oefentherapie in groepsverband.

Vergoeding:			
	IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
	Vergoeding tot max.:	Vergoeding tot max.:	Vergoeding tot max.:
Medische indicaties niet zijnde medische indicaties zoals bedoeld in Bijlage 1 van het besluit Zorgverzekering	Max. 14 zittingen tot het maximum bedrag per zitting zoals in de onderstaande tabel aangegeven	Max. 14 zittingen tot het maximum bedrag per zitting zoals in de onderstaande tabel aangegeven	Max. 21 zittingen tot het maximum bedrag per zitting zoals in de onderstaande tabel aangegeven

	IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
	Maximum per zitting	Maximum per zitting	Maximum per zitting
Individuele en psychosomatische fysiotherapie en individuele oefentherapie	€ 26,-	€ 26,-	€ 26,-
Fysiotherapie in een groep van 2 t/m 4 personen	€ 28,-	€ 28,-	€ 28,-
Fysiotherapie in een groep van 5 t/m 10 personen	€ 16,-	€ 16,-	€ 16,-
Lang consult fysiotherapie	€ 39,-	€ 39,-	€ 39,-
Oefentherapie met 2 personen	€ 23,-	€ 23,-	€ 23,-
Oefentherapie met 3 personen	€ 17,-	€ 17,-	€ 17,-
Oefentherapie met 4 personen	€ 13,-	€ 13,-	€ 13,-
Oefentherapie in een groep van 5 t/m 10 personen	€ 10,-	€ 10,-	€ 10,-
Manuele therapie	€ 39,-	€ 39,-	€ 39,-
Bekkenfysiotherapie	€ 39,-	€ 39,-	€ 39,-
Lymfoedeemtherapie	€ 39,-	€ 39,-	€ 39,-
Toeslag uitbehandeling	€ 13,-	€ 13,-	€ 13,-
Inrichtingstoeslag	€ 6,-	€ 6,-	€ 6,-

Bijzonderheden:

1. bij meerdere vormen van fysiotherapie die naast elkaar worden verleend voor dezelfde indicatie wordt slechts vergoeding verleend voor één vorm;
2. een eenmalig (oefen)fysiotherapeutisch onderzoek wordt vergoed op basis van twee zittingen individuele fysiotherapie en verstrekte hulpmiddelen worden eenmaal per kalenderjaar vergoed tot maximaal € 26,-.

Niet vergoed worden:
fitness (al dan niet medisch van aard), conditietraining, preventieve training of revalidatie-/reconditioneringstraining, zelfs als dit onder fysiotherapeutische begeleiding plaatsvindt.

artikel 16 | Fysiotherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Door:
- fysiotherapeut bij individuele fysiotherapie, psychosomatische fysiotherapie en fysiotherapie in groepsverband;
- manueel therapeut bij manuele therapie;
- oedeemtherapeut of huidtherapeut bij

lymfoedeemtherapie;

- bekkenfysiotherapeut bij bekkenfysiotherapie;
- oefentherapeut bij individuele oefentherapie (Cesar/Mensendieck) en oefentherapie in groepsverband.

Vergoeding:			
	IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Indicaties zoals vermeld in Bijlage 1 van het besluit Zorgverzekering	100% van de kosten voor de eerste 9 zittingen per indicatie per kalenderjaar, tot het maximum bedrag per zitting zoals in de onderstaande tabel aangegeven	100% van de kosten voor de eerste 9 zittingen per indicatie per kalenderjaar, tot het maximum bedrag per zitting zoals in de onderstaande tabel aangegeven	100% van de kosten voor de eerste 9 zittingen per indicatie per kalenderjaar, tot het maximum bedrag per zitting zoals in de onderstaande tabel aangegeven
Medische indicaties niet zijnde medische indicaties zoals bedoeld in Bijlage 1 van het besluit Zorgverzekering	Geen	Max. 14 zittingen tot het maximum bedrag per zitting zoals in de onderstaande tabel aangegeven	Max. 21 zittingen tot het maximum bedrag per zitting zoals in de onderstaande tabel aangegeven

	IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
	Maximum per zitting	Maximum per zitting	Maximum per zitting
Individuele en psychosomatische fysiotherapie en individuele oefentherapie	€ 26,-	€ 26,-	€ 26,-
Fysiotherapie in een groep van 2 t/m 4 personen	€ 28,-	€ 28,-	€ 28,-
Fysiotherapie in een groep van 5 t/m 10 personen	€ 16,-	€ 16,-	€ 16,-
Lang consult fysiotherapie	€ 39,-	€ 39,-	€ 39,-
Oefentherapie met 2 personen	€ 23,-	€ 23,-	€ 23,-
Oefentherapie met 3 personen	€ 17,-	€ 17,-	€ 17,-
Oefentherapie met 4 personen	€ 13,-	€ 13,-	€ 13,-
Oefentherapie in een groep van 5 t/m 10 personen	€ 10,-	€ 10,-	€ 10,-
Manuele therapie	€ 39,-	€ 39,-	€ 39,-
Bekkenfysiotherapie	€ 39,-	€ 39,-	€ 39,-
Lymfoedeemtherapie	€ 39,-	€ 39,-	€ 39,-
Toeslag uitbehandeling	€ 13,-	€ 13,-	€ 13,-
Inrichtingstoelag	€ 6,-	€ 6,-	€ 6,-

Bijzonderheden:

1. bij meerdere vormen van fysiotherapie die naast elkaar worden verleend voor dezelfde indicatie wordt slechts vergoeding verleend voor één vorm;
2. een eenmalig (oefen)fysiotherapeutisch onderzoek wordt vergoed op basis van twee zittingen individuele oefen- of fysiotherapie en verstrekte hulpmiddelen worden eenmaal per kalenderjaar vergoed tot maximaal € 26,-;
3. onder manueel therapeuten worden ook gerekend de Egg Shell® therapeuten die werken volgens de methode Van der Bijl.

Niet vergoed worden:

fitness (al dan niet medisch van aard), conditietraining, preventieve training of revalidatie-/reconditionerings-training, zelfs als dit onder fysiotherapeutische begeleiding plaatsvindt en arbocuratieve- of re-integratietrajecten.

artikel 17 | Groepszwemmen voor reumapatiënten

Door:

fysiotherapeut.

Omschrijving:

therapeutisch zwemmen met meerdere reumapatiënten in extra verwarmd water.

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
100% van de kosten	100% van de kosten	100% van de kosten

Verwijzing door:

medisch specialist.

artikel 18 | Hulp door een podotherapeut

Door:

podotherapeut of pedicure met het diploma medisch pedicure of aantekening diabetische voet.

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Max. € 115,- per kalenderjaar	Max. € 115,- per kalenderjaar	Max. € 115,- per kalenderjaar

Bijzonderheden:

1. de vergoeding is inclusief de door de podotherapeut voorgeschreven hulpmiddelen, met uitzondering van steunzolen (zie artikel 38);
2. de kosten van een pedicure worden alleen vergoed bij behandeling van diabetespatiënten.

artikel 19 | Camouflagetherapie

Door:

huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Indicatie:

zichtbare aandoeningen die niet operatief kunnen worden verwijderd.

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Max. € 165,- per drie kalenderjaren	Max. € 165,- per drie kalenderjaren	Max. € 165,- per drie kalenderjaren

Bijzonderheden:

de vergoeding is inclusief camouflagemiddelen.

Verwijzing door:

medisch specialist.

artikel 20 | Epilatie

Door:

- huidtherapeut of schoonheidsspecialist bij elektrische epilatie;
- huidtherapeut of arts bij epilatie met behulp van een laser.

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Max. € 445,- per kalenderjaar	Max. € 445,- per kalenderjaar	Max. € 445,- per kalenderjaar

Bijzonderheden:

1. vergoeding wordt alleen verleend:
 - bij extreme beharing in het gezicht van een vrouw en;
 - de behandeling plaatsvindt op voorschrift van de huisarts of de behandelend specialisten;
 - IZA Zorgverzekeraar vooraf machtiging heeft verleend (*2).
2. bij een geslachtsveranderende operatie kan door IZA Zorgverzekeraar een hogere vergoeding worden toegekend.

artikel 21 | Acnebehandeling

Door:

huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Indicatie:

ernstige vorm van acne.

