



Verzekeringsvoorwaarden 2017
IZA Extra Zorg
en IZA Extra Tand



Welkom bij IZA

Dit zijn de verzekeringsvoorwaarden die gelden voor uw aanvullende verzekering bij IZA.

U kunt voor meer informatie, bijvoorbeeld over declareren of onze zorgverzekerspakketten, terecht op www.iza.nl.

Mijn IZA

Via 'Mijn IZA' kunt u onder andere uw polis wijzigen, de stand van uw eigen risico controleren en declaraties indienen.

Log in met uw DigiD en ontdek de mogelijkheden op www.mijniza.nl.

Belangrijke informatie

Contact

Kijk op www.iza.nl/contact voor onze contactgegevens.

Gecontracteerde, aangewezen en erkende zorg

Onze gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgaanbieders vindt u op www.iza.nl/vergelijk-en-kies.

Aanvragen toestemming

Wilt u weten voor welke vergoedingen u vooraf onze toestemming nodig hebt? Dit vindt u terug in deze verzekeringsvoorwaarden. Wilt u toestemming aanvragen? Download het toestemmingsformulier op www.iza.nl. Dit formulier kunt u printen, invullen en opsturen naar:

IZA Zorgverzekeraar
T.a.v. Machtigingen
Postbus 25150
5600 RS Eindhoven

Eenvoudig online declareren

Uw declaraties dient u eenvoudig online in via www.mijniza.nl. U kunt veilig inloggen met uw DigiD.

Het bedrag dat wij vergoeden, ontvangt u binnen 10 werkdagen op uw rekening. Declareert u liever per post?

Stuur dan de originele nota met een declaratieformulier naar:

IZA Zorgverzekeraar
Postbus 25030
5600 RS Eindhoven

Inhoud

I. Algemeen gedeelte	5
Artikel 1. Verzekerde zorg	5
Artikel 2. Algemene bepalingen	7
Artikel 3. Premie	9
Artikel 4. Overige verplichtingen	11
Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden	11
Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en)	11
Artikel 7. Klachten en geschillen	13
Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling	13
II. IZA Extra Zorg	14
Alternatieve zorg en overige therapieën	14
Artikel 9. Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg	14
Artikel 10. Homeopathische en antroposofische (genees)middelen	14
Artikel 11. Behandeling in een kuuroord	15
Artikel 12. Psoriasisdagbehandeling	15
Artikel 13. Stottertherapie	16
Artikel 14. Zorg voor vrouwen in de overgang	16
Artikel 15. Kraampakket	16
Artikel 16. Eigen bijdrage kraamzorg	17
Artikel 17. Verloskundige zorg	17
Artikel 18. Bevallingsuitkering	17
Artikel 19. Verlengde kraamzorg en nazorg pasgeborene	17
Artikel 20. Lactatiekundig consult	18
Artikel 21. Zwangerschapscursussen	18
Buitenland	19
Artikel 22. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	19
Artikel 23. Repatriëring	19
Artikel 24. Niet-spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	20
Geneeskundige zorg en geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	20
Artikel 25. Reconstructieve en/of cosmetische of esthetische chirurgie	20
Artikel 26. Sterilisatie en hersteloperatie van sterilisatie	21
Artikel 27. Cogmed	22
Artikel 28. Neurofeedback	22
Artikel 29. Mindfulness bij burn-out klachten	23
Artikel 30. Seksuologische zorg	23
Geneesmiddelen en vitamines	24
Artikel 31. Geneesmiddelen	24
Artikel 32. Vitamines	24
Huidbehandelingen	24
Artikel 33. Acnebehandeling	24
Artikel 34. Camouflagetherapie	25
Artikel 35. Ontharen (epilatie)	25
Huishoudelijke hulp	26
Artikel 36. Huishoudelijke hulp vanaf 18 jaar	26

Hulpmiddelen	26
Artikel 37. Brillen, contactlenzen, ooglaserbehandeling of lensimplantatie	26
Artikel 38. Hoortoestellen	27
Artikel 39. Hand- en/of vingerspalk	27
Artikel 40. Plaswekker	27
Artikel 41. Pruiken en andere hoofdbedekkingen	28
Artikel 42. Steunpessarium	29
Artikel 43. Steunzolen en therapiezolen	29
Artikel 44. Steun-/compressiekousen	29
Artikel 45. ADL-Hulpmiddelen	30
Orthodontie	30
Artikel 46. Orthodontische zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar	30
Artikel 47. Orthodontische zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder	31
Paramedische zorg	31
Artikel 48. Diëtetiek	31
Artikel 49. Fysiotherapie en oefentherapie voor verzekerden tot 18 jaar	32
Artikel 50. Fysiotherapie en oefentherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder	33
Artikel 51. Groepszwemmen voor reumapatiënten	34
Artikel 52. Hulp door een podotherapeut of pedicure	35
Preventie	36
Artikel 53. Anticonceptiemiddelen	36
Artikel 54. Cursussen	36
Artikel 55. Stoppen met roken	37
Artikel 56. Leefstijl Check	37
Artikel 57. Griepvaccinatie	38
Artikel 58. Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen in verband met vakantie	38
Artikel 59. Sportgeneeskundige hulp	38
Artikel 60. Vervangende mantelzorg	39
Artikel 61. Mantelzorgmakelaar	39
Artikel 62. Valpreventie	40
Tandheelkundige zorg	40
Artikel 63. Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar	40
Artikel 64. Volledige gebitsprothesen (kunstgebitten)	41
Verblijf	41
Artikel 65. Herstellingsoorden en zorghotels of meerdaagse vakantiereis	41
Artikel 66. Hospice	42
Artikel 67. Logeershuis	42
Artikel 68. Verblijf in Gasthuis Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of familiehuis Daniël den Hoed	42
VERVOER	43
Artikel 69. Taxivervoer	43
III. IZA Extra Tand	44
Artikel 70. Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar	44
IV. Begripsomschrijvingen	45

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.

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.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Voor een aantal vormen van zorg hebben we zorgaanbieders gecontracteerd, aangewezen of erkend. Een overzicht van de door ons gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgaanbieders vindt u op onze website.

1.3. Vergoeding van de kosten van zorg

U hebt recht op vergoeding van de kosten van (verzekerde) zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

1.3.1. Zorg verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder

Als u gebruikmaakt van een door ons gecontracteerde zorgaanbieder, dan vergoeden wij de kosten van zorg op basis van het met de betrokken zorgaanbieders overeengekomen tarief.

1.3.2. Zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u de rekening of een deel van de rekening zelf moet betalen. Dit vindt u in het betreffende zorgartikel.

1.3.3. Zorg verleend door een niet-aangewezen of niet-erkende zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen of erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet. Dit vindt u in het betreffende zorgartikel.

1.4. Insturen van nota's

Veel zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Het is belangrijk dat op de nota de volgende informatie staat:

- uw naam, adres en geboortedatum;
- soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling;
- naam en adres van de zorgaanbieder.

De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet. Wij hebben het recht te wachten met betaling van de nota totdat betaling van de kosten door u is aangetoond.

Online declareren

U declareert uw nota's gemakkelijk en snel online. Ga daarvoor naar www.mijniza.nl. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen in verband met controle. Als u de nota's niet kunt overleggen, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.5. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

1.6. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij ten opzichte van u zijn gehouden of de kosten van zorg komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u als verzekeringnemer in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.7. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.

Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig hebt? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die wij in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming

U hebt in een aantal gevallen onze toestemming nodig voordat de zorg wordt geleverd. Deze toestemming noemen wij ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming hebt gekregen, hebt u geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor u toestemming bij ons aan. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voor in de verzekeringsvoorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

1.8. Wanneer hebt u recht op (vergoeding van kosten van) verzekerde zorg?

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw 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 datum waarop de zorg is geleverd bepalend. Als een behandeling in twee kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in één bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld bij een diagnose-behandelcombinatie), dan vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering en worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

1.9. Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

- vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015;
- (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 aanvullende verzekering en waarmee u bekend was of kon zijn of waarvan u toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gemaakt aan ons. Deze uitsluiting is niet van toepassing als de aanvullende verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen (de zogenoemde 'no show fee');
- vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;

- vergoeding van eigen bijdragen die, of eigen risico dat, u verschuldigd bent op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de Zorgverzekeringswet als u verzekeringsplichtige in de zin van die wet was;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de aanvullende verzekering bij ons niet zou bestaan. In dat geval is deze aanvullende verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal op grond van deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken. Wij hanteren het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. U kunt het convenant vinden op onze website;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muerij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- vergoeding als de kosten in rekening worden gebracht door uzelf, uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid.

