

Verzekeringsvoorwaarden IZZ 2010

IZZ Basispakket, variant Restitutie en
Aanvullende verzekeringen

Belangrijke telefoonnummers:

- Klantenservice: 0900 - 0274
- Overzicht gecontracteerde zorgaanbieders: 0900 - 0274
Een overzicht van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders is ook te raadplegen via www.izz.nl/zorggids.
- IZZ Gezondheidslijn: 0900 - 4 994 999 (€ 0,10/min)
- IZZ Alarmcentrale: +31 (0)70 314 51 65
(+ = internationaal toegangsnummer)
- IZZ Kraamzorg: 0900 - 222 32 42 (€ 0,10/min)
- Vervoer: opvragen formulier Medische verklaring
zittend ziekenvervoer: 0900 - 0274
- Zorgadvies en bemiddeling: 0900 - 0274

U kunt informatie over uw IZZ Basispakket ook vinden op www.izz.nl.

Inhoudsopgave

Deel 1

IZZ Basispakket, variant Restitutie

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

Deel 2

Aanvullende verzekeringen

I. Algemeen gedeelte	30	Artikel 5. Hulpmiddelen	41
Artikel 1. Verzekerde zorg	30	5.1. Hoortoestellen	41
Artikel 2. Algemene bepalingen	31	5.2. Mammaprothese	42
Artikel 3. Premie	32	5.3. Pruiken	42
Artikel 4. Overige verplichtingen	33	5.4. Schoenen	42
Artikel 5. Klachten en geschillen	33	5.5. Wekapparatuur / plaswekker	42
Artikel 6. Zorg- en wachtlijstbemiddeling	33	Artikel 6. Orthodontie	42
		Artikel 7. Tandheelkundige zorg	42
		7.1. Kronen en bruggen	42
		7.2. Implantaten in de niet-tandeloze kaak	42
		7.3. Frameprothese	42
		7.4. Overige prothetische voorzieningen	43
		Artikel 8. Verblijf	43
		8.1. Herstellingsoord	43
		8.2. Hospice	43
		8.3. Therapeutisch vakantiecamp voor verzekerden jonger dan 18 jaar	43
		Artikel 9. Verloskundige zorg en kraamzorg	43
		9.1. Verloskundige zorg	43
		9.2. Kraampakket	43
		9.3. Eigen bijdrage kraamzorg	44
		9.4. Kraamzorg bij adoptie	44
		9.5. Extra kraamzorg moeder en pasgeborene	44
		9.6. Borstvoeding	44
		9.7. Elektrische borstkolf	44
		9.8. GeboorteTENS	44
		Artikel 10. Vitamines	44
		Artikel 11. Huishoudelijke verzorging	44
		V. Regeling aanvullende vergoedingen, Pakket 1	45
		Artikel 1. Alternatieve zorg	45
		Artikel 2. Buitenland	46
		Artikel 3. Beweegzorg (fysiotherapie en bewegingstherapie)	46
		Artikel 4. Huidbehandelingen	47
		4.1. Acnebehandeling	47
		4.2. Camouflagetherapie	47
		4.3. Epilatie	47
		4.4. Psoriasisbehandeling	47
		Artikel 5. Hulpmiddelen	48
		5.1. Hoortoestellen	48
		5.2. Mammaprothese	48
		5.3. Pruiken	48
		5.4. Schoenen	48
		5.5. Wekapparatuur / plaswekker	48
		Artikel 6. Kuuroord	48
		Artikel 7. Orthodontie	48
		Artikel 8. Reizen	49
		Artikel 9. Stottertherapie	49
		Artikel 10. Tandheelkundige zorg	49
		10.1. Opbouw	49
		10.2. Kronen en bruggen	49
		10.3. Implantaten in de niet-tandeloze kaak	49
		10.4. Frameprothese	49
		10.5. Overige prothetische voorzieningen	50
II. IZZ Bijzonder Bewust	34		
Artikel 1. Brillen, contactlenzen, ooglaserverhandeling of lensimplantaties	34		
Artikel 2. Beweegzorg (fysiotherapie en bewegingstherapie)	34		
Artikel 3. Preventieve en curatieve tandheelkundige zorg	35		
III. Basisaanvullende regeling	35		
Artikel 1. Brillen, contactlenzen, ooglaserverhandeling of lensimplantaties	35		
Artikel 2. Besnijdenis (Medische circumcisie)	35		
Artikel 3. Orthodontie	35		
Artikel 4. Plastische chirurgie	36		
4.1. Correctie van oorschelpen	36		
4.2. Ooglidcorrectie	36		
Artikel 5. Sterilisatie	36		
Artikel 6. IZZ FitKit	36		
6.1. Cursussen, voorlichting en trainingen	36		
6.2. Vaccinatie	36		
6.3. Sportgeneeskunde	37		
6.4. Zorg door een overgangsconsulente	37		
6.5. Incontinentiezorg	37		
6.6. Dieetadvisering	37		
6.7. IZZ Lijf & Leden	37		
6.8. Preventief psychologisch consult	37		
Artikel 7. Preventieve en curatieve tandheelkundige zorg	38		
Artikel 8. Vervoer in verband met transplantatie van organen	38		
Artikel 9. Beweegzorg (fysiotherapie en bewegingstherapie)	38		
Artikel 10. Groepsrevalidatie en groepstherapie voor patiënten met kanker	39		
IV. Regeling extra vergoedingen	39		
Artikel 1. Alternatieve zorg	39		
Artikel 2. Buitenland	40		
Artikel 3. Beweegzorg (fysiotherapie en bewegingstherapie)	40		
Artikel 4. Huidbehandelingen	41		
4.1. Acnebehandeling	41		
4.2. Camouflagetherapie	41		
4.3. Epilatie	41		
4.4. Psoriasisbehandeling	41		

Artikel 11.	Verblijf	50	Artikel 15.	Verloskundige zorg en kraamzorg	59
	11.1. Herstellingsoord	50		15.1. Verloskundige zorg	59
	11.2. Hospice	50		15.2. Kraampakket	59
	11.3. Therapeutisch vakantiekamp voor verzekerden jonger dan 18 jaar	50		15.3. Eigen bijdrage kraamzorg	59
	11.4. Logieskosten	50		15.4. Kraamzorg bij adoptie	59
Artikel 12.	Verloskundige zorg en kraamzorg	51		15.5. Extra kraamzorg moeder en pasgeborene	59
	12.1. Verloskundige zorg	51		15.6. Borstvoeding	59
	12.2. Kraampakket	51		15.7. Elektrische borstkolf	60
	12.3. Eigen bijdrage kraamzorg	51		15.8. GeboorteTENS	60
	12.4. Kraamzorg bij adoptie	51	Artikel 16.	Voetbehandelingen	60
	12.5. Extra kraamzorg moeder en pasgeborene	51	Artikel 17.	Vitamines	60
	12.6. Borstvoeding	51	Artikel 18.	Huishoudelijke verzorging	60
	12.7. Elektrische borstkolf	51			
	12.8. GeboorteTENS	51	VII. IZZ Comfort		61
Artikel 13.	Vitamines	52	Artikel 1.	Welkomstpakket	61
Artikel 14.	Huishoudelijke verzorging	52	Artikel 2.	Verblijf in één- of tweepersoonskamer	61
			Artikel 3.	Comfortarrangement	61
			Artikel 4.	Huishoudelijke hulp	61
			Artikel 5.	Kinderopvang	61
			VIII. Begripsomschrijvingen		62
VI. Regeling aanvullende vergoedingen, Pakket 2		53			
Artikel 1.	Alternatieve zorg	53			
Artikel 2.	Brillen, contactlenzen, ooglaserverbinding of lensimplantaties	53			
Artikel 3.	Buikwandcorrectie	54			
Artikel 4.	Buitenland	54			
Artikel 5.	Beweegzorg (fysiotherapie en bewegingstherapie)	54			
Artikel 6.	Huidbehandelingen	55			
	6.1. Acnebehandeling	55			
	6.2. Camouflagetherapie	55			
	6.3. Epilatie	55			
	6.4. Psoriasisbehandeling	55			
Artikel 7.	Hulpmiddelen	55			
	7.1. Hoortoestellen	55			
	7.2. Mammaprothese	56			
	7.3. Pruiken	56			
	7.4. Schoenen	56			
	7.5. Steunzolen	56			
	7.6. Wekapparatuur / plaswékker	56			
Artikel 8.	Kuuroord	56			
Artikel 9.	Orthodontie	56			
Artikel 10.	Eerstelijnspsychologische zorg	57			
Artikel 11.	Reizen	57			
Artikel 12.	Stottertherapie	57			
Artikel 13.	Tandheelkundige zorg	57			
	13.1. Curatieve tandheelkundige zorg	57			
	13.2. Opbouw	57			
	13.3. Kronen en bruggen	57			
	13.4. Implantaten in de niet-tandeloze kaak	58			
	13.5. Frameprothese	58			
	13.6. Overige prothetische voorzieningen	58			
Artikel 14.	Verblijf	58			
	14.1. Herstellingsoord	58			
	14.2. Hospice	58			
	14.3. Therapeutisch vakantiekamp voor verzekerden jonger dan 18 jaar	59			
	14.4. Logieskosten	59			

Deel 1
IZZ Basispakket
variant Restitutie

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1 | Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Het IZZ Basispakket 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.izz.nl/zorgbemiddeling of telefonisch via 0900 - 0274.

1.2. Medische noodzaak

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

1.3. Door wie mag de zorg worden verleend

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 gebruikmaakt van zorg die door een door Zorgverzekeraar IZZ gecontracteerde zorgaanbieder wordt geleverd, dan zijn met de betreffende zorgaanbieders 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 Zorgverzekeraar IZZ gecontracteerde zorgaanbieders kunt u raadplegen via www.izz.nl/zorggids. Informatie over welke zorgaanbieder gecontracteerd is door Zorgverzekeraar IZZ kunt u ook telefonisch opvragen: 0900 - 0274. Daar waar sprake is van voorkeursleveranciers wordt dit in het betreffende zorgartikel aangegeven, zie hoofdstuk II, Zorgartikelen.

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

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

Als u gebruikmaakt van zorg die geleverd wordt door een zorgaanbieder met wie Zorgverzekeraar IZZ 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 Zorgverzekeraar IZZ; 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 Zorgverzekeraar IZZ 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 Zorgverzekeraar IZZ. Denk bijvoorbeeld aan de verrekening van een openstaand eigen risicobedrag of geldende eigen bijdrage.

1.7. Rechtstreekse betaling

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

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 Zorgverzekeraar IZZ en de betreffende zorgaanbieder.

Maakt u gebruik van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan moet u zelf bij Zorgverzekeraar IZZ 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 het IZZ Basispakket plaatsvindt. Als een behandeling in twee kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), worden deze kosten vergoed als de behandeling is gestart binnen de looptijd van het IZZ Basispakket.