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Max. € 26,- per behandeling voor max. 15 behandelingen per kalenderjaar	Max. € 26,- per behandeling voor max. 15 behandelingen per kalenderjaar	Max. € 26,- per behandeling voor max. 15 behandelingen per kalenderjaar

Verwijzing door:

een huisarts of dermatoloog.

artikel 22 | Stottertherapie

Door:

therapeuten die werken volgens de methode "Del Ferro", "BOMA" of "Hausdörfer" (Instituut Natuurlijk Spreken).

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Max. € 400,- eenmalig	Max. € 400,- eenmalig	Max. € 400,- eenmalig

Bijzonderheden:

- vergoeding wordt alleen verleend als:
- de patiënt voorafgaande logopedische behandeling heeft ondergaan;
 - de patiënt een leeftijd heeft van ten minste zeven jaar.

artikel 23 | Hulp door een diëtist

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Geen	Geen	Max. 4. uur

Bijzonderheden:

de vergoeding wordt alleen verleend nadat het maximaal aantal uren volgens de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis is verbruikt.

artikel 24 | Hulp door een overgangsconsulente

Door:

overgangsconsulente van Care for Women of de Vereniging Verpleegkundig OvergangsConsulenten op verwijzing van huisarts of medisch specialist.

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Max. € 50,- per consult voor max. 4 consulten eenmalig	Max. € 50,- per consult voor max. 4 consulten eenmalig	Max. € 50,- per consult voor max. 4 consulten eenmalig

Geneeskundige zorg

artikel 25 | Reconstructieve en cosmetische of esthetische chirurgie

Door:

medisch specialist.

Omschrijving:

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 voor zover het een indicatie betreft zoals hieronder vermeld.

Indicatie:

- behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden als er geen sprake is van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- het operatief verwijderen en plaatsen van een borstprothese na de onder b bedoelde behandeling;
- correctie van flaporen bij kinderen in de leeftijd tot 18 jaar;
- buikwandcorrectie indien sprake is van een overhangende buikhuidplooi waarbij de plooi – aan de binnenzijde gemeten – zes cm of meer bedraagt waarbij smetten aannemelijk is. Uw gewicht moet in verhouding staan tot uw lichaamslengte ($BMI \leq 30$).

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Geen	Geen	Volledig

Machtiging:

ja, vooraf.

Bijzonderheden:

- de machtigingsaanvraag moet worden gericht aan de medisch adviseur en ten minste bevatten een brief van de behandelend specialist, die de aard en omvang van de afwijking en de toe te passen behandeling vermeldt (*2);
- als geen sprake is van een ingreep op grond van bovengenoemde medische indicaties wordt geen vergoeding verleend, tenzij IZA Zorgverzekeraar vindt dat er bijzondere medische omstandigheden aanwezig zijn, die een vergoeding tot maximaal 50% van de kosten rechtvaardigen.

artikel 26 | Sterilisatie en hersteloperatie van sterilisatie

Door:

medisch specialist.

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Geen	Geen	Volledig

artikel 27 | Psoriasisdagbehandeling

Door:

centrum dat als psoriasisdagbehandelingscentrum door IZA Zorgverzekeraar is aangewezen.

Indicatie:

vergoeding wordt alleen verleend aan psoriasispatiënten van wie circa 10% of meer van de huid is aangetast of dat er aantasting van de huid bestaat in het gelaat, op de handen en/of de genitalia én voorgaande behandelingen geen of te weinig effect hebben gesorteerd.

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Max. € 39,- per behandeling voor max. 25 behandelingen per kalenderjaar	Max. € 39,- per behandeling voor max. 25 behandelingen per kalenderjaar	Max. € 39,- per behandeling voor max. 25 behandelingen per kalenderjaar

Verwijzing door:

huidarts.

artikel 28 | Hulp aan oncologiepatiënten

Door:

Herstel en Balans® of therapeutisch centrum dat is aangesloten bij de federatie IPSO-Concentris.

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Max. € 445,- per kalenderjaar	Max. € 445,- per kalenderjaar	Max. € 445,- per kalenderjaar

Bijzonderheden:

het gaat om de volgende therapeutische centra: Helen Dowling Instituut, Het Behouden Huys, Ingeborg Douwescentrum, Taborhuis, Les Vaux, dr. L. Leshan Stichting, de Vruchtenberg, Amarant.