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

Hebt u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een (kalender)jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, dan hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is. De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clauseblad terrorismedekking van de NHT.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen. De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de) schade krijgt vergoed.

Artikel 2. Algemene bepalingen

2.1. **Grondslag van de aanvullende verzekering**

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier hebt aangegeven of die u ons 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). Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op IZA Extra Zorg en IZA Extra Tand, in deze verzekeringsvoorwaarden te noemen aanvullende verzekering.

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;
- Clauseblad terrorismedekking;

- Overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders;
- Verwijzingsprotocol naar de lactatiekundige NVL;
- Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera.

U vindt deze documenten op onze website.

2.4. Fraude

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

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden en/of al gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. Als u fraude pleegt, dan vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug. U bent ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.

Bij fraude registreren wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige(n) of medepleger(s) in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij de Autoriteit persoonsgegevens en wordt beheerd door onze afdeling Veiligheidszaken. Ook kan registratie plaatsvinden van uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige(n) en medepleger(s):

- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in het externe verwijzingsregister van de stichting CIS.

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie en opsporingsinstanties.

Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat wij uw aanvullende verzekering(en) kunnen beëindigen. U kunt gedurende een periode van 8 jaar geen aanvullende verzekeringen sluiten bij de verzekeraars van de Coöperatie VGZ U.A.

2.5. Bescherming van uw persoonsgegevens

Wij nemen uw privacy serieus. Het verzamelen en verwerken van uw persoonsgegevens is nodig voor het aangaan en uitvoeren van uw (aanvullende) (zorg)verzekering(en). Uw persoonsgegevens nemen wij op in onze verzekerden-administratie.

Verwerking persoonsgegevens

Uw persoonsgegevens verwerken wij voor de volgende doeleinden:

- voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst(en) of financiële dienst;
- voor controles en/of onderzoek onder verzekerden, zorgaanbieders en/of leveranciers of de zorg daadwerkelijk is geleverd;
- voor onderzoek naar de door verzekerden ervaren kwaliteit van de geleverde zorg;
- voor statistische analyse;
- om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector (het voorkomen en bestrijden van fraude);
- als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst: voor gegevensuitwisseling met de contractant van de collectieve overeenkomst voor de beoordeling van uw recht op premiekorting;
- werving voor deze verzekering(en) en werving voor eigen en gelijksoortige diensten en producten en daarbij behorende marketingactiviteiten (tot 1 jaar na beëindiging van de verzekeringsovereenkomst).

Op de verwerking van uw persoonsgegevens is de privacywetgeving van toepassing, waaronder de Wet Bescherming Persoonsgegevens, de ZN Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, de Wet algemene bepalingen BSN, de Wet gebruik BSN in de zorg en de Privacy Verklaring van Coöperatie VGZ U.A. U vindt deze gedragscode en de Privacy Verklaring op onze website.

Wij zijn verplicht uw Burgerservicenummer (BSN) te gebruiken in onze administratie en in de communicatie (gegevensuitwisseling) met zorgaanbieders. Het BSN wordt ook gebruikt voor het declaratieverkeer. Beiden vinden plaats op een wettelijke basis.

Voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS), www.stichtingcis.nl.

Wilt u meer informatie, uw persoonsgegevens inzien, corrigeren of verzet aantekenen? U kunt hiervoor bij de functionaris voor de gegevensbescherming (FG) terecht via het e-mailadres op onze website onder het kopje 'privacy'.

Gebruik persoonsgegevens door zorgaanbiders

Als wij uw nota's rechtstreeks van zorgaanbiders ontvangen en aan hen betalen, 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 zorgaanbiders 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 zorgaanbiders 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 ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u alle mededelingen van ons langs elektronische weg wilt ontvangen, dan kunt u dit aangeven in 'Mijn IZA'.

E-mail

Waar in de verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk', wordt ook verstaan 'per e-mail' als u daarvoor hebt gekozen. Onder 'adres' wordt in die situatie verstaan 'e-mailadres'.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie

Bij de totstandkoming van deze aanvullende verzekering(en) wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering(en). U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8. Bedenkperiode

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

2.9. Nederlands recht

Op de aanvullende verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3. Premie

3.1. Wie betaalt premie?

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Voor een verzekerde jonger dan 18 jaar hoeft tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie te worden betaald. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de aanvullende verzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

Voorbeeld

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

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

- 3.2.1.** De premies en voorwaarden zoals bepaald in de collectieve overeenkomst zijn van toepassing vanaf de dag dat u deelneemt aan de collectieve overeenkomst.
- 3.2.2.** Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals bepaald in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de aanvullende verzekering op individuele basis voortgezet.
- 3.2.3.** U kunt maar aan 1 collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3. Betaling van premie, wettelijke bijdragen en kosten

- 3.3.1.** U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per kwartaal, halfjaar of jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.
- 3.3.2.** U betaalt de premie, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

Kosteloze betaalmogelijkheden

- a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 3.3.3).
- b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via 'Mijn IZA' gratis een digitale nota te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. Dit kan desgewenst direct via iDeal.
- c. Uw werkgever houdt de premie in op uw salaris en draagt deze aan ons af. Deze betaalmogelijkheid heeft alleen betrekking op de premie.

Aan deze betaalmogelijkheden zijn geen extra kosten verbonden.

Kosten voor betaling per papieren factuur (acceptgiro)

Als u geen gebruik maakt van de kosteloze betaalmogelijkheden voor uw premie, dan betaalt u € 1,50 voor alle kosten die gemaakt worden voor het in stand houden, vervaardigen en aanbieden van een papieren factuur en het verwerken van uw betaling. Ook als u voor de betaling geen gebruik maakt van de papieren factuur.

U ontvangt ook een papieren factuur als een automatische incasso van uw premie niet kan worden uitgevoerd of als u een betalingsregeling met ons aangaat en u kiest voor betaling per papieren factuur. Ook dan betaalt u per papieren factuur € 1,50. Betaalt u uw premie per kwartaal of jaar en u kiest voor betaling per papieren factuur?

Dan zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

- 3.3.3.** Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Uw machtiging geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop, van de verzekeringsovereenkomst. Wij informeren u tenminste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen is gemaximeerd tot € 220 per maand. Voor bedragen boven de € 220 sturen wij u een papieren factuur. Als wij ervoor kiezen u een papieren factuur te sturen, dan zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

3.4. Verrekening

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een bedrag dat u nog van ons verwacht.

3.5. Niet-tijdig betalen

- 3.5.1.** Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen, het eigen risico en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking van deze aanvullende verzekering(en) 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 wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht de aanvullende verzekering(en) te beëindigen als u niet op tijd betaalt. In geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de aanvullende verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. Als wij u accepteren dan gaat de aanvullende verzekering in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.

- 3.5.2.** Wij brengen de volgende kosten bij u in rekening in geval van niet-tijdig betalen:

- wettelijke rente vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de oorspronkelijke factuur;
- incassokosten vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de aanmaning.

- 3.5.3.** Als u al bent aangemaand voor het niet op betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen of kosten, dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

- 3.5.4.** Wij hebben het recht om opeisbare premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.

- 3.5.5.** Als wij de aanvullende verzekering(en) beëindigen omdat u de premie niet op tijd hebt betaald, dan hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- de zorgaanbieder te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die zij nodig hebben voor de controle op de uitvoering van de aanvullende verzekering(en);
- ons te informeren over feiten, die ervoor (kunnen) zorgen dat kosten kunnen worden verhaald op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering(en) van belang zijn. Dat zijn onder meer begin en einde detentie, (echt)scheiding, geboorte, adoptie, einde dienstverband bij een collectiviteit of wijziging rekeningnummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, kunnen wij uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg schorsen.

Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden

5.1. Wijziging premie en voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie van de aanvullende verzekering(en) op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een dergelijke wijziging gebeurt op een door ons vast te stellen datum.

5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premie van de aanvullende verzekering(en) in uw nadeel wijzigen, kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt de overeenkomst opzeggen gedurende 1 maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht hebt u niet als een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen.

Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en)

6.1. Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de zorgverzekering van ons aanvangt, per datum waarop u deelneemt aan de collectieve overeenkomst of op 1 januari van een kalenderjaar.

De aanvullende verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin deze aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de aanvullende verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

6.2. Acceptatie

6.2.1. Acceptatie voor de aanvullende verzekering(en)

U kunt de aanvullende verzekering als aanvulling op een zorgverzekering van de zorgverzekeraar sluiten.

6.2.2. Medische selectie

Voor de aanvullende verzekering(en) geldt geen medische en/of tandheelkundige selectie.

6.2.3. Gezinsdekking

Alle verzekerden van 18 jaar en ouder die op de polis staan kunnen een aanvullende verzekering en pakket naar keuze afsluiten. Verzekerde kinderen jonger dan 18 jaar krijgen het hoogst verzekerde pakket van de verzekerde ouder(s)/verzorger(s) op de polis.

6.2.4. Wijziging pakket

U kunt van pakket wijzigen. Hierbij is het bepaalde in 6.2.3. van toepassing. U als verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 december aan ons doorgeven. De wijziging gaat in per 1 januari van het volgend kalenderjaar. Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door bij wijziging van een pakket binnen IZA. Dit betekent dat eerder door ons uitgekeerde vergoedingen op grond van een vorig pakket meegenomen worden naar het nieuwe pakket. Op voorwaarde dat in uw nieuwe pakket een vergoeding is opgenomen voor deze zorg.

6.3. Einde van rechtswege

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

- de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van tevoren;
- de verzekerde overlijdt;
- de verzekeringsplicht volgens de Zorgverzekeringswet van de verzekerde eindigt;
- de verzekerde geen deel meer uitmaakt van het gezin van de verzekeringnemer. Vanaf deze dag bieden wij u een passende individuele aanvullende verzekering aan;
- de zorgverzekeraar stopt met het aanbieden en uitvoeren van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekering(en). Wij informeren u hierover uiterlijk 3 maanden van tevoren.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of andere feiten en omstandigheden over de verzekerde die tot het einde van de aanvullende verzekering hebben geleid of kunnen leiden.

Als wij vaststellen dat de aanvullende verzekering is geëindigd of zal eindigen, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.4. Wanneer kunt u uw aanvullende verzekering(en) opzeggen?

6.4.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.

6.4.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering(en) tussentijds schriftelijk opzeggen:

- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- tegelijk met het beëindigen van onze zorgverzekering;
- van een meeverzekerd kind als dit kind 18 jaar wordt. De opzegging gaat in op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin uw kind 18 jaar wordt, op voorwaarde dat wij de opzegging hebben ontvangen vóór het einde van de maand waarin uw kind 18 jaar wordt.

6.4.3. Opzegservice

U kunt voor de opzegging van de aanvullende verzekering zoals bedoeld in artikel 6.4.1. en 6.4.2. ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de verzekeraar van de nieuwe aanvullende verzekering(en) toestemming geeft om de oude aanvullende verzekering (en) op te zeggen.

6.5. Wanneer kunnen wij de aanvullende verzekering(en) opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.5;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering(en) zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de aanvullende verzekering(en) opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen.

Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

Artikel 7. Klachten en geschillen

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

U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht gemakkelijk indienen via het online klachtenformulier op onze website. Bent u niet in de gelegenheid om uw klacht digitaal in te dienen? Dan kunt u uw klacht schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken 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.

U ontvangt van ons 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, dan 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.

7.2. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover indienen via onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht hierover voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, dan kunt u uw klacht over formulieren voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling

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

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. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

II. IZA Extra Zorg

ALTERNATIEVE ZORG EN OVERIGE THERAPIEËN

Artikel 9. Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van behandelingen en consulten die vallen onder de volgende stromingen:

- acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen;
- antroposofische alternatieve geneeswijzen;
- homeopathie;
- natuurgeneeswijzen;
- alternatieve beweegzorg;
- psychosociale zorg.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgaanbieder.

De aangewezen zorgaanbieders zijn opgenomen in Vergelijk en Kies. U vindt Vergelijk en Kies op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Maximaal € 45 per dag tot maximaal € 250 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 2	Maximaal € 45 per dag tot maximaal € 450 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 45 per dag tot maximaal € 650 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 45 per dag tot maximaal € 850 per kalenderjaar

Bijzonderheden

- Onder alternatieve geneeswijzen en beweegzorg verstaan wij niet consulten en (groeps)behandelingen voor:
 - preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
 - sociaal (maatschappelijke) dienstverlening en coaching;
 - werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
 - schoonheidsbevordering;
 - het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen;
 - relatietherapie;
 - Chelatietherapie;
 - Celtherapie.
- U hebt geen recht op vergoeding van de kosten voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

Artikel 10. Homeopathische en antroposofische (genees)middelen

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van homeopathische of antroposofische geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd en homeopathische of antroposofische middelen die in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben.

Wilt u weten of een middel wordt vergoed?

U kunt het Z-index artikelnummer bij uw zorgaanbieder opvragen en contact met ons opnemen. Aan de hand van dit nummer kunnen wij u informeren of het middel wordt vergoed. Ons telefoonnummer vindt u op onze website. Uw apotheek of apotheekhoudend huisarts kan ook nakijken of het middel een HA of HM registratie in de Taxe Homeopathie heeft.

Wie mag de (genees)middelen leveren

Apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Recept (op voorschrift van)

Een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg, verloskundige of klassiek homeopaat.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Maximaal € 250 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 2	Maximaal € 450 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 650 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 850 per kalenderjaar

Artikel 11. Behandeling in een kuuroord

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van behandeling in een kuuroord.

Wie mag de behandeling verzorgen

Een door ons aangewezen kuuroord. De lijst met aangewezen kuuroorden vindt u op onze website. Gaat u naar een kuuroord dat niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Indicatie

De ziekte van Bechterew, reumatoïde artritis of artritis psoriatica.

Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Maximaal € 900 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 2	Maximaal € 1.000 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 1.500 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 2.000 per kalenderjaar

Bijzonderheden

De kosten van uw verblijf in het kuuroord worden niet vergoed.

Artikel 12. Psoriasisdagbehandeling

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van een psoriasisdagbehandeling gericht op het bestrijden van de chronische huidziekte psoriasis door middel van balneotherapie.

Wie mag de zorg verlenen

Een centrum dat als psoriasisdagbehandelingscentrum door ons is aangewezen.

Verwijsbrief nodig van

Huidarts.

Indicatie

Circa 10% of meer van de huid moet zijn aangetast. Als er sprake is van aantasting van de huid in het gelaat, op de handen en/of de genitalia dan moeten voorgaande behandelingen geen of te weinig effect hebben gehad.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Geen vergoeding
IZA Extra Zorg 2	Maximaal € 750 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 1.000 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 1.300 per kalenderjaar

Bijzonderheden

Lichttherapie in de thuissituatie en andere vormen van therapie voor de bestrijding van psoriasis zijn opgenomen in de zorgverzekering.

Artikel 13. Stottertherapie

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van stottertherapie volgens de methode BOMA, Del Ferro of Hausdörfer voor verzekerden van 7 jaar en ouder. De vergoeding is voor de behandeling en het verblijf samen.

Wie mag de zorg verlenen

Therapeut die werkt volgens de methode Del Ferro, BOMA of Hausdörfer.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Maximaal € 250 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 2	Maximaal € 350 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 750 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 750 per kalenderjaar

Bijzonderheden

Stottertherapie is opgenomen in de zorgverzekering als onderdeel van logopedie.

Artikel 14. Zorg voor vrouwen in de overgang

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van voorlichting aan en advisering en begeleiding van vrouwen in de overgang.