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

1.11. Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

- vergoeding van kosten als gevolg van het niet-nakomen van afspraken met zorgaanbieders;
- vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van Zorgverzekeraar IZZ door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- 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 Zorgverzekeraar IZZ;
- (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 Herverzekeringsmaatschappij 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 Zorgverzekeraar IZZ schriftelijk hebt doorgegeven. Na het sluiten van het IZZ Basispakket, ontvangt u van Zorgverzekeraar IZZ zo snel mogelijk een zorgpolis. Vervolgens ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuwe zorgpolis.

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

2.2. Werkgebied

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

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

2.3. Bijbehorende documenten

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

- bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- het Clausuleblad terrorismedekking;
- premiebijlage;
- Reglement farmaceutische zorg IZZ;
- Reglement hulpmiddelen IZZ;
- Reglement persoonsgebonden budget eerstelijnspsychologische zorg IZZ;
- overzicht gecontracteerde zorgaanbieders;
- Overzicht vrijstelling eigen risico;
- het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling.

Deze documenten kunt u vinden op www.izz.nl en ook telefonisch opvragen: 0900 - 0274.

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). Zorgverzekeraar IZZ vordert uitgekeerde vergoedingen bij u terug.

Fraude heeft tot gevolg dat Zorgverzekeraar IZZ 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 Zorgverzekeraar IZZ uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige en medepleger registreren:

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

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

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

Zorgverzekeraar IZZ kan de noodzakelijk gemaakte onderzoekskosten bij u terugvorderen.

2.5. Bescherming persoonsgegevens

Zorgverzekeraar IZZ neemt uw privacy serieus. Uw persoonsgegevens zijn nodig voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringen en worden opgenomen in de persoonsregistratie van Zorgverzekeraar IZZ. 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.izz.nl of telefonisch opvragen. Vanaf de ingangsdatum van het IZZ Basispakket mag Zorgverzekeraar IZZ:

- 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. Zorgverzekeraar IZZ zal in de communicatie met uw zorgaanbieders uw BSN gebruiken.

Zorgverzekeraar IZZ neemt hierbij de privacywetgeving in acht.

Als Zorgverzekeraar IZZ uw rekeningen rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangt en aan hen betaalt, wordt uw IZZ Basispakket sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder 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 Zorgverzekeraar IZZ bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt.

2.7. Bedenkperiode

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

2.8. Interpretatie

De Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering zijn leidend voor de inhoud van deze verzekeringsvoorwaarden. Bij interpretatieverschillen

zijn de teksten uit de wet- en regelgeving, inclusief de wetsgeschiedenis bepalend.

2.9. 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 het IZZ Basispakket, geldt dit als in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Ingeval van strijdigheid van het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde met de bepalingen van deze overeenkomst, gaat hetgeen is bepaald bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet voor.

2.10. Nederlands recht

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3 | Premie

3.1. Premiegrondslag en premiekortingen

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico en/of een in de collectieve overeenkomst overeengekomen collectiviteitskorting.

De premiegrondslag en de premiekortingen staan vermeld op de jaarlijks aan te passen premiebijlage. De premiebijlage kunt u vinden op www.izz.nl of telefonisch opvragen: 0900 - 0274

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 Zorgverzekeraar IZZ 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 bijdrage 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. 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. Zorgverzekeraar IZZ kan ervoor kiezen u een accept-

giro te sturen zonder dat hieraan voor u extra kosten zijn verbonden.

3.5. Vordering

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een van Zorgverzekeraar IZZ 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 Zorgverzekeraar IZZ u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kan Zorgverzekeraar IZZ de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premie-vervaldag 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 Zorgverzekeraar IZZ het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten heeft ontvangen. Zorgverzekeraar IZZ heeft het recht bij niet tijdige betaling het IZZ Basispakket te beëindigen. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.
- 3.6.2. Zorgverzekeraar IZZ 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 Zorgverzekeraar IZZ bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur u niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.6.4. Zorgverzekeraar IZZ heeft het recht om achterstallige premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere van Zorgverzekeraar IZZ te ontvangen bedragen.
- 3.6.5. Als Zorgverzekeraar IZZ de verzekering wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie beëindigt, heeft Zorgverzekeraar IZZ het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

Artikel 4 | Overige verplichtingen

U bent verplicht:

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

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

Artikel 5 | Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden

5.1. Wijziging voorwaarden

Zorgverzekeraar IZZ heeft het recht de voorwaarden en premie(grondslag) van het IZZ Basispakket op elk moment te wijzigen. Zorgverzekeraar IZZ 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 Zorgverzekeraar IZZ de voorwaarden en/of premiegrondslag van het IZZ Basispakket 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 het IZZ Basispakket

6.1. Begin en duur

- 6.1.1. De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop Zorgverzekeraar IZZ uw aanvraag(formulier) heeft ontvangen. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop uw aanvraag is ontvangen.
- 6.1.2. Het is mogelijk dat Zorgverzekeraar IZZ niet uit uw aanvraag kan afleiden of hij verplicht is een zorgverzekering voor de te verzekerden persoon af te sluiten. In dit geval vraagt Zorgverzekeraar IZZ u om informatie waaruit blijkt dat hij verplicht is een zorgverzekering te sluiten. Het IZZ Basispakket gaat pas in op de dag dat Zorgverzekeraar IZZ 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 het IZZ Basispakket 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 het IZZ Basispakket in op de dag dat de verzekeringsplicht is ontstaan.

Voorbeeld:

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

6.1.6. De Zorgverzekeringswet kent een verzekeringplicht. Onverzekerden riskeren een boete. Zorgverzekeraar IZZ handelt bij het opleggen van een boete in overeenstemming met de bepalingen van paragraaf 9.3 van de Zorgverzekeringswet.

6.2. Einde van rechtswege

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

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

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

Als Zorgverzekeraar IZZ vaststelt dat het IZZ Basispakket is geëindigd, stuurt hij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.3. Wanneer kunt u de verzekering opzeggen?**6.3.1. Jaarlijks**

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

U kunt jaarlijks per 1 januari uw IZZ Basispakket opzeggen, op voorwaarde dat Zorgverzekeraar IZZ 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 het IZZ Basispakket tussentijds schriftelijk opzeggen:

- van een andere verzekerde als deze verzekerde een andere zorgverzekering heeft gesloten. Als u het IZZ Basispakket opzegt vóór de ingangsdatum van de andere zorgverzekering, gaat de opzegging in op de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering. Als de opzegging later is ontvangen, gaat de opzegging in op de eerste dag van de tweede kalendermaand nadat Zorgverzekeraar IZZ de opzegging heeft ontvangen;
- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- als u bij Zorgverzekeraar IZZ 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 indienstreding bij de nieuwe werkgever als dat de eerste dag van de kalendermaand is, en zo niet, op de eerste dag van de kalendermaand volgend op de datum van indienstreding.

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

6.4. Opzegging, ontbinding of schorsing door Zorgverzekeraar IZZ

Zorgverzekeraar IZZ kan het IZZ Basispakket 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 Zorgverzekeraar IZZ die tot nadeel voor Zorgverzekeraar IZZ (kunnen) leiden;
- als u hebt gehandeld met het opzet Zorgverzekeraar IZZ te misleiden of als Zorgverzekeraar IZZ geen zorgverzekering zou hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In dat geval kan Zorgverzekeraar IZZ binnen twee maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang het IZZ Basispakket opzeggen. Zorgverzekeraar IZZ is in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kan de uitkering verminderen. Zorgverzekeraar IZZ kan de ontstane Vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

6.5. Bewijs van einde

Als het IZZ Basispakket eindigt, ontvangt u als verzekeringnemer een bewijs van einde met de volgende informatie:

- uw naam, adres, woonplaats en het burgerservicenummer (BSN) van de verzekerde;
 - de dag waarop het IZZ Basispakket eindigt;
 - of voor u op die dag een eigen risico gold en zo ja, voor welk bedrag;
 - de reden, als deze is dat de verzekeringplicht eindigt.
- Als het IZZ Basispakket voor een andere verzekerde dan de verzekeringnemer eindigt, verstuurt Zorgverzekeraar IZZ 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 verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, 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 bijvoorbeeld 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 röntgen-onderzoek en de uitneembare volledige prothese;
- geneesmiddelen zoals genoemd in bijlage B van het Reglement farmaceutische zorg IZZ;
- 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 gebruikmaakt van door Zorgverzekeraar IZZ 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.izz.nl/vrijstellingeigenrisico of telefonisch kunt opvragen: 0900 - 0274.

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.izz.nl/zorgbemiddeling of telefonisch via 0900 - 0274. Deze afdeling kan u adviseren over de aangewezen zorgaanbieders of zorgarrangementen waar u gebruik van kunt maken. Als u hiervan gebruikmaakt, krijgt u eenmalig het verplicht eigen risico terug, nadat u de behandeling hebt ondergaan.

7.4. Berekeningswijze hoogte verplicht eigen risico

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

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

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld:

Het IZZ Basispakket loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar 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 IZZ Basispakket met een vrijwillig eigen risico van: € 0,-, € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen

risico ontvangt u een korting op de grondslag van de premie. Het gekozen vrijwillig eigen risico en de eventuele korting is vermeld op het polisblad.

8.2. Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico

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

8.3. Berekeningswijze hoogte vrijwillig eigen risico

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

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

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld:

U hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-. Het IZZ Basispakket loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar bestaat uit 365 dagen. Het vrijwillig eigen risico is: € 100,- 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 het IZZ Basispakket 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 IZZ Basispakket x aantal dagen dat IZZ Basispakket 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,-. Het IZZ Basispakket 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 op € 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 Zorgverzekeraar IZZ 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 of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

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

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- vergoeding van de kosten van zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling die door Zorgverzekeraar IZZ is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet door Zorgverzekeraar IZZ 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.

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 vakantie-land. 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.izz.nl of telefonisch opvragen: 0900 - 0274.

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

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

- vergoeding van de kosten van zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling die door Zorgverzekeraar IZZ is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet door Zorgverzekeraar IZZ 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 inroepen van voorzienbare intramurale zorg in een ander land dan het woonland, voorafgaande toestemming van Zorgverzekeraar IZZ nodig. Intramurale zorg als bedoeld in dit artikel is zorg die gepaard gaat met verblijf van ten minste één nacht. Dit toestemmingsvereiste is niet van toepassing als er sprake is van onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland.

Bij onvoorzienbare zorg en voorzienbare zorg die gepaard gaat met verblijf van ten minste één nacht moet u een beroep doen op de IZZ Alarmcentrale, telefoonnummer +31 (0)70 314 51 65 (+ = internationaal toegangsnummer).

9.4. Verwijzing en/of machtigingsvereiste

Is naast de toestemming voor het inroepen 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 ervan uitgaan dat Zorgverzekeraar IZZ alles rond uw zorgverzekering goed regelt. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Zorgverzekeraar IZZ 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.izz.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 Zorgverzekeraar IZZ 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 Zorgverzekeraar IZZ

10.2.1. Vindt u een formulier van Zorgverzekeraar IZZ 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.izz.nl.

10.2.2. U ontvangt van Zorgverzekeraar IZZ 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:

1. geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en hierbij behorend laboratoriumonderzoek. Hieronder wordt ook verstaan gezondheidsadvisering, begeleiding bij het stoppen met roken en preconceptiezorg.