Kraamzorg

artikel 29 | Bevallingsuitkering

Omschrijving:

Bevallingsuitkering bij kraamzorg thuis. Kraamhulp die niet wordt verzorgd door een kraamcentrum, kraamzorg-hotel of ziekenhuis.

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Max. € 37,- per dag over max. 8 dagen	Max. € 37,- per dag over max. 8 dagen	Max. € 37,- per dag over max. 8 dagen

Bijzonderheden:

- bij een klinische bevalling wordt het aantal ziekenhuisdagen op het maximum van acht dagen in mindering gebracht;
- de bevallingsuitkering wordt niet verleend als kraamzorg is verkregen die op grond van de zorgverzekering wordt vergoed.

artikel 30 | Verlengde kraamzorg en nazorg pasgeborene

Door:

kraamcentrum.

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Volledig over max. 12 uur, verdeeld over max. vier dagen	Volledig over max. 12 uur, verdeeld over max. vier dagen	Volledig over max. 12 uur, verdeeld over max. vier dagen

Bijzonderheden:

- vergoeding van verlengde kraamzorg wordt uitsluitend verleend voor kraamzorg na de 10e dag vanaf de bevalling op grond van een medische noodzaak;
- verlengde kraamzorg wordt niet vergoed na kraamzorg op grond van artikel 29 (bevallingsuitkering).

artikel 31 | Kraampakket

Door:

IZA Kraamzorg.

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Kraampakket in natura bij kraamzorg via IZA Kraamzorg	Kraampakket in natura bij kraamzorg via IZA Kraamzorg	Kraampakket in natura bij kraamzorg via IZA Kraamzorg

Verblijf in een instelling

artikel 32 | Verblijf van de patiënt in gasthuis Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of familiehuis Daniël den Hoed

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
De kosten per dag	De kosten per dag	De kosten per dag

artikel 33 | Verblijf in een herstellingsoord

Indicatie:

noodzakelijk verblijf voor;

- herstel van ziekte bij het ontbreken van adequate verzorging thuis;
- herstel na specialistische behandeling als somatische zorg en/of observatie noodzakelijk is;
- herstel na mentale overbelasting;
- het leren leven met een handicap en het steun bieden bij het opbouwen van een toekomstperspectief.

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
50% van de kosten voor max. 6 weken	50% van de kosten voor max. 6 weken	50% van de kosten voor max. 6 weken

Bijzonderheden:

vergoeding wordt uitsluitend verleend bij verblijf in een herstellingsoord dat behoort tot een door IZA Zorgverzekeraar aangewezen herstellingsoord (de lijst hiervan staat vermeld op www.iza.nl).

artikel 34 | Verblijf in een hospice voor terminale patiënten

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Max. € 130,- per dag	Max. € 130,- per dag	Max. € 130,- per dag

artikel 35 | Verblijf in een Ronald McDonaldhuis, Kiwani's huis of vergelijkbaar huis

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Max. € 18,- per dag	Max. € 18,- per dag	Max. € 18,- per dag

Bijzonderheden:

vergoeding wordt uitsluitend verleend voor verblijf van naaste familie of verzorgers van minderjarige kinderen of van patiënten die verblijven in de in dit artikel genoemde huizen.

artikel 36 | Verblijf in een therapeutisch vakantiecamp
Omschrijving:

verblijf in een therapeutisch kamp van verzekerden tot 16 jaar.

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
90% van de kosten voor max. 1 maand	90% van de kosten voor max. 1 maand	90% van de kosten voor max. 1 maand

Bijzonderheden:

vergoeding wordt uitsluitend verleend voor verblijf in een vakantiecamp van de volgende organisaties:

- Stichting De Luchtballon voor astmatische kinderen;
- Diabetes Jeugdvereniging Nederland;
- Stichting Kinderoncologische vakantiecampen;
- Stichting Fibrose Kinderen op Kamp.