Wie mag de zorg verlenen

Verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd in advies op het gebied van vrouwen en hormonen.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	
IZA Extra Zorg 2	Maximaal € 75 per consult tot maximaal 4 consulten voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
IZA Extra Zorg 3	
IZA Extra Zorg 4	

BEVALLING EN KRAAMZORG

Artikel 15. Kraampakket

Omschrijving

Een kraampakket dat door ons in overleg met verloskundigen is samengesteld. Als u zwanger bent, kunt u dit pakket aanvragen via IZA Kraamzorg. Het telefoonnummer vindt u op onze website.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Het IZA Kraampakket
IZA Extra Zorg 2	Het IZA Kraampakket
IZA Extra Zorg 3	Het IZA Kraampakket
IZA Extra Zorg 4	Het IZA Kraampakket

Artikel 16. Eigen bijdrage kraamzorg

Omschrijving

Vergoeding van de eigen bijdrage die geldt vanuit de zorgverzekering voor kraamzorg.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Geen vergoeding
IZA Extra Zorg 2	Vergoeding van de eigen bijdrage voor maximaal 48 uur per bevalling
IZA Extra Zorg 3	Volledige vergoeding van de eigen bijdrage
IZA Extra Zorg 4	Volledige vergoeding van de eigen bijdrage

Artikel 17. Verloskundige zorg

Omschrijving

Vergoeding van de kosten die voor uw rekening komen als u zonder medische noodzaak bevalt in een ziekenhuis of een geboortecentrum. De vergoeding betreft het verschil tussen het notabedrag en het bedrag dat u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Volledig
IZA Extra Zorg 2	Volledig
IZA Extra Zorg 3	Volledig
IZA Extra Zorg 4	Volledig

Artikel 18. Bevallingsuitkering

Omschrijving

Een bevallingsuitkering bij kraamzorg thuis als de kraamzorg niet wordt geleverd door een kraamzorgorganisatie, een geboortecentrum, ziekenhuis of andere instelling.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Maximaal € 37 per dag tot maximaal 8 dagen
IZA Extra Zorg 2	Maximaal € 37 per dag tot maximaal 8 dagen
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 37 per dag tot maximaal 8 dagen
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 37 per dag tot maximaal 8 dagen

Bijzonderheden

1. Bij een bevalling in het ziekenhuis met medische noodzaak wordt het aantal ziekenhuisdagen op het maximum van 8 dagen in mindering gebracht.
2. De bevallingsuitkering wordt niet verleend als de kraamzorg op grond van de zorgverzekering kan worden vergoed.

Artikel 19. Verlengde kraamzorg en nazorg pasgeborene

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van ondersteuning van de moeder die vanwege medische complicaties bij haarzelf of vanwege de opname van haar pasgeboren kind in het ziekenhuis binnen de reguliere kraamzorguren niet de noodzakelijke zorg heeft kunnen ontvangen. Als het om medische complicaties bij de moeder gaat dan wordt de zorg aansluitend aan de 10e dag na de geboorte van het kind gegeven.

Bij ziekenhuisopname van het kind wordt de zorg gegeven als het kind na de 10e dag na de geboorte wordt ontslagen. De kraamzorgorganisatie stelt het aantal noodzakelijke kraamzorguren vast.

Wie mag de zorg verlenen

Gediplomeerde kraamverzorgende of een verpleegkundige.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Maximaal 12 uur verdeeld over maximaal 4 dagen
IZA Extra Zorg 2	Maximaal 12 uur verdeeld over maximaal 4 dagen
IZA Extra Zorg 3	Maximaal 16 uur verdeeld over maximaal 4 dagen
IZA Extra Zorg 4	Maximaal 16 uur verdeeld over maximaal 4 dagen

Bijzonderheden

Als u een bevallingsuitkering (artikel 18) hebt ontvangen dan vergoeden wij geen verlengde kraamzorg.

Artikel 20. Lactatiekundig consult

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van een lactatiekundig consult voor de moeder bij problemen met borstvoeding.

Wie mag de zorg verlenen

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

Verwijsbrief nodig van

Verloskundige, kraamzorgorganisatie, consultatiebureau-arts of jeugdgezondheidszorgverpleegkundige. De verwijzing vindt plaats volgens het Verwijzingsprotocol naar de Lactatiekundige. Dit protocol vindt u op onze website.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Maximaal € 200 per bevalling
IZA Extra Zorg 2	Maximaal € 200 per bevalling
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 200 per bevalling
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 200 per bevalling

Artikel 21. Zwangerschaps cursussen

Omschrijving

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten voor het volgen van:

1. Het zelfhulpprogramma Slimmer Zwanger. Een abonnement op het Slimmer Zwanger programma duurt 26 weken en is te gebruiken zowel voor als tijdens de zwangerschap.
2. Cursussen die:
 - u voorbereiden op de bevalling;
 - uw lichamelijke herstel na de bevalling bevorderen (max. 6 maanden na de bevalling).

Wie mag de cursussen verzorgen

- Een thuis- of kraamzorgorganisatie;
- Een verloskundige(-praktijk);
- Een yogadocent die is aangesloten bij de Vereniging Yogadocenten Nederland (VYN);
- Een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck die is aangesloten bij ZwangerFit@;
- Een haptonoom die is aangesloten bij de Vereniging Haptonomische Zwangerschapsbegeleiders (VHZB);
- Een cursusleider die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor HypnoBirthing® Cursusleiders (NVHBC);
- Een cursusleider die is aangesloten bij de vereniging Samen Bevallen.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	maximaal € 50 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 2	maximaal € 50 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 3	maximaal € 75 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 4	maximaal € 100 per kalenderjaar

BUITENLAND

Artikel 22. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

Omschrijving

Een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u vanuit de zorgverzekering ontvangt. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval. Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis dan vergoeden wij de kosten op basis van de laagste verpleegklasse.

U ontvangt de vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. Dit is zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands rekeningnummer. Wij gaan hierbij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Om de buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's maken wij gebruik van de historical rates van www.XE.com.

Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis en/of een langdurige medische behandeling nodig hebt moet u de IZA Alarmcentrale (laten) inschakelen. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en op onze website. Schakelt u de IZA Alarmcentrale niet in? Dan vergoeden wij de kosten op basis van de tarieven die zouden hebben gegolden als de behandeling in Nederland had plaatsgevonden.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Volledig
IZA Extra Zorg 2	Volledig
IZA Extra Zorg 3	Volledig
IZA Extra Zorg 4	Volledig

Artikel 23. Repatriëring

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van uw medisch noodzakelijk vervoer in verband met spoedeisende zorg zoals bedoeld in artikel 22 of na uw overlijden het vervoer van uw stoffelijk overschot vanuit het buitenland naar een plaats in Nederland.

Hieronder valt het volgende:

- de kosten van vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisondernemer;
- de kosten van (medisch) noodzakelijke begeleiding;
- de noodzakelijke kosten van communicatie;
- de kosten van het brengen en/of toezenden van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn.

Wie mag de repatriëring verzorgen

IZA Alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en op onze website.

Wordt de repatriëring niet verzorgd door de IZA Alarmcentrale? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Volledig
IZA Extra Zorg 2	Volledig
IZA Extra Zorg 3	Volledig
IZA Extra Zorg 4	Volledig

Bijzonderheden

1. De IZA Alarmcentrale bepaalt in overleg met de behandelend arts in het buitenland de medische noodzaak van terugkeer.
2. De kosten van het vervoer van uw stoffelijk overschot worden uitsluitend vergoed als u bij leven tijdelijk (zonder vaste woon- of verblijfplaats) in het buitenland verbleef.

Artikel 24. Niet-spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

Omschrijving

Als u tijdelijk in het buitenland verblijft, dan hebt u ook recht op de vergoeding van kosten van zorg zoals opgenomen in deze aanvullende verzekering. Onder tijdelijk verstaan wij een verblijf van maximaal 365 dagen.

Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands rekeningnummer. Wij gaan hierbij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Om de buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's maken wij gebruik van de historical rates van www.XE.com.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1

IZA Extra Zorg 2

IZA Extra Zorg 3

IZA Extra Zorg 4

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

Bijzonderheden

Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis dan vergoeden wij de kosten op basis van de laagste verpleegklasse.

GENEESKUNDIGE ZORG EN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ)

Artikel 25. Reconstructieve en/of cosmetische of esthetische chirurgie

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van:

- vormverbeterende ingreep na verminking door een ongeval of ziekte;
- bij een ernstige afwijking die bij de geboorte aanwezig en geconstateerd is of;
- voor het opheffen van objectieveerbare functiestoornissen voor zover het een indicatie betreft zoals hieronder vermeld.

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist.