Onder begeleiding bij het stoppen met roken 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 de 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;

2. medisch-specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundig domein, waarover Zorgverzekeraar IZZ en de huisarts afspraken hebben gemaakt.

Door:

huisarts of derden die medisch bevoegd zijn. Onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts mag deze zorg ook worden verleend door een doktersassistente, maatschappelijk werker, nurse practitioner, physician assistant (PA) of praktijkondersteuner. De gezondheidsadvisering zoals genoemd onder omschrijving, punt 1, mag ook plaatsvinden door de IZZ Gezondheidslijn.

Hebt u een vraag over uw gezondheid, dan kunt u daarvoor terecht bij uw huisarts, maar u kunt ook de IZZ Gezondheidslijn bellen. De IZZ Gezondheidslijn is een medische advieslijn. U 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'. De IZZ Gezondheidslijn is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar voor gezondheidsadvisering, telefoonnummer: 0900 - 499 49 99 (€ 0,10/min). Zorgverzekeraar IZZ vindt gezondheid erg belangrijk. Op www.gezondizz.nl vindt u een schat aan duidelijke en medische betrouwbare informatie, toegespitst op gezondheid en levensstijl.

Artikel 12 | Verloskundige zorg en kraamzorg

12.1. Verloskundige zorg

Omschrijving:

u hebt recht op 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 gebruikmaken van preconceptiezorg. In artikel 11, onder omschrijving, punt 1 is aangegeven wat er onder deze zorg wordt verstaan;
- Counseling:
 - Als u zwanger bent en u denkt erover om een prenatale screening naar aangeboren afwijkingen te laten doen, hebt u in de meeste gevallen eerst een uitgebreid gesprek met uw huisarts, verloskundige of medisch specialist, 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 twintig-weken 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;

- Twintig-weken echo (SEO):

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

Door:

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

De combinatietest en de twintig-weken 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 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

Door:

gediplomeerde kraamverzorgende of verpleegkundige die als kraamverzorgende werkt, verbonden aan een kraamcentrum, kraamzorg-hotel 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 kraamzorhotel. Voor een kraamzorhotel wordt voor de eigen bijdrage maximaal 8 uur per dag gerekend;
- € 15,50 per dag voor zowel moeder als kind bij een bevalling in een ziekenhuis, zonder dat dit medisch noodzakelijk is. Naast de eigen bijdrage, moet u het verschil aan kosten bijbetalen tussen het ziekenhuistarief en 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 het IZZ Basispakket 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:

1. Zorgverzekeraar IZZ 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 10 dagen. Het kraamcentrum indiceert de benodigde uren. U kunt dit protocol vinden op www.izz.nl of telefonisch opvragen;
2. voor iedere dag ziekenhuisopname waarin kraamzorg al gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, brengt Zorgverzekeraar IZZ het gemiddelde aantal uren kraamzorg (dit is het aantal geïndiceerde uren kraamzorg verdeeld over 10 dagen) per dag in mindering;
3. als meerdere zorginstellingen (bijvoorbeeld ziekenhuis en kraamcentrum) voor dezelfde dag kraamzorg in rekening brengen, dan hebt u ook op deze dubbele dag recht op vergoeding van de kosten van kraamzorg.

Let op:

Vraag kraamzorg ten minste vijf maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum aan via www.izz.nl of IZZ Kraamzorg, telefoonnummer: 0900 - 222 32 42 (€ 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 trombosediens;
- 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 oogheekundige zorg;
- dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis;
- chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur;
- materialen die ertoe 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 oogheekundige 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 u de stollingstijd van uw bloed kunt 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 erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Als dit noodzakelijk is voor het advies aan u zal het onderzoek ook onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde omvatten. Aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Door:

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

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 doorlopende zwangerschap van ten minste 10 weken gerekend vanaf het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij gecryopreserveerde embryo's (cryo's) geldt voor een doorlopende zwangerschap een termijn van ten minste 9 weken en 3 dagen na de implantatie.

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

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

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

Wilt u naar het buitenland voor een IVF-behandeling? Neem vooraf contact op met Zorgverzekeraar IZZ, telefoonnummer: 0900 - 0274 of vanuit het buitenland +31 24 - 329 76 42.

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 verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
4. aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfvezels of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urinewegen en geslachtsorganen;
5. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit.

U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van:

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

Door:

medisch specialist.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging:

ja, met toelichting van de behandelend medisch specialist.

Artikel 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 preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- d. de in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde zorg aan de donor, gedurende maximaal dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die 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.izz.nl of telefonisch opvragen: 0900 - 0274.

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 3 tot 6 maanden schoolse hulp heeft gehad voor dyslexie en een toelichting waarin aangegeven wordt dat op basis van het Protocol Leesproblemen en Dyslexie is vastgesteld dat verdere diagnostiek noodzakelijk is. Het Protocol Leesproblemen en Dyslexie is een handreiking voor leerkrachten, remedial teachers, logopedisten en andere leesspecialisten van de groepen 1 tot en met 4. Doel van dit protocol is een zo goed mogelijke begeleiding van leerlingen met (dreigende) leesproblemen.

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 IZZ.

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

Verwijzing door:

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

Bijzonderheden:

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.izz.nl of telefonisch opvragen: 0900 - 0274.

Door:

fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut, heilgymnast-masseur, oefentherapeut Cesar/Mensendieck, kindersfysiotherapeut, kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck, manueel therapeut, oedeemtherapeut of bekkenfysiotherapeut.

Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut.

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

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 andersstaligheid;
- 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 10 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 4 behandelingen 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 zes jaar, maximaal tweemaal per kalenderjaar. Als de zorgaanbieder dit nodig vindt, hebt u meer keren per jaar recht op een fluoride-applicatie;
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 jeugdverzorging. 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:

1. als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel 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;

2. 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;
3. 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-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Door:

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

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

De tandarts-implantoloog moet voldoen aan de eisen voor erkenning als implantoloog van de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) of door Zorgverzekeraar IZZ daarmee gelijkgestelde 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 Zorgverzekeraar IZZ, telefoonnummer: 0900 - 0274.

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 5 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 Zorgverzekeraar IZZ op basis van de Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
- een ander bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerd geneesmiddel dan het door Zorgverzekeraar IZZ aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door Zorgverzekeraar IZZ aangewezen geneesmiddel voor 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 IZZ.

Geleverd door:

apotheker of apothekhoudend 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 IZZ.

Bijzonderheden:

- de aanwijzing van de onder de omschrijving, punt 1 genoemde geneesmiddelen door Zorgverzekeraar IZZ geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen ten minste één geneesmiddel voor u beschikbaar is. Een overzicht van de door Zorgverzekeraar IZZ aangewezen geneesmiddelen is opgenomen in bijlage B van het Reglement farmaceutische zorg IZZ;
- 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;
- 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 vergoeding van de kosten van deze geneesmiddelen, zie artikel 13, Medisch-specialistische zorg.

U kunt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement farmaceutische zorg IZZ vinden op www.izz.nl of telefonisch opvragen: 0900 - 0274.

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:

- lijdt aan een stofwisselingsstoornis;
- lijdt aan een voedselallergie;
- lijdt aan een resorptiestoornis;
- lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of;
- 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 apotheehoudend 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 Zorgverzekeraar IZZ in bepaalde gevallen hulpmiddelen in bruikleen. In het Reglement hulpmiddelen IZZ kunt u vinden welke hulpmiddelen in bruikleen worden verstrekt.

Door:

zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen IZZ.

Eigen bijdrage/maximale vergoeding:

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

Voorschrift:

zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen IZZ.

Machtiging:

zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen IZZ.

U kunt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen IZZ vinden op www.izz.nl of telefonisch opvragen: 0900 - 0274.

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

Ziekenvervoer

Artikel 33 | Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer

Omschrijving:

u hebt recht op vergoeding van de kosten van:

- medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis:
 - naar een zorgaanbieder of een instelling voor zorg, waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de zorgverzekering;
 - naar een instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ gaat verblijven;
 - 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;
 - 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 ongevalslachtoffers en hun begeleiders met ambulance-auto's.

- 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 Zorgverzekeraar IZZ vervoer van twee begeleiders toestaan.

Door:

1. ambulancevervoer: vergunninghoudende ambulancevervoerder;
2. zittend ziekenvervoer:
 - taxivervoerder;
 - openbaar vervoerder. Vergoeding is gebaseerd op basis van OV-kaart, 2e klasse;
 - eigen vervoer met een particuliere auto door uzelf of mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving): vergoeding van € 0, 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.izz.nl of telefonisch opvragen: 0900-0274.

Bijzonderheden:

1. als Zorgverzekeraar IZZ 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 Zorgverzekeraar IZZ toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door Zorgverzekeraar IZZ 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 het IZZ Basispakket. U kunt voor deze zorgbemiddeling een beroep doen op de afdeling Zorgadvies en bemiddeling van Zorgverzekeraar IZZ.

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. Zorgverzekeraar IZZ 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 Zorgverzekeraar IZZ en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een IZZ Basispakket en eventuele aanvullende verzekeringen van Zorgverzekeraar IZZ te sluiten.

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

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

Eigen risico:

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

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

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

GGZ: Geestelijke gezondheidszorg.

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

Instelling:

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

IZZ Basispakket: een tussen Zorgverzekeraar IZZ en de verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering.

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

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

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

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

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

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

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

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

Voorkeursleverancier: een leverancier waarmee Zorgverzekeraar IZZ 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 Zorgverzekeraar IZZ gesloten zorgverzekering is vastgelegd.

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

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

Deel 2

Aanvullende verzekeringen

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1 | Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

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

1.2. Medische noodzaak

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

1.3. Vergoeding van de kosten van zorg

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Als u gebruikmaakt van zorg die door een door Zorgverzekeraar IZZ gecontracteerde zorgaanbieder wordt geleverd, dan worden de kosten van zorg vergoed op basis van het met de betreffende zorgaanbieders afgesproken tarief.

1.4. Hoe maakt u aanspraak op vergoeding?

De kosten worden vergoed als u de originele nota opstuurt; 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 Zorgverzekeraar IZZ is gehouden. Ingediende nota's waarop uitkering wordt gedaan worden niet geretourneerd aan de verzekerde. Zorgverzekeraar IZZ heeft het recht te wachten met betaling van de nota totdat betaling van de kosten door u is aangetoond. U kunt nota's tot maximaal drie jaar na het begin van de behandeling indienen.

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

1.5. Rechtstreekse betaling

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

1.6. Verrekening van kosten

Als Zorgverzekeraar IZZ rechtstreeks aan de zorgaanbieder betaalt en meer vergoedt dan waartoe hij ten opzichte van u gehouden is of de kosten van zorg komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan Zorgverzekeraar IZZ. Deze bedragen brengt Zorgverzekeraar IZZ later bij u als verzekeringnemer in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Onverminderd de algemene verrekeningsbevoegdheid, kan Zorgverzekeraar IZZ deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.7. 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 Zorgverzekeraar IZZ.