Hulpmiddelen
artikel 37 | Brillen en contactlenzen
Omschrijving:

brillenglazen, bijbehorende brilmonturen en contactlenzen met een sterkte vanaf 0,25D en aanmetingskosten samen (*4)

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Geen	Geen	Per periode van 2 aaneengesloten kalenderjaren max. € 186,-

Bijzonderheden:

1. voor kinderen t/m 16 jaar geldt een termijn van één kalenderjaar;
2. bij een staaroperatie wordt binnen de genoemde periode van twee aaneengesloten kalenderjaren één extra bril of paar contactlenzen vergoed tot maximaal € 186,- (*4);
3. de vergoeding wordt ook verleend als de verzekerde in plaats van brillenglazen of contactlenzen een laserbehandeling of lensimplantatie ondergaat.

artikel 38 | Steunzolen en therapiezolen

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Max. € 190,- per kalenderjaar	Max. € 190,- per kalenderjaar	Max. € 190,- per kalenderjaar

Bijzonderheden:

vergoeding wordt uitsluitend verleend als een recent voorschrift van huisarts of specialist wordt overgelegd (*1).

artikel 39 | Supphosekousen

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Volledig voor max. vier paar per kalenderjaar	Volledig voor max. vier paar per kalenderjaar	Volledig voor max. vier paar per kalenderjaar

Bijzonderheden:

vergoeding wordt uitsluitend verleend als een recent voorschrift van huisarts of medisch specialist wordt overgelegd (*1).

artikel 40 | Steunpessarium

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Geen	Geen	Volledig

Bijzonderheden:

vergoeding wordt uitsluitend verleend als een recent voorschrift van huisarts of medisch specialist wordt overgelegd (*1).

artikel 41 | Plaswekker

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Geen	Geen	Volledig

Bijzonderheden:

1. vergoeding wordt alleen verleend voor kinderen vanaf 5 tot 12 jaar oud;
2. vergoeding wordt uitsluitend verleend als een recent voorschrift van huisarts of medisch specialist wordt overgelegd (*1).

artikel 42 | Hoortoestellen en pruiken

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Geen	Geen	Hoortoestel: het verschil tussen de aanschafwaarde en de vergoeding vanuit de zorgverzekering tot max. € 200,- Pruik: het verschil tussen de aanschafwaarde en de vergoeding vanuit de zorgverzekering tot max. € 100,-

Bijzonderheden:

de vergoeding wordt uitsluitend verleend voor een hoortoestel of pruik welke vergoed of verstrekt is op grond van de artikelen 2.14 en 2.18 van de Regeling Zorgverzekering.

Alternatieve geneeswijzen
artikel 43 | Alternatieve geneeswijzen
Door:

1. arts niet zijnde huisarts, medisch specialist of sportarts;
2. acupuncturist;
3. klassiek homeopaat, en
4. een therapeut die behoort tot een door IZA Zorgverzekeraar aangewezen groep van therapeuten (de lijst hiervan staat vermeld op www.iza.nl).

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Max. € 29,- per consult tot in totaal € 145,- per kalenderjaar voor alle kosten van de onder 1 t/m 3 genoemde artsen en therapeuten samen	Max. € 29,- per consult tot in totaal € 145,- per kalenderjaar voor alle kosten van de onder 1 t/m 3 genoemde artsen en therapeuten samen	Max. € 29,- per consult tot in totaal € 290,- per kalenderjaar voor alle kosten van de onder 1 t/m 4 genoemde artsen en therapeuten samen

artikel 44 | Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Max. € 130,- per kalenderjaar	Max. € 130,- per kalenderjaar	Max. € 260,- per kalenderjaar

Bijzonderheden:

vergoeding wordt alleen verleend als de geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een arts of klassiek homeopaat bedoeld in artikel 43 en zijn geleverd door een apotheker of apothekhoudend huisarts.

artikel 45 | Chiropractie en osteopathie

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Geen	Geen	Max. € 29,- per consult tot in totaal € 290,- per kalenderjaar voor beide therapieën afzonderlijk

artikel 46 | Behandeling in een kuuroord

Indicatie:

de ziekte van Bechterew, reumatoïde artritis of artritis psoriatica.

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Max. € 885,- per kalenderjaar	Max. € 885,- per kalenderjaar	Max. € 885,- per kalenderjaar

Bijzonderheden:

vergoeding wordt uitsluitend verleend als de behandeling plaatsvindt in een kuuroord dat behoort tot een door IZA Zorgverzekeraar aangewezen kuuroord (de lijst hiervan staat vermeld op www.iza.nl).