Indicatie

1. Correctie van de bovenoogleden of levatorplastiek:
 - als de pupil eenderde wordt bedekt door de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi als u recht vooruit kijkt, of;
 - als er een duidelijke beperking van het zijwaartse gezichtsveld is. Dit blijkt uit een uitgesproken hangen van het bovenooglid of overhangende huidplooi aan de zijkant van het oog, of;
 - bij aantoonbare onbehandelbaar smetten in de huidplooi van het bovenooglid.
2. Het operatief plaatsen of het operatief vervangen van een borstprothese anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie als er geen recht bestaat op een vergoeding op grond van uw zorgverzekering.
3. Het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.
4. Buikwandcorrectie als sprake is van een overhangende buikhuidplooi waarbij de diepte van de plooi – aan de binnenzijde gemeten – 6 cm of meer bedraagt, waarbij smetten aannemelijk is. Uw BMI mag niet hoger zijn dan 35 ($BMI \leq 35$).
5. Correctie van flaporen bij verzekerden in de leeftijd tot 18 jaar.

Toestemming

U hebt voor de indicaties 1 tot en met 4 vooraf onze toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een medische verklaring en een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen waarin de aard en omvang van de afwijking wordt vermeld en de toe te passen behandeling. Voor het aanvragen van toestemming voor de correctie van bovenoogleden of levatorplastiek, vragen wij u ook een foto mee te sturen (gemaakt door het ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum of uzelf) waarop de afwijking, zoals omschreven onder 'Indicatie', goed zichtbaar is.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Alleen voor de behandeling onder indicatie 1: als u gebruikmaakt van een door ons gecontracteerde zorgaanbieder: volledig. Als u gebruikmaakt van een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder: maximaal € 1.500
IZA Extra Zorg 2	Alleen voor de behandeling onder indicatie 1: als u gebruikmaakt van een door ons gecontracteerde zorgaanbieder: volledig. Als u gebruikmaakt van een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder: maximaal € 1.500
IZA Extra Zorg 3	Als u gebruikmaakt van een door ons gecontracteerde zorgaanbieder: volledig voor alle indicaties. Als u gebruikmaakt van een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder: voor de behandeling onder indicatie 1: maximaal € 1.500 voor de behandeling onder indicatie 2: maximaal € 2.000 voor de behandeling onder indicatie 3: maximaal € 1.500 voor de behandeling onder indicatie 4: maximaal € 2.500 voor de behandeling onder indicatie 5: maximaal € 2.300
IZA Extra Zorg 4	Als u gebruikmaakt van een door ons gecontracteerde zorgaanbieder: volledig voor alle indicaties. Als u gebruikmaakt van een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder: voor de behandeling onder indicatie 1: maximaal € 1.500 voor de behandeling onder indicatie 2: maximaal € 2.000 voor de behandeling onder indicatie 3: maximaal € 1.500 voor de behandeling onder indicatie 4: maximaal € 2.500 voor de behandeling onder indicatie 5: maximaal € 2.300

Bijzonderheden

1. Als geen sprake is van één van bovengenoemde medische indicaties hebt u geen recht op vergoeding van de kosten. Als er naar ons oordeel bijzondere medische omstandigheden zijn, kunnen wij een vergoeding verlenen tot maximaal 50% van de kosten van de behandeling.
2. Correctie van verlamde of verslakte bovenoogleden is opgenomen in de zorgverzekering als door verlamming of verslapping sprake is van een ernstige gezichtsveldbeperking, of als de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening,

Artikel 26. Sterilisatie en hersteloperatie van sterilisatie

Omschrijving

(Vergoeding van de kosten van) sterilisatie en een hersteloperatie van sterilisatie.

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist of - als het om een vasectomie (sterilisatie van de man) gaat - een huisarts.

Vergoeding	
IZA Extra Zorg 1	Geen vergoeding
IZA Extra Zorg 2	Geen vergoeding
IZA Extra Zorg 3	Als u gebruikmaakt van een door ons gecontracteerde zorgaanbieder: volledig. Als u gebruikmaakt van een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder: maximaal € 1.500 voor sterilisatie vrouw maximaal € 800 voor sterilisatie man maximaal € 2.500 voor hersteloperatie sterilisatie vrouw maximaal € 1.500 voor hersteloperatie sterilisatie man
IZA Extra Zorg 4	Als u gebruikmaakt van een door ons gecontracteerde zorgaanbieder: volledig. Als u gebruikmaakt van een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder: maximaal € 1.500 voor sterilisatie vrouw maximaal € 800 voor sterilisatie man maximaal € 2.500 voor hersteloperatie sterilisatie vrouw maximaal € 1.500 voor hersteloperatie sterilisatie man

Artikel 27. Cogmed

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van Cogmed voor verzekerden tot 18 jaar met een werkgeheugenprobleem of een leerprobleem veroorzaakt door ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) of ADD (Attention Deficit Disorder). De vergoeding van de methode betreft behandeling en licentiekosten.

Wie mag de zorg verlenen

Psychotherapeut, klinisch (neuro)psycholoog, psychiater, gezondheidszorgpsycholoog, kind- en jeugdpsycholoog die is ingeschreven in het register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) of orthopedagoog-generalist die is ingeschreven in het register van de Nederlandse vereniging voor pedagogen en onderwijskundigen (NVO). De behandelaar moet gecertificeerd zijn als Cogmed-coach. Kijk op de website welke Cogmed-coach de zorg mag verlenen.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Geen
IZA Extra Zorg 2	Geen
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 400 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 400 per kalenderjaar

Artikel 28. Neurofeedback

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van neurofeedback voor verzekerden tot 18 jaar met een diagnose ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) of ADD (Attention Deficit Disorder).

Wie mag de zorg verlenen

Psychotherapeut, klinisch (neuro)psycholoog, psychiater, kind- en jeugdpsycholoog en gezondheidszorgpsycholoog die is ingeschreven als neurofeedbackbehandelaar in het neurofeedbackregister van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist.

Vergoeding	
IZA Extra Zorg 1	Geen
IZA Extra Zorg 2	Geen
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 1.000 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 1.000 per kalenderjaar

Artikel 29. Mindfulness bij burn-out klachten

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van een 8 weekse training Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Bij deze therapieën wordt de wetenschappelijke kennis uit de medische biologie en psychologie gecombineerd met meditatie en yoga.

Wie mag de zorg verlenen

Mindfulnesstrainers aangesloten bij de beroepsvereniging VMBN (Vereniging Mindfulness Based Nederland) en vallend onder categorie 1. U kunt deze trainers vinden op de website van deze vereniging (www.vmbn.nl).

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of bedrijfsarts.

Indicatie

Burn-out klachten.

Vergoeding	
IZA Extra Zorg 1	Maximaal € 350 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 2	Maximaal € 350 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 350 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 350 per kalenderjaar

Artikel 30. Seksuologische zorg

Omschrijving

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

Wie mag de zorg verlenen

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

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of bedrijfsarts.

Vergoeding	
IZA Extra Zorg 1	Maximaal € 60 per zitting tot maximaal 4 zittingen per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 2	Maximaal € 60 per zitting tot maximaal 4 zittingen per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 60 per zitting tot maximaal 4 zittingen per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 60 per zitting tot maximaal 4 zittingen per kalenderjaar

Bijzonderheden

Een zitting duurt minimaal 60 minuten.

GENEESMIDDELEN EN VITAMINES

Artikel 31. Geneesmiddelen

Omschrijving

Vergoeding van de eigen bijdragen die volgens het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) verschuldigd zijn voor geneesmiddelen die worden vergoed vanuit de zorgverzekering.

Wie mag de zorg leveren

Apotheker of apotheekehoudend huisarts.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Geen vergoeding
IZA Extra Zorg 2	Maximaal € 100 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 250 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 1.250 per kalenderjaar

Artikel 32. Vitamines

Omschrijving

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

Wie mag de zorg leveren

Apotheker of apotheekehoudend huisarts.