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 Zorgverzekeraar IZZ en de betreffende zorgaanbieder.

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

1.8. Ontlenen recht

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

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

1.9. Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

- (vergoeding van de kosten van) zorg die verband houden met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het tot stand komen van de verzekering en waarmee u bekend was of kon zijn of waarvan u toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gemaakt aan Zorgverzekeraar IZZ. Deze uitsluiting is niet van toepassing als de verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- vergoeding van kosten als gevolg van het niet-nakomen van afspraken met zorgaanbieders;
- vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van Zorgverzekeraar IZZ door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- vergoeding van eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- van zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de AWBZ, als de verzekerde voor deze wet verzekerd was;
- van zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van een zorgverzekering volgens de Zorgverzekeringswet of een daarmee overeenkomende ziektekostenverzekering;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van de AWBZ, de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de verzekering bij Zorgverzekeraar IZZ niet zou bestaan. In dat geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal op grond van deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering

in aanmerking komen welke het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken. Zorgverzekeraar IZZ hanteert het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. Zie www.izz.nl;

- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van het handelen of nalaten van Zorgverzekeraar IZZ;
- (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;
- veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- vergoeding als de kosten in rekening worden gebracht door uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid, tenzij door Zorgverzekeraar IZZ vooraf een machtiging is verleend.

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

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

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

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 Zorgverzekeraar IZZ schriftelijk hebt doorgegeven.

2.2. Aanvullende verzekering

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

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

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

- IZZ Bijzonder Bewust: hoofdstuk II;
 - Basisaanvullende regeling: hoofdstuk III;
 - Regeling extra vergoedingen: hoofdstuk IV;
 - Regeling aanvullende vergoedingen, Pakket 1: hoofdstuk V;
 - Regeling aanvullende vergoedingen, Pakket 2: hoofdstuk VI;
 - IZZ Comfort: hoofdstuk VII.
- Tenzij uit enige bepaling anders blijkt, zijn hoofdstuk I en VIII op alle verzekeringen van toepassing.

Bijzonderheden:

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

2.3. Bijbehorende documenten

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

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

Deze documenten kunt u vinden op www.izz.nl en ook telefonische opvragen: 0900 - 0274 (lokaal tarief).

2.4. Fraude

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

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

Fraude heeft tot gevolg dat Zorgverzekeraar IZZ 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 Zorgverzekeraar IZZ 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).

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

Fraude kan tot gevolg hebben dat Zorgverzekeraar IZZ uw verzekering(en) beëindigt. U kunt dan gedurende een periode van 8 jaar geen nieuwe verzekeringsovereenkomsten sluiten met Zorgverzekeraar IZZ.

Zorgverzekeraar IZZ kan de noodzakelijk gemaakte onderzoekskosten bij u terugvorderen.

2.5. Bescherming persoonsgegevens

Zorgverzekeraar IZZ neemt uw privacy serieus. Uw persoonsgegevens zijn nodig voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringen en worden opgenomen in de persoonsregistratie van Zorgverzekeraar IZZ. 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 of inzien op www.izz.nl of telefonisch opvragen.

Vanaf de ingangsdatum van de aanvullende verzekering mag Zorgverzekeraar IZZ:

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

Zorgverzekeraar IZZ neemt hierbij de privacywetgeving in acht.

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

2.6. Mededelingen

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

2.7. Bedenkperiode

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

2.8. Nederlands recht

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3 | Premie

3.1. Verschuldigdheid van premie

U bent als verzekeringnemer premie verschuldigd.

Voor kinderen in de zin van deze verzekeringsvoorwaarden is tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 30e verjaardag geen premie verschuldigd op voorwaarde dat deze verzekerde ook een Basispakket IZZ heeft afgesloten en gebruikmaakt van de collectieve cao-gerelateerde IZZ-regeling of de Ex-IZZ-verzekering.

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

3.2. Betaling van premie, wettelijke bijdragen en kosten

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

3.2.2. Wanneer u voor premiebetaling per maand hebt gekozen, bent u als verzekeringnemer verplicht een machtiging te verstrekken tot maandelijks afschrijving van uw bankrekening. Een door u als verzekeringnemer afgegeven machtiging voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, wettelijke bijdragen en overige kosten.

3.3. Vordering

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

3.4. Niet-tijdig betalen

3.4.1. Als u als verzekeringnemer de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen en kosten niet tijdig betaalt, stuurt Zorgverzekeraar IZZ u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kan Zorgverzekeraar IZZ 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 volgend op de dag waarop Zorgverzekeraar IZZ het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten heeft ontvangen. Zorgverzekeraar IZZ heeft het recht bij niet-tijdige betaling de aanvullende verzekering te beëindigen. In geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. De verzekering gaat in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.

3.4.2. Zorgverzekeraar IZZ kan administratiekosten, (buiten-) gerechtelijke invorderingskosten en wettelijke rente bij u als verzekeringnemer in rekening brengen.

3.4.3. Als u als verzekeringnemer al bent aangemaand voor niet-tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen of kosten, hoeft Zorgverzekeraar IZZ bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur u niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

3.4.4. Zorgverzekeraar IZZ heeft het recht om achterstallige premie en kosten te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere van Zorgverzekeraar IZZ te ontvangen bedragen.

3.4.5. Als Zorgverzekeraar IZZ de verzekering wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie beëindigt, heeft Zorgverzekeraar IZZ het recht om gedurende een periode van 8 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 Zorgverzekeraar IZZ;
- medewerking te verlenen aan Zorgverzekeraar IZZ, 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 aanvullende verzekering;
- Zorgverzekeraar IZZ te informeren over feiten, die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en Zorgverzekeraar IZZ in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van Zorgverzekeraar IZZ. U moet zich onthouden van handelingen waardoor Zorgverzekeraar IZZ kan worden geschaad;
- Zorgverzekeraar IZZ zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van belang zijn. Wijzigingen zijn onder meer (echt)scheiding, geboorte, begin en einde detentie, adoptie of wijziging bankrekeningnummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, draagt Zorgverzekeraar IZZ geen enkel risico.

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

Artikel 5 | Klachten en geschillen

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

- 5.1.1. U kunt ervan uitgaan dat Zorgverzekeraar IZZ alles rond uw aanvullende verzekering goed regelt. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Zorgverzekeraar IZZ 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.izz.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.

- 5.1.2. U ontvangt van Zorgverzekeraar IZZ 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.

5.2. Klachten over formulieren van Zorgverzekeraar IZZ

- 5.2.1. Vindt u een formulier van Zorgverzekeraar IZZ overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven (een postzegel is niet nodig). Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via onze website www.izz.nl.

- 5.2.2. U ontvangt van Zorgverzekeraar IZZ 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.

Artikel 6 | Zorg- en wachtlijstbemiddeling

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

II. IZZ Bijzonder Bewust

Artikel 1 | Brillen, contactlenzen, ooglaserbehandeling of lensimplantaties

Omschrijving:

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

Door:

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

Vergoeding:

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

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

Zorgverzekeraar IZZ heeft met een aantal centra voor refractiechirurgie (ooglaseren en/of lensimplantaties) afspraken gemaakt. Daardoor krijgt u een korting, waardoor het bedrag dat u zelf nog moet betalen lager wordt. De kwaliteit is door Zorgverzekeraar IZZ getoetst. Ga naar www.izz.nl voor meer informatie.

Artikel 2 | Bewegezorg (fysiotherapie en bewegingstherapie)

Omschrijving:

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

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

Hieronder vindt u een opsomming wat onder bewegezorg valt.

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

Door:

1. fysiotherapie: fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut);
2. oedeemtherapie: oedeemtherapeut of huidtherapeut. De

- oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici;
- 3. oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Register van Verbijzonderde Oefentherapeuten C/M (dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut);
- 4. ergotherapie: ergotherapeut;
- 5. alternatieve bewegingstherapie:
 - chiropractie: chiropractor die is ingeschreven in het register van Stichting Nationaal Register van Chiropractoren;
 - osteopathie: osteopaat die is ingeschreven in het Nederlands Register voor Osteopaten (NRO) of in het register van de Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF);
 - manuele therapie E.S.: manueel therapeut E.S.® die is ingeschreven in het register van de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT);
 - (ortho)manuele therapie: orthomanueel arts die is ingeschreven in het Register OrthoManuele Geneeskunde (ROMG);
 - craniosacraaltherapie: craniosacraaltherapeut die is ingeschreven in het Register Craniosacraaltherapie Nederland (RCN);
 - haptotherapie: haptotherapeut die is ingeschreven in het register van de Vereniging van Haptotherapeuten (VVH);
 - adem- en ontspanningstherapie van Dixhoorn: adem- en ontspanningstherapeut die is aangesloten bij de Van Dixhoorn Vereniging Adem- en ontspanningstherapie (VDV).

Vergoeding:

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

Als de behandeling wordt verzorgd door een zorgaanbieder met wie Zorgverzekeraar IZZ geen overeenkomst heeft gesloten, worden de kosten vergoed tot ten hoogste de tarieven zoals genoemd in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders IZZ 2010. Deze lijst is beschikbaar op www.izz.nl en op aanvraag verkrijgbaar via 0900 - 0274 (lokaal tarief).

Verwijzing:

voor fysiotherapie, oedeemtherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck hebt u een verwijzing nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Als u naar een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck gaat met wie Zorgverzekeraar IZZ een overeenkomst heeft gesloten, dan is een verwijzing niet noodzakelijk. Maakt u gebruik van zorgaanbieders waar Zorgverzekeraar IZZ een overeenkomst mee heeft, dan is de screening door de fysiotherapeut gratis. In de screening stelt de fysiotherapeut vast of uw klachten behandeld kunnen worden door een fysiotherapeut. Voor meer informatie zie www.izz.nl.

Bijzonderheden:

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

doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, medische fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht, cardiotraining e.d.

Artikel 3 | Preventieve en curatieve tandheelkundige zorg

Omschrijving:

preventieve en curatieve mondzorg.

Door:

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

Vergoeding:

de onderstaande UPT-codes:

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

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

III. Basisaanvullende regeling

Artikel 1 | Brillen, contactlenzen, ooglaserbehandeling of lensimplantaties

Omschrijving:

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

Door:

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

Vergoeding:

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

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

Zorgverzekeraar IZZ heeft met een aantal centra voor refractiechirurgie (ooglaseren en/of lensimplantaties) afspraken gemaakt. Daardoor krijgt u een korting, waardoor het bedrag dat u zelf nog moet betalen lager wordt. De kwaliteit is door Zorgverzekeraar IZZ getoetst. Ga naar www.IZZ.nl voor meer informatie.

Artikel 2 | Besnijdenis (Medische circumcisie)

Omschrijving:

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

Door:

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

Vergoeding:

volledig.