Machtiging:

ja, voorafgaande machtiging door IZA Zorgverzekeraar.

Niet vergoed worden:

kosten van verblijf in het kuuroord.

Geneesmiddelen en vitamines

artikel 47 | Geneesmiddelen

Door:

apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Geen	Geen	Max. € 200,- per kalenderjaar voor de eigen bijdragen die volgens het Geneesmiddelenvergoedingsstelsel verschuldigd zijn voor geneesmiddelen die worden vergoed door de zorgverzekering

artikel 48 | Vitamines

Indicatie:

een chronische ziekte die gepaard gaat met een ernstig vitaminedeficiëntie.

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Geen	Geen	Volledig

Bijzonderheden:

het eerste voorschrift voor de vitaminepreparaten moet zijn afgegeven door een medisch specialist.

Preventieve zorg

artikel 49 | Sportgeneeskundige hulp

Door:

sportarts verbonden aan een instelling die is aangesloten bij de Federatie van Sport Medische Instellingen (FSMI).

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Max. € 75,- per kalenderjaar	Max. € 75,- per kalenderjaar	Max. € 75,- per kalenderjaar

artikel 50 | Preventieve cursussen voor gezondheidsbevordering en -opvoeding

Door:

thuiszorgorganisatie, GGD, RIAGG, Oranje Kruis of patiëntenvereniging aangesloten bij NPCF of RPCP.

Omschrijving:

- cursussen die erop gericht zijn de gezondheid te bevorderen en gezondheidsklachten te voorkomen door verbetering van de levensstijl van de verzekerde, bijvoorbeeld cursussen gericht op zwangerschap en bevalling, voeding, eerste hulp aan kinderen, cursussen van Stichting De Helderheid;
- cursussen die erop gericht zijn te leren omgaan met een ziekte en/of aandoening bijvoorbeeld leren omgaan met diabetes, reuma, astma of dementie.

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Max. € 75,- per kalenderjaar	Max. € 75,- per kalenderjaar	Max. € 75,- per kalenderjaar

Bijzonderheid:

de vergoeding wordt ook verleend voor een cursus stoppen met roken van Stivoro, Allen Carr, het Rook-Stop-Plan van Mediq, of georganiseerd door de GGD.

artikel 51 | Gezond Leven Test

Omschrijving:

naar keuze een basis of 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;
 - urineonderzoek: eiwit, glucose.
- De uitgebreide Gezond Leven Test omvat naast de onderzoeken van de basis Gezond Leven Test:
- een longfunctietest en een ECG.

Door:

zorgaanbieder met wie IZA Zorgverzekeraar daartoe een overeenkomst heeft gesloten.

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Geen	Geen	Pertweelanderjaren eenmaal de basis Gezond Leven Test, waarvoor een eigen bijdrage van € 25,- geldt of eenmaal de uitgebreide Gezond Leven Test waarvoor een eigen bijdrage van € 50,- geldt

Bijzonderheden:

1. de eigen bijdrage wordt door de zorgverzekeraar geïncasseerd;
2. een overzicht van de door IZA Zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen via www.iza.nl.

artikel 52 | Vaccinaties in verband met reizen naar het buitenland

Door:

GGD, huisarts of Travel Kliniek.

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
80% van de kosten tot max. € 75,- per kalenderjaar	80% van de kosten tot max. € 75,- per kalenderjaar	80% van de kosten tot max. € 175,- per kalenderjaar

Bijzonderheden:

bij de vergoeding zijn de kosten voor eventuele malariatabletten inbegrepen.

Buitenland

artikel 53 | Spoedeisende en niet-spoedeisende zorg tijdens vakantie of tijdelijk verblijf in het buitenland

53.1. Spoedeisende zorg, dat wil zeggen onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland

53.1.1. Werelddekking

Onder werelddekking wordt verstaan de dekking van verzekerde risico's over de gehele wereld. Voor opname in een ziekenhuis geldt de dekking op basis van de laagste verpleegklasse.