Recept (voorschrift)

Behandelend arts.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Geen vergoeding
IZA Extra Zorg 2	Geen vergoeding
IZA Extra Zorg 3	Volledig
IZA Extra Zorg 4	Volledig

HUIDBEHANDELINGEN

Artikel 33. Acnebehandeling

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van behandeling van ernstige vorm van acne en behandeling van acnelittekens in het gezicht.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgaanbieder. De aangewezen zorgaanbieders zijn opgenomen in Vergelijk en Kies. U vindt Vergelijk en Kies op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder die niet is opgenomen in Vergelijk en Kies? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Maximaal € 26 per behandeling voor maximaal 15 behandelingen per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 2	
IZA Extra Zorg 3	
IZA Extra Zorg 4	

Artikel 34. Camouflagetherapie

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van behandeling, inclusief de benodigde middelen van zichtbare aandoeningen in het gelaat en/of hals die niet operatief kunnen worden verwijderd.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgaanbieder. De aangewezen zorgaanbieders zijn opgenomen in Vergelijk en Kies. U vindt Vergelijk en Kies op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder die niet is opgenomen in Vergelijk en Kies? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Maximaal € 200 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 2	Maximaal € 200 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 250 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 500 per kalenderjaar

Artikel 35. Ontharen (epilatie)

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van behandeling gericht op het definitief verwijderen van extreme haargroei in het gelaat van een vrouw.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgaanbieder. De aangewezen zorgaanbieders zijn opgenomen in Vergelijk en Kies. U vindt Vergelijk en Kies op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder die niet is opgenomen in Vergelijk en Kies? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Maximaal € 600 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
IZA Extra Zorg 2	Maximaal € 600 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 1.000 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 1.500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

HUISHOUDELIJKE HULP

Artikel 36. Huishoudelijke hulp vanaf 18 jaar

Omschrijving

Hulp bij het huishouden in Nederland aansluitend op uw ziekenhuisopname van minimaal 24 uur.

Wie mag de hulp leveren

Een door ons gecontracteerde organisatie. Voor het aanvragen van huishoudelijke hulp kunt u tijdens kantooruren contact opnemen met IZA Zorgadvies en bemiddeling.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Geen vergoeding
IZA Extra Zorg 2	Maximaal 6 uur per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 3	Maximaal 12 uur per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 4	Maximaal 14 uur per kalenderjaar

Bijzonderheden

1. De huishoudelijke hulp wordt binnen twee werkdagen na ontvangst van uw aanvraag door IZA Zorgadvies en bemiddeling geboden bij u thuis, tenzij u de hulp op een later moment wilt. De huishoudelijke hulp start uiterlijk binnen 4 weken na afloop van de ziekenhuisopname en moet gedurende een periode van maximaal 2 maanden aaneengesloten ingepland worden.
2. De hulp wordt geleverd op uw woonadres, zoals dat bij ons bekend is.
3. Onder huishoudelijke hulp wordt niet verstaan verpleegkundig of medisch handelen of lichamelijke verzorging.
4. De eigen bijdrage uit de Wet maatschappelijk ondersteuning en de Wet langdurige zorg vergoeden wij niet.

HULPMIDDELEN

Artikel 37. Brillen, contactlenzen, ooglaserbehandeling of lensimplantatie

Omschrijving

1. Een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van contactlenzen en/of brillenglazen op sterkte, inclusief bijbehorende brilmonturen en de kosten van aanmeting;
2. Vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage als de brillenglazen of filterglazen ten laste van de zorgverzekering zijn verstrekt voor verzekerden jonger dan 18 jaar;
3. Een tegemoetkoming in de kosten van een ooglaserbehandeling of een lensimplantatie. De vergoeding geldt ook voor de meerkosten van een multifocale of torische lens bij een cataractoperatie (staaroperatie).

Wie mag de zorg verlenen

Voor de zorg, zoals beschreven onder Omschrijving, punt 3: de oogarts.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Geen vergoeding
IZA Extra Zorg 2	Voor de kosten onder omschrijving punt 1, 2 en 3 samen: voor verzekerden vanaf 17 jaar maximaal € 100 per 2 kalenderjaren. Voor de kosten onder omschrijving punt 1 en 2 samen: voor verzekerden tot en met 16 jaar maximaal € 100 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 3	Voor de kosten onder omschrijving punt 1, 2 en 3 samen: voor verzekerden vanaf 17 jaar maximaal € 200 per 2 kalenderjaren. Voor de kosten onder omschrijving punt 1 en 2 samen: voor verzekerden tot en met 16 jaar maximaal € 200 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 4	Voor de kosten onder omschrijving punt 1, 2 en 3 samen: voor verzekerden vanaf 17 jaar maximaal € 225 per 2 kalenderjaren. Voor de kosten onder omschrijving punt 1 en 2 samen: voor verzekerden tot en met 16 jaar maximaal € 225 per kalenderjaar

Bijzonderheden

1. Bij een staaroperatie wordt binnen de genoemde periode van 2 kalenderjaren 1 extra bril of 1 paar contactlenzen vergoed tot het maximumbedrag zoals dat geldt voor uw aanvullende verzekering.
2. De periode van 2 kalenderjaren omvat het kalenderjaar waarin de behandeling of aanschaf plaatsvond en het hieraan voorafgaande kalenderjaar.
3. De kosten van aanmeten van een bril of contactlenzen worden niet afzonderlijk betaald. De kosten voor het aanmeten maken onderdeel uit van de aanschaf.

Artikel 38. Hoortoestellen

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten voor de aanschaf van een hoortoestel volgens de Regeling zorgverzekering. De tegemoetkoming is het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt en de vergoeding die u ontvangt vanuit de zorgverzekering.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Maximaal € 110 per hoortoestel
IZA Extra Zorg 2	Maximaal € 200 per hoortoestel
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 250 per hoortoestel
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 350 per hoortoestel

Artikel 39. Hand- en/of vingerspalk

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van een hand- en/of vingerspalk. De hand- en/of vingerspalk wordt tijdelijk ingezet als onderdeel van een behandeling om een gewricht te stabiliseren, te ondersteunen en/of te corrigeren.

Wie mag de zorg leveren

Een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Maximaal 2 hand- of vingerspalken per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 2	Maximaal 2 hand- of vingerspalken per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 3	Maximaal 2 hand- of vingerspalken per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 4	Maximaal 2 hand- of vingerspalken per kalenderjaar

Bijzonderheden

1. De gecontracteerde zorgaanbieder beoordeelt of uw spalk voor vergoeding in aanmerking komt.
2. De aanschafkosten van een orthese/spalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport krijgt u niet vergoed.

Artikel 40. Plaswekker

Omschrijving

Vergoeding van de (huur)kosten van een plaswekker in verband met nachtelijk bedplassen voor verzekerden van 6 tot 18 jaar, inclusief de eventueel benodigde bandages.

[Uw zorgaanbieder weet welke plaswekker voor vergoeding in aanmerking komt.](#)

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van
Huisarts of medisch specialist.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Een plasweccker voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
IZA Extra Zorg 2	Een plasweccker voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
IZA Extra Zorg 3	Een plasweccker voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
IZA Extra Zorg 4	Een plasweccker voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

Artikel 41. Pruiken en andere hoofdbedekkingen

41.1. Pruiken

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten voor de aanschaf van een pruik volgens de Regeling zorgverzekering. De tegemoetkoming is het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt en de vergoeding die u ontvangt vanuit de zorgverzekering.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Maximaal € 125
IZA Extra Zorg 2	Maximaal € 250
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 350
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 525

Bijzonderheden

U kunt kiezen uit een tegemoetkoming in de kosten voor een pruik óf een tegemoetkoming in de kosten voor andere hoofdbedekkingen.

41.2. Andere hoofdbedekkingen

Omschrijving

Als u een indicatie hebt voor een pruik, dan kunt u kiezen voor een tegemoetkoming in de kosten voor de aanschaf van een andere hoofdbedekking. U kunt in plaats van een pruik kiezen voor sjaals, hoofddoekjes, bandana's, buffs en mutssja's.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Maximaal € 25
IZA Extra Zorg 2	Maximaal € 50
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 75
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 100

Bijzonderheden

U kunt kiezen uit een tegemoetkoming in de kosten voor een pruik óf een tegemoetkoming in de kosten voor andere hoofdbedekkingen.

Artikel 42. Steunpessarium

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van een pessarium, inclusief vergoeding van de kosten van het plaatsen. Het pessarium houdt bij een verzakking de blaas en/of baarmoeder op de normale plaats.

Voorschrift

Huisarts of medisch specialist.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Geen vergoeding
IZA Extra Zorg 2	Geen vergoeding
IZA Extra Zorg 3	Volledig
IZA Extra Zorg 4	Volledig

Artikel 43. Steunzolen en therapiezolen

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van maatwerk inlegzolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen. U hebt ook recht op vergoeding van de kosten van reparatie en aanpassing van de zolen.