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

Machtiging:

ja, met toelichting van de behandelend uroloog of huisarts.

Artikel 3 | Orthodontie

Omschrijving:

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

Door:

orthodontist of tandarts.

Vergoeding:
70% van de kosten.

Artikel 4 | Plastische chirurgie

4.1. Correctie van oorschelpen

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

Door:
medisch specialist.

Vergoeding:
volledig.

Verwijzing door:
huisarts of medisch specialist.

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

4.2. Ooglidcorrectie

Omschrijving:
correctie van bovenoogleden in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis.

Door:
medisch specialist.

Vergoeding:
volledig.

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

Verwijzing door:
huisarts of medisch specialist.

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

Artikel 5 | Sterilisatie

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

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

Vergoeding:
volledig.

Artikel 6 | IZZ FitKit

Via Gezondizz.nl kunt u kosteloos gebruikmaken van de diensten van een groot aantal deskundigen. U stelt uw vraag via e-mail en uw privacy is strikt gewaarborgd.

6.1. Cursussen, voorlichting en trainingen

Omschrijving:

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

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

Door:

1. omschrijving, punt 1: thuiszorgorganisatie, kraamcentrum, Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) of Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG);
2. omschrijving, punt 2: thuiszorgorganisatie, GGD, RIAGG of patiëntenvereniging die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of het Regionaal Patiënten Consumenten Platform (RPCP);
3. omschrijving, punt 3: voorkeursaanbieders van Zorgverzekeraar IZZ. U kunt de voorkeursaanbieders en de programma's die zij bieden vinden op www.izz.nl;
4. omschrijving, punt 4: patiëntenvereniging van reuma-, Bechterew of hartpatiënten die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of het Regionaal Patiënten Consumenten Platform (RPCP).

Vergoeding:
ten hoogste € 100,00 per kalenderjaar.

6.2. Vaccinatie

Omschrijving:

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

Door:

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

Vergoeding:

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

6.3. Sportgeneeskunde**Omschrijving:**

behandelingen, consulten en sportkeuringen.

Door:

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

Vergoeding:

ten hoogste € 120,00 per twee kalenderjaren.

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

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

Door:

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

Vergoeding:

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

6.5. Incontinentiezorg**Omschrijving:**

leefadviezen en een medische conclusie voor vrouwen die last hebben van ongewild urineverlies. Na het invullen van een diagnostisch expertsysteem dat bestaat uit een digitale vragenlijst, ontvangt u online een medische conclusie met aanbevelingen.

De digitale vragenlijst vindt u via:

www.izz.nl/incontinentiezorg.

Vergoeding:

volledig, eenmalig.

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

6.6. Dieetadvisering**Omschrijving:**

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

Door:

diëtist met wie Zorgverzekeraar IZZ daartoe een overeenkomst heeft gesloten.

Vergoeding:

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

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

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

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

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

- een longfunctietest en een ECG.

Door:

zorgaanbieder met wie Zorgverzekeraar IZZ daartoe een overeenkomst heeft gesloten.

Vergoeding:

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

Eigen bijdrage:

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

Bijzonderheden:

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

6.8. Preventief psychologisch consult**Omschrijving:**

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

Door:

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

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

Vergoeding:

€ 60,00 per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

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

Artikel 7 | Preventieve en curatieve tandheelkundige zorg

Omschrijving:

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

Door:

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

Vergoeding:

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

Bijzonderheden:

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

Artikel 8 | Vervoer in verband met transplantatie van organen

Omschrijving:

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

Door:

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

Vergoeding:

- als het taxivervoer betreft: volledig;
- als het vervoer met eigen auto betreft: € 0,25 per kilometer.

Voorschrift:

huisarts of medisch specialist.

Machtiging:

ja. U kunt hiervoor gebruikmaken van het formulier Medische verklaring zittend ziekenvervoer.

Bijzonderheden:

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

Artikel 9 | Bewegzorg (fysiotherapie en bewegingstherapie)

Omschrijving:

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

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

3. behandelingen door alternatieve therapeuten.

Hieronder vindt u een opsomming wat onder beweegzorg valt.

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

Door:

1. fysiotherapie: fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut);
2. oedeemtherapie: oedeemtherapeut of huidtherapeut. De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici;
3. oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Register van Verbijzonderde Oefentherapeuten C/M (dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut);
4. ergotherapie: ergotherapeut;
5. alternatieve bewegingstherapie:
 - chiropractie: chiropractor die is ingeschreven in het register van Stichting Nationaal Register van Chiropractoren;
 - osteopathie: osteopaat die is ingeschreven in het Nederlands Register voor Osteopaten (NRO) of in het register van de Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF);
 - manuele therapie E.S.: manueel therapeut E.S.® die is ingeschreven in het register van de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT);
 - (ortho)manuele therapie: orthomanueel arts die is ingeschreven in het Register OrthoManuele Geneeskunde (ROMG);
 - craniosacraaltherapie: craniosacraaltherapeut die is ingeschreven in het Register Craniosacraaltherapie Nederland (RCN);
 - haptotherapie: haptotherapeut die is ingeschreven in het register van de Vereniging van Haptotherapeuten (VVH);
 - adem- en ontspanningstherapie van Dixhoorn: adem- en ontspanningstherapeut die is aangesloten bij de Van Dixhoorn Vereniging Adem- en ontspanningstherapie (VDV).

Vergoeding:

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

Als de behandeling wordt verzorgd door een zorgaanbieder met wie zorgverzekeraar IZZ geen overeenkomst heeft gesloten worden de kosten vergoed tot ten hoogste de tarieven zoals genoemd in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders IZZ 2010. Deze lijst is beschikbaar op www.izz.nl en op aanvraag verkrijgbaar via 0900 - 0274 (lokaal tarief).

Verwijzing:

voor fysiotherapie, oedeemtherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck hebt u een verwijzing nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Als u naar een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck gaat met wie Zorgverzekeraar IZZ een overeen-

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

Bijzonderheden:

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

Artikel 10 | Groepsvalidatie en groepstherapie voor patiënten met kanker

Omschrijving:

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

Door:

1. instellingen, anders dan ziekenhuizen en integrale kankercentra, die voor de groepsvalidatie "Herstel en Balans" gecertificeerd zijn door de Stichting Herstel & Balans;
2. instellingen die aangesloten zijn bij de Stichting Instellingen PsychoSociale Oncologie (IPSO).

Vergoeding:

ten hoogste € 700,00 per diagnose.

Verwijzing door:

medisch specialist.

Bijzonderheden:

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

IV. Regeling extra vergoedingen

Artikel 1 | Alternatieve zorg

Omschrijving:

onder alternatieve zorg wordt verstaan, consulten en/of behandelingen.

Door:

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

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

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

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

Vergoeding:

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

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

Artikel 2 | Buitenland

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

Omschrijving:

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

Vergoeding:

ten hoogste € 1000,00 per kalenderjaar.

Artikel 3 | Bewegezorg (fysiotherapie en bewegingstherapie)

Omschrijving:

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

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

Hieronder vindt u een opsomming wat onder beweegzorg valt.

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

Door:

1. fysiotherapie: fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut);
2. oedeemtherapie: oedeemtherapeut of huidtherapeut. De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici;
3. oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Register van Verbijzonderde Oefentherapeuten C/M (dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut);
4. ergotherapie: ergotherapeut;
5. alternatieve bewegingstherapie:
 - chiropractie: chiropractor die is ingeschreven in het register van Stichting Nationaal Register van Chiropractoren;
 - osteopathie: osteopaat die is ingeschreven in het Nederlands Register voor Osteopaten (NRO) of in het register van de Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF);
 - manuele therapie E.S.: manueel therapeut E.S.® die is ingeschreven in het register van de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT);
 - (ortho)manuele therapie: orthomanueel arts die is ingeschreven in het Register OrthoManuele Geneeskunde (ROMG);
 - craniosacraaltherapie: craniosacraaltherapeut die is ingeschreven in het Register Craniosacraaltherapie Nederland (RCN);
 - haptotherapie: haptotherapeut die is ingeschreven in het register van de Vereniging van Haptotherapeuten (VVH);
 - adem- en ontspanningstherapie van Dixhoorn: adem- en ontspanningstherapeut die is aangesloten bij de Van Dixhoorn Vereniging Adem- en ontspanningstherapie (VDV).

Vergoeding:

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

Als de behandeling wordt verzorgd door een zorgaanbieder met wie zorgverzekeraar IZZ geen overeenkomst heeft gesloten worden de kosten vergoed tot ten hoogste tot de tarieven zoals genoemd in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders IZZ 2010. Deze lijst is beschikbaar op www.izz.nl en op aanvraag verkrijgbaar via 0900 - 0274 (lokaal tarief).

Verwijzing:

voor fysiotherapie, oedeemtherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck hebt u een verwijzing nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Als u naar een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck gaat met wie Zorgverzekeraar IZZ een overeenkomst heeft gesloten, dan is een verwijzing niet noodzakelijk. Maakt u gebruik van een leverancier waarmee Zorgverzekeraar IZZ een overeenkomst heeft, dan is de screening door de fysiotherapeut gratis. In de screening stelt de fysiotherapeut vast of uw klachten behandeld kunnen worden door een fysiotherapeut. Voor meer informatie zie www.izz.nl.

Bijzonderheden:

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

Artikel 4 | Huidbehandelingen**4.1. Acnebehandeling****Omschrijving:**

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

Door:

huidtherapeut of schoonheidsspecialist. De schoonheidsspecialist moet in het bezit zijn van een diploma Schoonheidsverzorging-B, aangevuld met het diploma Acne.

Vergoeding:

ten hoogste € 200,00 per kalenderjaar.

Indicatie:

ernstige vorm van acne.

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

4.2. Camouflagetherapie**Omschrijving:**

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

Door:

huidtherapeut of schoonheidsspecialist. De schoonheidsspecialist moet in het bezit zijn van een diploma Schoonheidsverzorging-B, aangevuld met het diploma Camouflage.

Vergoeding:

ten hoogste € 200,00 per kalenderjaar.

Indicatie:

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

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

4.3. Epilatie**Omschrijving:**

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

Door:

huidtherapeut of schoonheidsspecialist. De schoonheidsspecialist moet in het bezit zijn van een diploma Schoonheidsverzorging-B, aangevuld met het diploma Elektrisch ontharen.

Vergoeding:

ten hoogste € 570,00 per kalenderjaar.

Indicatie:

extreme haargroei in het gelaat.

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

4.4. Psoriasisbehandeling**Omschrijving:**

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

Door:

een in psoriasis gespecialiseerd dagbehandelingscentrum.

Vergoeding:

ten hoogste € 910,00 per kalenderjaar.

Indicatie:

ernstige vorm van psoriasis.

Verwijzing door:

dermatoloog.

Bijzonderheden:

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

Artikel 5 | Hulpmiddelen**5.1. Hoortoestellen****Omschrijving:**

batterijen voor een hoortoestel.

Geleverd door:

leverancier met wie Zorgverzekeraar IZZ daartoe een overeenkomst heeft gesloten.