53.1.2. Verzekerde risico's

Eventueel aanvullend op de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis worden op grond van de pakketten IZA Start, IZA Basic en IZA Classic de kosten van medisch noodzakelijke, spoedeisende en bij vertrek redelijkerwijs niet-voorziene zorg vergoed gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland van ten hoogste 365 dagen. Kosten van vervoer worden uitsluitend vergoed als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval. Niet vergoed worden de kosten:

- die ook in Nederland niet zouden zijn vergoed;
- verband houdend met onderzoek dat of behandeling of opname die uitsluitend of mede het doel vormde van het verblijf in het buitenland;
- vallend onder het eigen risico in de zorgverzekering.

53.1.3. Risicodekking

Volledige vergoeding van de kosten met dien verstande dat de kosten uitsluitend worden vergoed voor zover vergoeding zou hebben plaatsgevonden als de kosten in Nederland waren gemaakt.

53.1.4. Uitbetaling

De te verlenen vergoeding wordt uitbetaald in euro's en berekend naar de koers die gold op de uitschrijfdatum van de rekening.

Bijzonderheden:

1. bij opname in een ziekenhuis en/of langdurige medische behandeling is het noodzakelijk de IZA Alarmcentrale in te schakelen, telefoonnummer +31 50 404 08 88. Zonder inschakeling van de IZA Alarmcentrale wordt de vergoeding van de kosten berekend op basis van tarieven die zouden hebben gegolden als de behandeling/aanschaf in Nederland had plaatsgevonden;
2. kosten van repatriëring worden vergoed volgens artikel 54.

53.2. Niet-spoedeisende zorg**53.2.1. Werelddekking**

Onder werelddekking wordt verstaan de dekking van verzekerde risico's over de gehele wereld. Voor opname in een ziekenhuis geldt de dekking op basis van de laagste verpleegklasse.

53.2.2. Verzekerde risico's

Vergoed worden de kosten die zijn opgenomen in het pakket van de IZA Aanvullende verzekering waarvoor de verzekerde verzekerd is, gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland van ten hoogste 365 dagen. Niet vergoed worden de kosten:

- die ook in Nederland niet zouden zijn vergoed;
- van vervoer en/of verblijf in verband met de behandeling.

53.2.3. Risicodekking

Vergoeding van de kosten vindt plaats op basis van Nederlandse tarieven die zouden hebben gegolden als de behandeling/aanschaf in Nederland had plaatsgevonden.

53.2.4. Uitbetaling

De te verlenen vergoeding wordt uitbetaald in euro's en berekend naar de koers die gold op de uitschrijfdatum van de rekening.

artikel 54 | Ziekenvervoer vanuit het buitenland (repatriëring)*Door:*

IZA Alarmcentrale.

Omschrijving:

medisch noodzakelijk vervoer van de verzekerde vanuit het buitenland naar een plaats in Nederland. Het vervoer dient verzorgd te zijn door IZA Alarmcentrale.

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Volledig	Volledig	Volledig

artikel 55 | Vervoer stoffelijk overschot vanuit het buitenland*Door:*

IZA Alarmcentrale.

Vergoeding:		
IZA Start	IZA Basic	IZA Classic
Volledig	Volledig	Volledig

Bijzonderheden:

vergoeding wordt alleen verleend als de overledene bij leven tijdelijk (zonder vaste woon- of verblijfplaats) in het buitenland verbleef.

Verklaring van de voetnoten

- *1. Het hier bedoelde stuk, dat voorafgaand aan de levering of verrichting moet zijn afgegeven, dient met de rekening te worden meegezonden.
- *2. Bij de machtigingsaanvraag of bij de rekening moet een medische of tandheelkundige verklaring worden meegezonden.
- *3. Voor het vaststellen van het kalenderjaar is de datum van behandeling/aanschaf bepalend.
- *4. De hier bedoelde periode omvat het kalenderjaar waarin de datum van behandeling/aanschaf ligt en het/de hieraan voorafgaande kalenderjaar/-jaren. Bij tandheelkundige voorzieningen geldt als behandeldatum het moment van – al dan niet voorlopige – plaatsing.

III Begripsomschrijvingen

In de hierna volgende verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

Acupuncturist: een in Nederland gevestigde acupuncturist, die lid is van de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA), de Nederlandse Artsen Acupunctuur Stichting (NAAS), 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).

AWBZ: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Stb. 1967, 617).

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

Chiropractor: een in Nederland gevestigde chiropractor die is ingeschreven in het register van chiropractoren van de Stichting Nationaal Register van Chiropractoren of de Stichting Chiropractie Nederland.