Wie mag de zolen leveren

Podotherapeut, orthopedisch(e) schoenmaker(ij) (SEMH-OSB), werkplaats (SEMH-OIM) of podoposturaal therapeut. SEMH staat voor Stichting Erkenning Medische Hulpmiddelen, OSB staat voor Orthopedisch Schoen-technische Bedrijven en OIM staat voor Orthopedische Instrument Makerijen.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Maximaal € 125 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 2	Maximaal € 150 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 225 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 250 per kalenderjaar

Artikel 44. Steun-/compressiekousen

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van steun-/compressiekousen drukklasse 1.

Voorschrift

Huisarts of medisch specialist.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Maximaal 4 paar per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 2	Maximaal 4 paar per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 3	Maximaal 4 paar per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 4	Maximaal 4 paar per kalenderjaar

Artikel 45. ADL-Hulpmiddelen

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van ADL-Hulpmiddelen. Dit zijn hulpmiddelen voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen, zoals bijvoorbeeld de kleine hulpmiddelen die nodig zijn om uzelf te kunnen wassen, aankleden en drogen, voor de toiletgang en kleine hulpmiddelen bij het koken en eten. Een volledige lijst met hulpmiddelen die wij vergoeden vindt u op onze website.

Wie mag de zorg verlenen

Leverancier van hulpmiddelen.

Indicatie

Een ernstige gewrichtsaandoening of langdurige neurologische stoornis.

Verwijsbrief nodig van

Ergotherapeut. De ergotherapeut beoordeelt welke ADL-Hulpmiddelen voor u het meest geschikt zijn.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Maximaal € 70 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 2	Maximaal € 70 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 70 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 70 per kalenderjaar

ORTHODONTIE

Artikel 46. Orthodontische zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

Indicatie

1. Een orthodontische afwijking door een recent trauma (ongeval) of chirurgische ingreep (geen extractie) als de noodzaak tot behandeling het directe gevolg is van dat trauma of die ingreep.
2. Een orthodontische afwijking door geretineerde frontelementen als er een noodzaak aanwezig is van een gecombineerde chirurgische/orthodontische behandeling.
3. Overige orthodontische zorg.

Wie mag de zorg verlenen

Orthodontist of tandarts.

Toestemming

U hebt voor de indicaties onder 1 en 2 vooraf onze toestemming nodig.

Vergoeding

Orthodontische behandeling bij indicatie 1 en 2

IZA Extra Zorg 1	100% van de kosten
IZA Extra Zorg 2	100% van de kosten
IZA Extra Zorg 3	100% van de kosten
IZA Extra Zorg 4	100% van de kosten

Overige orthodontische behandelingen (indicatie 3)

IZA Extra Zorg 1	Geen vergoeding
IZA Extra Zorg 2	Maximaal € 1.500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 2.000 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 2.500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

Artikel 47. Orthodontische zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

Indicatie

1. Een orthodontische afwijking door een recent trauma (ongeval) of chirurgische ingreep (geen extractie) als de noodzaak tot behandeling het directe gevolg is van dat trauma of die ingreep.
2. Een orthodontische afwijking door geretineerde frontelementen als er een noodzaak aanwezig is van een gecombineerde chirurgische/orthodontische behandeling.
3. Overige orthodontische zorg.

Wie mag de zorg verlenen

Orthodontist of tandarts.

Toestemming

U hebt voor de indicaties onder 1 en 2 vooraf onze toestemming nodig.

Vergoeding

Orthodontische behandeling bij indicatie 1 en 2

IZA Extra Zorg 1	100% van de kosten
IZA Extra Zorg 2	100% van de kosten
IZA Extra Zorg 3	100% van de kosten
IZA Extra Zorg 4	100% van de kosten

Overige orthodontische behandelingen (indicatie 3)

IZA Extra Zorg 1	Geen vergoeding
IZA Extra Zorg 2	Maximaal € 500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 750 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 1.000 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

PARAMEDISCHE ZORG

Artikel 48. Diëtetiek

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden. Vanuit de zorgverzekering hebt u aanspraak op 3 behandeluren diëtetiek. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling daarop.

Hebt u diabetes mellitus type 2, COPD (chronisch obstructieve longziekte), een verhoogd vasculair risico of astma (als u 16 jaar ouder bent) en ontvangt u hiervoor zorg via een zorgprogramma zoals omschreven in de verzekeringsvoorwaarden van de IZA Eigen Keuze of de IZA Ruime Keuze? Dan wordt de diëtetiek voor deze en gerelateerde aandoeningen via dit zorgprogramma geleverd en hebt u geen recht op de vergoeding uit dit artikel.

Wie mag de zorg verlenen

Diëtist. Een overzicht van de door ons gecontracteerde diëtisten kunt u vinden op onze website.

Gaat u naar een diëtist waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling in de 'Lijst maximale vergoedingen niet gecontracteerde zorgaanbieders'. Deze lijst vindt u op onze website.

Waar mag de zorg worden verleend

De zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Maximaal 2 behandelingen per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 2	Maximaal 4 behandelingen per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 3	Maximaal 6 behandelingen per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 4	Maximaal 8 behandelingen per kalenderjaar

Artikel 49. Fysiotherapie en oefentherapie voor verzekerden tot 18 jaar

Omschrijving

(Vergoeding van de kosten van) fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck.

Wie mag de zorg verlenen

1. Fysiotherapie: fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut. Een gespecialiseerde fysiotherapeut is een kinderfysiotherapeut, heilgymnast-masseur, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut en de manueel therapeut. De gespecialiseerde fysiotherapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of in het register van het Keurmerk Fysiotherapie;
2. Oedeemtherapie: oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut. De oedeem(fysio)therapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of in het register van het Keurmerk Fysiotherapie. De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP);
3. Oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP). Dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut.

Waar mag de zorg worden verleend

De zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Niet-chronische aandoeningen: maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar. Wordt de zorg verleend door een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan gelden de maximumbedragen per behandeling zoals vermeld op onze website.
IZA Extra Zorg 2	Niet-chronische aandoeningen: maximaal 24 behandelingen per kalenderjaar. Wordt de zorg verleend door een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan gelden de maximumbedragen per behandeling zoals vermeld op onze website.
IZA Extra Zorg 3	Niet-chronische aandoeningen: maximaal 32 behandelingen per kalenderjaar. Wordt de zorg verleend door een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan gelden de maximumbedragen per behandeling zoals vermeld op onze website.
IZA Extra Zorg 4	Niet-chronische aandoeningen: maximaal 42 behandelingen per kalenderjaar. Wordt de zorg verleend door een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan gelden de maximumbedragen per behandeling zoals vermeld op onze website.

De door ons gecontracteerde zorgaanbieders zijn opgenomen op onze website.

Bijzonderheden

1. U hebt 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. Wordt u behandeld voor een aandoening (chronische aandoening) die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering) dan hebt u aanspraak op alle behandelingen vanuit de zorgverzekering.
2. Als meerdere vormen van fysiotherapie naast elkaar worden verleend voor dezelfde aandoening wordt slechts vergoeding verleend voor één vorm van fysiotherapie.
3. Een eenmalig (oefen)therapeutisch onderzoek wordt vergoed op basis van 2 behandelingen individuele fysiotherapie en verstrekte hulpmiddelen worden eenmaal per kalenderjaar vergoed tot maximaal € 26.
4. U hebt geen recht op (vergoeding van de kosten van) behandelingen die niet als fysiotherapie of oefentherapie worden beschouwd. Voorbeelden hiervan zijn:
 - arbocuratieve of re-integratietrajecten;
 - behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

Artikel 50. Fysiotherapie en oefentherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving

(Vergoeding van de kosten van) fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck.

Wie mag de zorg verlenen

1. Fysiotherapie: fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut. Een gespecialiseerde fysiotherapeut is een kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut en de manueel therapeut. De gespecialiseerde fysiotherapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of in het register van het Keurmerk Fysiotherapie;
2. Oedeemtherapie: oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut. De oedeem(fysio)therapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of in het register van het Keurmerk Fysiotherapie. De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP);
3. Oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP). Dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut;

Let op

Wij hebben voor fysiotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde zorgaanbieders gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.

Waar mag de zorg worden verleend

De zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1

Chronische aandoeningen: de eerste 20 behandelingen per aandoening.
Niet-chronische aandoeningen: maximaal 12 behandelingen per kalenderjaar.
Wordt de zorg verleend door een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan gelden de maximumbedragen per behandeling zoals vermeld op onze website.