Vergoeding:

volledig voor ten hoogste twee hoortoestellen.

Bijzonderheden:

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

5.2. Mammaprothese

Omschrijving:

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

Vergoeding:

ten hoogste € 50,00 per twee kalenderjaren.

Bijzonderheden:

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

5.3. Pruik

Omschrijving:

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

Vergoeding:

ten hoogste € 50,00.

Bijzonderheden:

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

5.4. Schoenen

Omschrijving:

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

Vergoeding:

u hebt de keuze uit een vergoeding voor:

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

Door:

oorspronkelijke leverancier.

Bijzonderheden:

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

5.5. Wekapparatuur / plaswekker

Omschrijving:

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

Vergoeding:

1. volledig, indien geleverd door een leverancier met wie Zorgverzekeraar IZZ daartoe een overeenkomst heeft gesloten. Een overzicht van de door Zorgverzekeraar IZZ gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen via www.izz.nl;
2. € 50,00, indien geleverd door een leverancier met wie Zorgverzekeraar IZZ geen overeenkomst heeft gesloten.

Artikel 6 | Orthodontie

Omschrijving:

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

Door:

tandarts of orthodontist.

Vergoeding:

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

Artikel 7 | Tandheelkundige zorg

7.1. Kronen en bruggen

Omschrijving:

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

Door:

tandarts.

Vergoeding:

ten hoogste de onderstaande bedragen:

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

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

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

7.2. Implantaten in de niet-tandeloze kaak

Omschrijving:

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

Door:

kaakchirurg of tandarts.

Vergoeding:

de vergoeding bestaat uit:

1. het honorarium van de kaakchirurg en de bijkomende kosten in een ziekenhuis, of;
2. het honorarium van de tandarts, materiaal- en techniekkosten van alle verrichtingen samen. De kosten van kronen, brugdelen, implantaten in de niet-tandeloze kaak en frameprothese samen komen voor vergoeding in aanmerking tot ten hoogste € 240,00 per kalenderjaar.

7.3. Frameprothese

Omschrijving:

een gedeeltelijke uitneembare gebitsprothese met een metalen frame.

Door:
tandarts.

Vergoeding:
ten hoogste de onderstaande bedragen:

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

¹⁾ de techniekkosten zijn opgenomen in bovenstaande vergoedingen.

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

7.4. Overige prothetische voorzieningen

Omschrijving:
overige prothetische voorzieningen, inclusief techniekkosten:

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

Door:
tandarts.

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

Artikel 8 | Verblijf

8.1. Herstelingsoord

Omschrijving:
verblijf in een van de volgende herstellingsoorden:

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

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

Bijzonderheden:

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

8.2. Hospice

Omschrijving:

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

Door:

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

Vergoeding:

ten hoogste € 30,00 per dag voor ten hoogste 90 dagen.

Bijzonderheden:

als een verlenging na 90 dagen noodzakelijk is dan vraagt de hospice of het Bijna-Thuis-Huis dit voor u aan.

8.3. Therapeutisch vakantiecamp voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Omschrijving:

verblijf in een van de volgende therapeutische vakantiecampen:

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

Vergoeding:

ten hoogste € 230,00 per kalenderjaar.

Machtiging:

ja.

Artikel 9 | Verloskundige zorg en kraamzorg

9.1. Verloskundige zorg

Omschrijving:

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

Vergoeding:

volledig.

Bijzonderheden:

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

9.2. Kraampakket

Omschrijving:

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

Vergoeding:
volledig.

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

9.3. Eigen bijdrage kraamzorg

Omschrijving:
de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de Regeling zorgverzekering.

Vergoeding:
volledig.

Bijzonderheden:

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

9.4. Kraamzorg bij adoptie

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

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

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

9.5. Extra kraamzorg moeder en pasgeborene

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

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

Vergoeding:
ten hoogste 20 uur.

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

9.6. Borstvoeding

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

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

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

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

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

9.7. Elektrische borstkolf

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

Vergoeding:
ten hoogste € 110,00 per bevalling.

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

9.8. GeboorteTENS

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

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

Artikel 10 | Vitamines

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

Vergoeding:
ten hoogste € 200,00 per kalenderjaar.

Voorschrift:
behandelend arts.

Machtiging:
ja.

Artikel 11 | Huishoudelijke verzorging

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

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

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

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

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

Machtiging:
ja.

Bijzonderheden:

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

V. Regeling aanvullende vergoedingen, Pakket 1

Artikel 1 | Alternatieve zorg

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

Door:

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

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

2. een arts, die zich specifiek heeft toegelegd op:

- acupunctuur;
- behandeling op antroposofische grondslag;
- homeopathie;
- behandeling volgens de Moermanmethode;
- behandeling volgens de natuurgeneeswijze.

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

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

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

Vergoeding:

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

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

Artikel 2 | Buitenland

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

Omschrijving:

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

Vergoeding:

ten hoogste € 1.000,00 per kalenderjaar.

Artikel 3 | Bewegzorg (fysiotherapie en bewegingstherapie)

Omschrijving:

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

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

Hieronder vindt u een opsomming wat onder bewegzorg valt.

- Voor de zorg genoemd onder omschrijving, punt 1 en 2:

1. fysiotherapie;
2. oedeemtherapie;
3. oefentherapie Cesar/Mensendieck;
4. ergotherapie.

- Voor de zorg genoemd onder omschrijving, punt 3:

5. alternatieve bewegingstherapie, zoals chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., (ortho)manuele therapie, craniosacraaltherapie, haptotherapie, adem- en ontspanningstherapie van Dixhoorn.

Door:

1. fysiotherapie: fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut);
2. oedeemtherapie: oedeemtherapeut of huidtherapeut. De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici;
3. oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Register van Verbijzonderde Oefentherapeuten C/M (dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut);
4. ergotherapie: ergotherapeut;
5. alternatieve bewegingstherapie:
 - chiropractie: chiropractor die is ingeschreven in het register van Stichting Nationaal Register van Chiropractoren;
 - osteopathie: osteopaat die is ingeschreven in het Nederlands Register voor Osteopaten (NRO) of in het register van de Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF);
 - manuele therapie E.S.: manueel therapeut E.S.® die is ingeschreven in het register van de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT);
 - (ortho)manuele therapie: orthomanueel arts die is ingeschreven in het Register OrthoManuele Geneeskunde (ROMG);
 - craniosacraaltherapie: craniosacraaltherapeut die is ingeschreven in het Register Craniosacraaltherapie Nederland (RCN);
 - haptotherapie: haptotherapeut die is ingeschreven in het register van de Vereniging van Haptotherapeuten (VVH);
 - adem- en ontspanningstherapie van Dixhoorn: adem- en ontspanningstherapeut die is aangesloten bij de Van Dixhoorn Vereniging Adem- en ontspanningstherapie (VDV).

Vergoeding:

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

- ten hoogste € 250,00 per kalenderjaar, als de verzekerde alleen ingeschreven is in de Regeling aanvullende vergoedingen, Pakket 1;

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

Als de behandeling wordt verzorgd door een zorgaanbieder met wie zorgverzekeraar IZZ geen overeenkomst heeft gesloten, worden de kosten vergoed tot ten hoogste de tarieven zoals genoemd in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders IZZ 2010. Deze lijst is beschikbaar op www.izz.nl en op aanvraag verkrijgbaar via 0900 - 0274 (lokaal tarief).

Verwijzing:

voor fysiotherapie, oedeemtherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck hebt u een verwijzing nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Als u naar een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck gaat met wie Zorgverzekeraar IZZ een overeenkomst heeft gesloten dan is een verwijzing niet noodzakelijk. Maakt u gebruik van een leverancier waarmee Zorgverzekeraar IZZ een overeenkomst heeft, dan is de screening door de fysiotherapeut gratis. In de screening stelt de fysiotherapeut vast of uw klachten behandeld kunnen worden door een fysiotherapeut. Voor meer informatie zie www.izz.nl.

Bijzonderheden:

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

Artikel 4 | Huidbehandelingen

4.1. Acnebehandeling

Omschrijving:

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

Door:

huidtherapeut of schoonheidsspecialist. De schoonheidsspecialist moet in het bezit zijn van een diploma Schoonheidsverzorging-B, aangevuld met het diploma Acne.

Vergoeding:

ten hoogste € 200,00 per kalenderjaar.

Indicatie:

ernstige vorm van acne.

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

4.2. Camouflagetherapie

Omschrijving:

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

Door:

huidtherapeut of schoonheidsspecialist. De schoonheidsspecialist moet in het bezit zijn van een diploma Schoonheidsverzorging-B, aangevuld met het diploma Camouflage.

Vergoeding:

ten hoogste € 200,00 per kalenderjaar.

Indicatie:

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

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

4.3. Epilatie

Omschrijving:

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

Door:

huidtherapeut of schoonheidsspecialist. De schoonheidsspecialist moet in het bezit zijn van een diploma Schoonheidsverzorging-B, aangevuld met het diploma Elektsich ontharen.

Vergoeding:

ten hoogste € 570,00 per kalenderjaar.

Indicatie:

extreme haargroei in het gelaat.

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

4.4. Psoriasisbehandeling

Omschrijving:

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

Door:

een in psoriasis gespecialiseerd dagbehandelingscentrum.

Vergoeding:

ten hoogste € 910,00 per kalenderjaar.

Indicatie:

ernstige vorm van psoriasis.

Verwijzing door:

dermatoloog.

Bijzonderheden:

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

Artikel 5 | Hulpmiddelen

5.1. Hoortoestellen

Omschrijving:
batterijen voor een hoortoestel.

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

Vergoeding:
volledig voor ten hoogste twee hoortoestellen.

Bijzonderheden:

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

5.2. Mammaprothese

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

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

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

5.3. Pruiken

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

Vergoeding:
ten hoogste € 50,00.

Bijzonderheden:

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

5.4. Schoenen

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

Door:
oorspronkelijke leverancier.

Vergoeding:
u hebt de keuze uit een vergoeding voor:

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

Bijzonderheden:

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

5.5. Wekapparatuur / plaswekker

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

Vergoeding:

1. volledig, indien geleverd door een leverancier met wie Zorgverzekeraar IZZ daartoe een overeenkomst heeft gesloten. Een overzicht van de door Zorgverzekeraar IZZ gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen via www.izz.nl.
2. € 50,00, indien geleverd door een leverancier met wie Zorgverzekeraar IZZ geen overeenkomst heeft gesloten.

Artikel 6 | Kuuroord

Omschrijving:

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

Vergoeding:

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

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

Verwijzing door:
reumatoloog.

Machtiging:
ja.

Artikel 7 | Orthodontie

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

Door:
tandarts of orthodontist.

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

Artikel 8 | Reizen

Spoedeisende zorg tijdens vakantie en tijdelijk verblijf

Omschrijving:

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

Vergoeding:

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

Bijzonderheden:

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

Voor meer informatie over de IZZ Reisverzekering, zie www.izz.nl.