Collectieve overeenkomst: een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering gesloten tussen IZA Zorgverzekeraar en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een IZA Zorgverzekering en eventuele IZA Aanvullende verzekering te sluiten.

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

Europese Unie en EER-lidstaat: hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. Ook worden hieronder verstaan de EER-landen (lidstaten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte): Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Fraude: het plegen of trachten te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, verzwijging van feiten die voor de uitvoering van de verzekering van belang kunnen zijn, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties, en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendzelen.

Gezin: de verzekeringnemer, alsmede diens partner met wie hij is gehuwd of waarvan het partnerschap is geregistreerd of met wie hij duurzaam samenwoont en/of de kinderen, pleegkinderen of aangehuwde kinderen.

GGZ: Geestelijke gezondheidszorg.

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

Homeopaat: een klassiek homeopaat, die lid is van de Nederlandse Vereniging voor Klassieke Homeopathie (NVKH), de Nederlandse Organisatie van Klassiek Homeopaten (NOKH) of de Nederlandse Werkgroep Praktizijns in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP), of die is opgenomen in het (praktijk)register van de Vereniging van Homeopathisch Artsen Nederland (VHAN).

Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen: middelen die volgens de Geneesmiddelenwet (Stb2007, 93) als homeopathische of antroposofische geneesmiddelen worden aangemerkt.

Hospice: een door IZA Zorgverzekeraar aangewezen centrum voor zorg aan terminale patiënten.

Instelling:

1. en 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.

IZA Aanvullende verzekering: de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekering, die als aanvulling op de IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis kan worden gesloten. Binnen deze verzekering kan worden gekozen tussen de pakketten IZA Start, IZA Basic en IZA Classic.

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

IZA Zorgverzekering gemeentezorgpolis: een tussen IZA Zorgverzekeraar en de verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering.

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

Mondhygiënist: een in Nederland gevestigde mondhygiënist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut. Een vrijgevestigd mondhygiëniste is niet in loondienst van een tandarts, maar is volledig zelfstandig.

Osteopaat: een in Nederland gevestigde osteopaat die is ingeschreven in het Nederlands Register voor Osteopathie (NRO) of die lid is van de Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF).

Overgangsconsulente: een verpleegkundige, die ook de specialistische opleiding gevolgd heeft tot overgangsconsulente.

Podotherapeut: een in Nederland gevestigde podotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Schoonheidsspecialist: een in Nederland gevestigde 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.

Sportmedische instelling: een instelling die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Tandtechnicus: een gediplomeerde kracht die vakkundig tandtechnische laboratoriumwerkzaamheden verricht.

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

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

Verdragsland: een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (voor vakantie/tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaapverdische Eilanden, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

Verzekerde: degene voor wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die als zodanig op het polisblad, afgegeven door IZA Zorgverzekeraar, is vermeld.

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

Zelfstandig behandelcentrum: een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is geen verblijf van 24 uur of langer toegestaan voor behandelingen waarvan de betreffende DBC onder het A-segment valt.

Ziekenhuis: een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

Zorg: zorg of overige diensten.

Meer informatie

Heeft u na het lezen van deze voorwaarden nog vragen of wilt u meer informatie, neem dan contact met ons op. IZA is telefonisch bereikbaar op werkdagen van 8.00 tot 20.00 uur. Elke regio heeft zijn eigen informatielijn. Een e-mail sturen kan ook via vraagiza@vgziza.nl.

Uw dichtstbijzijnde regiokantoor en de openingstijden vindt u op www.iza.nl/gemeenten.

IZA Regio Gelderland

(026) 369 92 40

IZA Regio Utrecht

(030) 609 66 01

IZA Regio Limburg

(046) 459 61 33

IZA Regio Noord-Brabant

(073) 649 04 00

IZA Regio Noord-Holland

(072) 576 77 77

IZA Regio Zuid-Holland en Zeeland

(015) 262 05 91

IZA Regio Overijssel en Flevoland

(0541) 57 15 71

IZA Regio Groningen, Friesland en Drenthe

(050) 529 79 05

www.iza.nl/gemeenten

Correspondentieadres:

IZA Zorgverzekeraar

Postbus 445

5600 AK Eindhoven