Artikel 9 | Stottertherapie

Omschrijving:

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

Door:

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

Vergoeding:

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

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

Machtiging:

ja.

Artikel 10 | Tandheelkundige zorg

10.1. Opbouw

Omschrijving:

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

Door:

tandarts.

Vergoeding:

een volledige vergoeding van:

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

10.2. Kronen en bruggen

Omschrijving:

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

Door:

tandarts.

Vergoeding:

ten hoogste de onderstaande bedragen:

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

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

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

10.3. Implantaten in de niet-tandeloze kaak

Omschrijving:

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

Door:

kaakchirurg of tandarts.

Vergoeding:

de vergoeding bestaat uit:

1. het honorarium van de kaakchirurg en de bijkomende kosten in een ziekenhuis, of;
2. het honorarium van de tandarts, materiaal- en techniekkosten van alle verrichtingen samen. De kosten van kronen, bruggen, implantaten in de niet-tandeloze kaak en frameprothese samen komen voor vergoeding in aanmerking tot ten hoogste € 1.000,00 per kalenderjaar.

10.4. Frameprothese

Omschrijving:

een gedeeltelijke uitneembare gebitsprothese met een metalen frame.

Door:

tandarts.

Vergoeding:

ten hoogste de onderstaande bedragen:

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

¹⁾ de techniekkosten zijn al opgenomen in bovenstaande vergoedingen.

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

10.5. Overige prothetische voorzieningen

Omschrijving:
overige prothetische voorzieningen, inclusief techniekkosten.

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

Door:
tandarts.

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

Artikel 11 | Verblijf

11.1. Herstellingsoord

Omschrijving:
verblijf in een van de volgende herstellingsoorden:

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

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

Bijzonderheden:

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

11.2. Hospice

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

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

Vergoeding:
ten hoogste € 30,00 per dag voor ten hoogste 90 dagen.

Bijzonderheden:
als een verlenging na 90 dagen noodzakelijk is dan vraagt de hospice of het Bijna-Thuis-Huis dit voor u aan.

11.3. Therapeutisch vakantiecamp voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Omschrijving:
verblijf in een van de volgende therapeutische vakantiecampen:

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

Vergoeding:
ten hoogste € 230,00 per kalenderjaar.

Machtiging:
ja.

11.4. Logieskosten

Omschrijving:
verblijf:

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

Vergoeding:
ten hoogste 15 nachten per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

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

Artikel 12 | Verloskundige zorg en kraamzorg

12.1. Verloskundige zorg

Omschrijving:

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

Vergoeding:

volledig.

Bijzonderheden:

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

12.2. Kraampakket

Omschrijving:

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

Vergoeding:

volledig.

Bijzonderheden:

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

12.3. Eigen bijdrage kraamzorg

Omschrijving:

de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de Regeling zorgverzekering.

Vergoeding:

volledig.

Bijzonderheden:

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

12.4. Kraamzorg bij adoptie

Omschrijving:

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

Door:

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

Vergoeding:

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

12.5. Extra kraamzorg moeder en pasgeborene

Omschrijving:

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

Door:

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

Vergoeding:

ten hoogste 20 uur.

Bijzonderheden:

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

12.6. Borstvoeding

Omschrijving:

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

Door:

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

Vergoeding:

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

Verwijzing door:

verloskundige, kraamcentrum, consultatiebureau-arts of jeugdgezondheidszorgverpleegkundige.

Bijzonderheden:

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

12.7. Elektrische borstkolf

Omschrijving:

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

Vergoeding:

ten hoogste € 110,00 per bevalling.

Bijzonderheden:

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

12.8. GeboorteTENS

Omschrijving:

vergoeding van de huur- of aanschafkosten van een geboorteTENS.

Vergoeding:

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

6. onder huishoudelijke hulp wordt niet verstaan verpleegkundig dan wel medisch handelen of lichamelijke verzorging;
7. de huishoudelijke hulp wordt alleen geboden in Nederland.

Artikel 13 | Vitamines**Omschrijving:**

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

Vergoeding:

ten hoogste € 200,00 per kalenderjaar.

Voorschrift:

behandelend arts.

Machtiging:

ja.

Artikel 14 | Huishoudelijke verzorging**Omschrijving:**

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

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

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

Door:

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

Vergoeding:

als gebruik wordt gemaakt van een zorgaanbieder waarmee Zorgverzekeraar IZZ:

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

Machtiging:

ja.

Bijzonderheden:

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

VI. Regeling aanvullende vergoedingen, Pakket 2

Artikel 1 | Alternatieve zorg

Omschrijving:

onder alternatieve zorg wordt verstaan, consulten en/of behandelingen

Door:

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

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

Hebt u klachten aan uw bewegingsapparaat? Kijkt u dan ook in artikel 5 Beweegzorg (fysiotherapie en bewegingstherapie). Daarin zijn naast de reguliere therapieën, zoals fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck ook alternatieve therapieën, specifiek gericht op het behandelen van klachten aan het bewegingsapparaat opgenomen.

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

Vergoeding:

- de kosten van de hiervoor genoemde zorg samen tot ten hoogste per kalenderjaar:
- het honorarium € 500,00;
 - de geneesmiddelen € 300,00.

Artikel 2 | Brillen, contactlenzen, ooglaserverbehandeling of lensimplantaties

Omschrijving:

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

Door:

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

Vergoeding:

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

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

Zorgverzekeraar IZZ heeft met een aantal centra voor refractie-chirurgie (ooglaseren en/of lensimplantaties) afspraken gemaakt. Daardoor krijgt u een korting, waardoor het bedrag dat u zelf nog moet betalen lager wordt. De kwaliteit is door Zorgverzekeraar IZZ getoetst. Ga naar www.IZZ.nl voor meer informatie.

Artikel 3 | Buikwandcorrectie**Omschrijving:**

correctie van de buikwand.

Door:

medisch specialist.

Vergoeding:

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

Indicatie:

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

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

Machtiging:

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

Bijzonderheden:

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

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

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

Vergoeding:

ten hoogste € 1.000,00 per kalenderjaar.

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

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

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

Hieronder vindt u een opsomming wat onder bewegzorg valt.

- Voor de zorg genoemd onder omschrijving, punt 1 en 2:

1. fysiotherapie;
2. oedeemtherapie;
3. oefentherapie Cesar/Mensendieck;
4. ergotherapie.

- Voor de zorg genoemd onder omschrijving, punt 3:

5. alternatieve bewegingstherapie, zoals chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., (ortho)manuele therapie, craniosacraaltherapie, haptotherapie, adem- en ontspanningstherapie van Dixhoorn.

Door:

1. fysiotherapie: fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut);
2. oedeemtherapie: oedeemtherapeut of huidtherapeut. De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici;
3. oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Register van Verbijzonderde Oefentherapeuten C/M (dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut);
4. ergotherapie: ergotherapeut;
5. alternatieve bewegingstherapie:
 - chiropractie: chiropractor die is ingeschreven in het register van Stichting Nationaal Register van Chiropractoren;
 - osteopathie: osteopaat die is ingeschreven in het Nederlands Register voor Osteopaten (NRO) of in het register van de Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF);
 - manuele therapie E.S.: manueel therapeut E.S.@ die is ingeschreven in het register van de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT);
 - (ortho)manuele therapie: orthomanueel arts die is ingeschreven in het Register OrthoManuele Geneeskunde (ROMG);
 - craniosacraaltherapie: craniosacraaltherapeut die is ingeschreven in het Register Craniosacraaltherapie Nederland (RCN);
 - haptotherapie: haptotherapeut die is ingeschreven in het register van de Vereniging van Haptotherapeuten (VVH);
 - adem- en ontspanningstherapie van Dixhoorn: adem- en ontspanningstherapeut die is aangesloten bij de Van Dixhoorn Vereniging Adem- en ontspanningstherapie (VDV).

Vergoeding:

1. voor de zorg genoemd onder omschrijving, punt 1 en 2: Als de behandeling wordt verzorgd door een zorgaanbieder met wie zorgverzekeraar IZZ:
 - 1a. een overeenkomst heeft gesloten: volledig;
 - 1b. geen overeenkomst heeft gesloten: ten hoogst de tarieven

zoals genoemd in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders IZZ 2010. Deze lijst is beschikbaar op www.izz.nl en op aanvraag verkrijgbaar via 0900 - 0274 (lokaal tarief);

- de kosten van zorg genoemd onder omschrijving, punt 3: ten hoogste € 600,00 per kalenderjaar.

Verwijzing:

voor fysiotherapie, oedeemtherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck hebt u een verwijzing nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Als u naar een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck gaat met wie Zorgverzekeraar IZZ een overeenkomst heeft gesloten, dan is een verwijzing niet noodzakelijk. Maakt u gebruik van een leverancier waarmee Zorgverzekeraar IZZ een overeenkomst heeft, dan is de screening door de fysiotherapeut gratis. In de screening stelt de fysiotherapeut vast of uw klachten behandeld kunnen worden door een fysiotherapeut. Voor meer informatie zie www.izz.nl.

Bijzonderheden:

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

Artikel 6 | Huidbehandelingen

6.1. Acnebehandeling

Omschrijving:

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

Door:

huidtherapeut of schoonheidsspecialist. De schoonheidsspecialist moet in het bezit zijn van een diploma Schoonheidsverzorging-B, aangevuld met het diploma Acne.

Vergoeding:

ten hoogste € 200,00 per kalenderjaar.

Indicatie:

ernstige vorm van acne.

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

6.2. Camouflagetherapie

Omschrijving:

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

Door:

huidtherapeut of schoonheidsspecialist. De schoonheidsspecialist moet in het bezit zijn van een diploma Schoonheidsverzorging-B, aangevuld met het diploma Camouflage.

Vergoeding:

ten hoogste € 200,00 per kalenderjaar.

Indicatie:

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

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

6.3. Epilatie

Omschrijving:

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

Door:

huidtherapeut of schoonheidsspecialist. De schoonheidsspecialist moet in het bezit zijn van een diploma Schoonheidsverzorging-B, aangevuld met het diploma Elektrisch ontharen.

Vergoeding:

ten hoogste € 570,00 per kalenderjaar.

Indicatie:

extreme haargroei in het gelaat.

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

6.4. Psoriasisbehandeling

Omschrijving:

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

Door:

een in psoriasis gespecialiseerd dagbehandelingscentrum.

Vergoeding:

ten hoogste € 910,00 per kalenderjaar.

Indicatie:

ernstige vorm van psoriasis.

Verwijzing door:

dermatoloog.

Bijzonderheden:

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

Artikel 7 | Hulpmiddelen

7.1. Hoortoestellen

Omschrijving:

batterijen voor een hoortoestel.

Geleverd door:

leverancier met wie Zorgverzekeraar IZZ een overeenkomst heeft gesloten.

Vergoeding:

volledig voor ten hoogste twee hoortoestellen.

Bijzonderheden:

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

7.2. Mammaprothese**Omschrijving:**

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

Vergoeding:

ten hoogste € 50,00 per twee kalenderjaren.

Bijzonderheden:

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

7.3. Pruiken**Omschrijving:**

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

Vergoeding:

ten hoogste € 50,00.

Bijzonderheden:

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

7.4. Schoenen**Omschrijving:**

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

Vergoeding:

u hebt de keuze uit een vergoeding voor:

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

Door:

oorspronkelijke leverancier.

Bijzonderheden:

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

7.5. Steunzolen**Omschrijving:**

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

Geleverd door:

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

Vergoeding:

ten hoogste € 90,00 eenmaal per twee kalenderjaren.

Voorschrift:

huisarts, medisch specialist of podotherapeut.

7.6. Wekapparatuur / plaswekker**Omschrijving:**

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

Vergoeding:

1. volledig, indien geleverd door een leverancier met wie Zorgverzekeraar IZZ daartoe een overeenkomst heeft gesloten. Een overzicht van de door Zorgverzekeraar IZZ gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen via www.izz.nl.
2. € 50,00, indien geleverd door een leverancier met wie Zorgverzekeraar IZZ geen overeenkomst heeft gesloten.

Artikel 8 | Kuuroord**Omschrijving:**

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

Vergoeding:

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

Indicatie:

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

Verwijzing door:

reumatoloog.

Machtiging:

ja.

Artikel 9 | Orthodontie**Omschrijving:**

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

Door:

tandarts of orthodontist.

Vergoeding:

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

Artikel 10 | Eerstelijnspsychologische zorg

Omschrijving:

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

Door:

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

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

Vergoeding:

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

Artikel 11 | Reizen

Spoedeisende zorg tijdens vakantie en tijdelijk verblijf

Omschrijving:

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

Vergoeding:

volledig, op basis van werelddekking.

Bijzonderheden:

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

Artikel 12 | Stottertherapie

Omschrijving:

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

Door:

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

Vergoeding:

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

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

Machtiging:

ja.

Artikel 13 | Tandheelkundige zorg

13.1. Curatieve tandheelkundige zorg

Omschrijving:

parodontologische zorg.

Door:

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

Vergoeding:

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

13.2. Opbouw

Omschrijving:

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

Door:

tandarts.

Vergoeding:

een volledige vergoeding van:

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

13.3. Kronen en bruggen

Omschrijving:

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

Door:

tandarts.

Vergoeding:

ten hoogste de onderstaande bedragen:

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

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

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

13.4. Implantaten in de niet-tandeloze kaak

Omschrijving:

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

Door:

kaakchirurg of tandarts.

Vergoeding:

de vergoeding bestaat uit:

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

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

13.5. Frameprothese

Omschrijving:

een gedeeltelijke uitneembare gebitsprothese met een metalen frame.

Door:

tandarts.

Vergoeding:

ten hoogste de onderstaande bedragen:

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

¹⁾ de techniekkosten zijn al opgenomen in bovenstaande vergoedingen.

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

13.6. Overige prothetische voorzieningen

Omschrijving:

overige prothetische voorzieningen, inclusief techniekkosten.

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

Door:

tandarts.

Vergoeding:

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

Artikel 14 | Verblijf

14.1. Herstelingsoord

Omschrijving:

verblijf in een van de volgende herstellingsoorden:

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

Vergoeding:

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

Bijzonderheden:

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

14.2. Hospice

Omschrijving:

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

Door:

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

Vergoeding:

ten hoogste € 30,00 per dag voor ten hoogste 90 dagen.

Bijzonderheden:

als een verlenging na 90 dagen noodzakelijk is dan vraagt de hospice of het Bijna-Thuis-Huis dit voor u aan.

14.3. Therapeutisch vakantiecamp voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Omschrijving:

- verblijft in een van de volgende therapeutische vakantiecampen:
- vakantiecamp van Stichting de Luchtballon voor astmatische kinderen;
 - vakantiecamp van de Diabetes Jeugdvereniging Nederland;
 - vakantiecamp van de Stichting Kinderoncologische Vakantiecampen.

Vergoeding:

ten hoogste € 230,00 per kalenderjaar.

Machtiging:

ja.

14.4. Logieskosten

Omschrijving:

verblijft:

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

Vergoeding:

ten hoogste 15 nachten per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

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

Artikel 15 | Verloskundige zorg en kraamzorg

15.1. Verloskundige zorg

Omschrijving:

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

Vergoeding:

volledig.

Bijzonderheden:

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

15.2. Kraampakket

Omschrijving:

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

Vergoeding:

volledig.

Bijzonderheden:

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

15.3. Eigen bijdrage kraamzorg

Omschrijving:

de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de Regeling zorgverzekering.

Vergoeding:

volledig.

Bijzonderheden:

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

15.4. Kraamzorg bij adoptie

Omschrijving:

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

Door:

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

Vergoeding:

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

15.5. Extra kraamzorg moeder en pasgeborene

Omschrijving:

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

Door:

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

Vergoeding:

ten hoogste 20 uur.

Bijzonderheden:

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

15.6. Borstvoeding

Omschrijving:

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

Door:

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

Vergoeding:

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

Verwijzing door:

verloskundige, kraamcentrum, consultatiebureau-arts of jeugd-gezondheidszorgverpleegkundige.

Bijzonderheden:

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

15.7. Elektrische borstkolf**Omschrijving:**

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

Vergoeding:

ten hoogste € 110,00 per bevalling.

Bijzonderheden:

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

15.8. GeboorteTENS**Omschrijving:**

vergoeding van de huur- of aanschafkosten van een geboorteTENS.

Vergoeding:

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

Artikel 16 | Voetbehandelingen**Omschrijving:**

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

Door:

1. voor behandelingen genoemd onder omschrijving, punt 1 en 2: podotherapeut;
2. voor behandelingen genoemd onder omschrijving, punt 2: pedicure met aantekening 'diabetesvoet' die in het bezit is van een geldig certificaat Voetverzorging bij Diabetici van het Kennis- en Ontwikkelingscentrum Uiterlijke Verzorging (KOC) of Diabetisch Voet van de Nederlandse Organisatie Huid en Voetverzorging (NOHV/Landelijke Organisatie Pedicure in de Zorg (LOPZ).

Vergoeding:

ten hoogste € 180,00 per kalenderjaar.

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

Bijzonderheden:

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

Artikel 17 | Vitamines**Omschrijving:**

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

Vergoeding:

€ 200,00 per kalenderjaar.

Voorschrift:

behandelend arts.

Machtiging:

ja.

Artikel 18 | Huishoudelijke verzorging**Omschrijving:**

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

De huishoudelijke hulp omvat de algemene organisatie van het huishouden, zoals de gebruikelijke schoonmaakwerkzaamheden, de maaltijdverzorging, de opvang van huisgenoten en het halen van de boodschappen.

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

Door:

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

Vergoeding:

Als gebruik wordt gemaakt van een zorgaanbieder waarmee Zorgverzekeraar IZZ:

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

Machtiging:

ja.

Bijzonderheden:

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

VII. IZZ Comfort

Artikel 1 | Welkomstpakket

Omschrijving:

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

Vergoeding:

volledig.

Bijzonderheden:

1. verzekerden, of hun familieleden, dienen zelf de opname te melden via IZZ Zorgadvies en bemiddeling, telefoonnummer 040 - 297 53 13;
2. recht op vergoeding bestaat uitsluitend als er aanspraak bestaat op een opname op grond van de zorgverzekering;
3. aanspraak op het 'welkomstpakket' bestaat alleen bij een opname in Nederland.

Artikel 2 | Verblijf in één- of tweepersoonskamer

Omschrijving:

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

Vergoeding:

volledig.

Bijzonderheden:

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

Artikel 3 | Comfortarrangement

Omschrijving:

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

Vergoeding:

volledig.

Bijzonderheden:

1. recht op vergoeding bestaat uitsluitend als er aanspraak bestaat op opname op grond van de zorgverzekering;

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

Artikel 4 | Huishoudelijke hulp

Omschrijving:

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

Door:

organisatie waarmee Zorgverzekeraar IZZ daartoe een overeenkomst heeft gesloten.

Vergoeding:

volledig, tot ten hoogste 10 uur per kalenderjaar.

Machtiging:

ja.

Bijzonderheden:

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

Artikel 5 | Kinderopvang

Omschrijving:

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

1. ziekte van het kind waardoor de reguliere kinderopvang geen doorgang kan vinden;
2. ziekenhuisopname van één van de ouders of van een ander kind binnen het gezin. De opvang vindt plaats in huis bij de verzekerde.

Door:

kinderopvang met wie Zorgverzekeraar IZZ daartoe een overeenkomst heeft gesloten.

Vergoeding:

volledig, tot ten hoogste 24 uur per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

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

VIII. Begripsomschrijvingen

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

Aanvullende verzekeringen: de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekeringen, die als aanvulling op het IZZ Basispakket gesloten worden.

AWBZ: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

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

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

Geneesmiddelen: de in artikel 2.8, eerste lid, aanhef en onder a en b van het Besluit zorgverzekering bedoelde geneesmiddelen.

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

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

IZZ Basispakket: een tussen Zorgverzekeraar IZZ en de verzekeringnemer ten behoeve van een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering.

Kinderen: eigen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen, jonger dan 30 jaar, op voorwaarde dat aanspraak bestaat op kinderbijslag, een uitkering uit hoofde van de Wet studiefinanciering 2000, een uitkering op grond van de Wet tegemoetkoming onderwijsbijdrage en schoolkosten (WTOS) of op persoonsgebonden aftrek wegens uitgaven voor levensonderhoud van kinderen volgens artikel 6.1 en afdeling 6.4 van de Wet inkomstenbelasting 2001, jo. artikel 35 en 36 van de Uitvoeringsregeling inkomstenbelasting 2001. Bij huwelijk, geregistreerd partnerschap of duurzaam samenwonen van een kind

is betrokkene niet meer als kind aan te merken volgens de begripsomschrijving van deze verzekeringsvoorwaarden.

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

Nza: Nederlandse Zorgautoriteit als bedoeld in de Wet marktordening gezondheidszorg.

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 ten behoeve van wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door Zorgverzekeraar IZZ, is vermeld.

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

Voorkeursleverancier/voorkeursaanbieder: een leverancier/zorgaanbieder waarmee/met wie Zorgverzekeraar IZZ een overeenkomst heeft gesloten en waarmee/met wie specifieke afspraken zijn gemaakt.

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

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

Zorgverzekeraar IZZ: IZZ Zorgverzekeraar NV, gevestigd in Nijmegen, die deze aanvullende verzekeringen aanbiedt en uitvoert. IZZ Zorgverzekeraar NV is een onderdeel van de Coöperatie VGZ-IZA-Trias-Groep U.V.

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

Meer weten?

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

De meest gestelde vragen staan op www.izz.nl. Voor dringende vragen kunt u bellen met IZZ, 0900 - 0274 (lokaal tarief).

IZZ De zorgverzekeraar voor de zorgsector
Postbus 445
5600 AK Eindhoven
Telefoon 0900 - 0274 (lokaal tarief)
www.izz.nl