IZA Extra Zorg 2	<p>Chronische aandoeningen: de eerste 20 behandelingen per aandoening.</p> <p>Niet-chronische aandoeningen: maximaal 24 behandelingen per kalenderjaar.</p> <p>Wordt de zorg verleend door een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan gelden de maximumbedragen per behandeling zoals vermeld op onze website.</p>
IZA Extra Zorg 3	<p>Chronische aandoeningen: de eerste 20 behandelingen per aandoening.</p> <p>Niet-chronische aandoeningen: maximaal 32 behandelingen per kalenderjaar.</p> <p>Wordt de zorg verleend door een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan gelden de maximumbedragen per behandeling zoals vermeld op onze website.</p>
IZA Extra Zorg 4	<p>Chronische aandoeningen: de eerste 20 behandelingen per aandoening.</p> <p>Niet-chronische aandoeningen: maximaal 42 behandelingen per kalenderjaar.</p> <p>Wordt de zorg verleend door een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan gelden de maximumbedragen per behandeling zoals vermeld op onze website.</p>

De door ons gecontracteerde zorgaanbieders zijn opgenomen op onze website.

Bijzonderheden

1. Chronische aandoeningen:
 - u hebt recht op vergoeding van de eerste twintig behandelingen tot maximaal het aantal behandelingen in uw aanvullende verzekering. Vanaf de 21e behandeling hebt u recht op vergoeding van de kosten vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een verwijzing van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en onze toestemming vereist. Deze chronische aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).
2. Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie vanaf 18 jaar:
 - vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie geldt vanaf de tiende behandeling. De eerste negen behandelingen komen ten laste van de zorgverzekering;
3. Perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen):
 - vergoeding van de kosten van deze behandeling geldt vanaf de 38e behandeling. De eerste 37 behandelingen, gedurende maximaal 12 maanden, komen ten laste van de zorgverzekering.
4. Als meerdere vormen van fysiotherapie naast elkaar worden verleend voor dezelfde aandoening wordt slechts vergoeding verleend voor 1 vorm van fysiotherapie.
5. Een eenmalig (oefen)therapeutisch onderzoek wordt vergoed op basis van 2 behandelingen individuele fysiotherapie.
6. U hebt geen recht op (vergoeding van de kosten van) behandelingen die niet als fysiotherapie of oefentherapie worden beschouwd. Voorbeelden hiervan zijn:
 - 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 51. Groepszwemmen voor reumapatiënten

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van therapeutisch zwemmen voor reumapatiënten met meerdere reumapatiënten tegelijk in extra verwarmd water.

Wie mag het zwemmen verzorgen

Fysiotherapeut.

Verwijsbrief nodig van
Medisch specialist.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Volledig
IZA Extra Zorg 2	Volledig
IZA Extra Zorg 3	Volledig
IZA Extra Zorg 4	Volledig

Artikel 52. Hulp door een podotherapeut of pedicure

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van:

1. Behandelingen van voetafwijkingen te weten huid- en nagelaandoeningen of problemen aan het steun- en bewegingsapparaat van de voet;
2. Voetbehandelingen voor verzekerden met reumatoïde artritis;
3. Voetbehandelingen voor verzekerden met diabetes mellitus met zorgprofiel 1. Dit betreft behandelingen met het doel (pijn)klachten door huid- en nagelaandoeningen en/of overmatige druk op voet of nagels te verminderen om wonden te voorkomen. Deze voetbehandelingen omvatten geen voetverzorging zoals het verwijderen van eelt om puur cosmetische of verzorgende redenen en algemene nagelverzorging zoals het knippen van nagels.

Wie mag de zorg verlenen

Podotherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVVP) en is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Voetbehandelingen van de reumatische of diabetes voet mogen ook worden uitgevoerd door een pedicure met aantekening 'reumatische voet' (bij de reumatische voet) of 'Diabetes voet' (bij de diabetes voet), of medisch pedicure, die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Voor alle zorg samen: maximaal € 125 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 2	Voor alle zorg samen: maximaal € 250 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 3	Voor alle zorg samen: maximaal € 250 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 4	Voor alle zorg samen: maximaal € 350 per kalenderjaar

Bijzonderheden

1. De vergoeding van de kosten voor podotherapie is inclusief de door de podotherapeut voorgeschreven hulpmiddelen, met uitzondering van steunzolen en therapiezolen. De vergoeding van de kosten van steunzolen en therapiezolen is opgenomen in artikel 43.
2. U hebt recht op bepaalde voetzorg bij diabetes mellitus op grond van uw zorgverzekering. Het gaat om de jaarlijkse voetcontrole, voetverzorgingsadviezen, meer frequent gericht voetonderzoek en diabetische voetbehandelingen vanaf zorgprofiel 2 en hoger. U vindt deze voetzorg in de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering.
3. Op de nota dient uw podotherapeut of pedicure het zorgprofiel vermelden.
4. De vermelde zorgprofielen zijn beschreven in de Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera. Zorgprofielen geven inzicht in de voetzorg die nodig is op basis van een risico-indeling van patiënten met diabetes mellitus. De Zorgmodule vindt u op onze website. Uw huisarts kan u vertellen welk zorgprofiel u hebt.

PREVENTIE

Artikel 53. Anticonceptiemiddelen

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder die op grond van de Regeling zorgverzekering mogen worden verstrekt zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium.

Wie mag de zorg leveren

Apotheker of apotheehoudend huisarts.

Recept (op voorschrift van)

Huisarts, verloskundige of medisch specialist voor het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)
IZA Extra Zorg 2	Maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)
IZA Extra Zorg 3	Maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)
IZA Extra Zorg 4	Volledig

De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals bijvoorbeeld een spiraaltje worden, ongeacht uw leeftijd, vergoed vanuit de zorgverzekering.

Bent u jonger dan 21 jaar? Dan hebt u recht op (vergoeding van de kosten van) anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium vanuit de zorgverzekering.

Artikel 54. Cursussen

Omschrijving

1. Vergoeding van de kosten van cursussen die erop gericht zijn uw gezondheid te bevorderen en gezondheidsklachten te voorkomen door verbetering van uw levensstijl. Bijvoorbeeld cursussen gericht op:
 - gezonde voeding;
 - eerste hulp aan kinderen;
 - reanimatie.

Verzorgd door

Thuiszorgorganisatie of GGD. De eerste hulp aan kinderen moet worden verzorgd door een organisatie die werkt volgens de richtlijnen van het Oranje Kruis. Kijk voor het cursusaanbod bij u in de buurt op www.ehbo.nl

De reanimatiecursus moet worden verzorgd door een instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR).

2. Vergoeding van de kosten van cursussen die erop gericht zijn te leren omgaan met een ziekte en/of aandoening bijvoorbeeld leren omgaan met diabetes, reuma, astma of dementie.

Verzorgd door

Thuiszorgorganisatie, GGD, RIAGG of patiëntenvereniging aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF).

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Voor alle cursussen samen: maximaal € 125 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 2	Voor alle cursussen samen: maximaal € 150 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 3	Voor alle cursussen samen: maximaal € 200 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 4	Voor alle cursussen samen: maximaal € 250 per kalenderjaar

Artikel 55. Stoppen met roken

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van een cursus stoppen met roken.

Wie mag de cursus verzorgen

Allen Carr, het Rook-Stop-Plan van Mediq of georganiseerd door de GGD.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Geen vergoeding
IZA Extra Zorg 2	Geen vergoeding
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 150 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 250 per kalenderjaar

Artikel 56. Leefstijl Check

Omschrijving

Integrale medische Leefstijl Check met als doel het voorkomen of vroegtijdig opsporen van ziekten en aandoeningen gevolgd door een advies.

De check bestaat uit de volgende onderzoeken:

- algemene vragenlijst over uw gezondheid;
- meting bloeddruk, buikomvang en BMI (Body Mass Index);
- bloedonderzoek: cholesterol en glucose;
- urineonderzoek: eiwit, bloed en glucose;
- longfunctietest;
- audiologische screening;
- visusonderzoek;
- fietstest;
- persoonlijk leefstijlgesprek met een leefstijlcoach;
- schriftelijke eindrapportage met een advies en de uitslag van de onderzoeken.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Eenmaal per 2 kalenderjaren
IZA Extra Zorg 2	Eenmaal per 2 kalenderjaren
IZA Extra Zorg 3	Eenmaal per 2 kalenderjaren
IZA Extra Zorg 4	Eenmaal per 2 kalenderjaren

Bijzonderheden

1. De kosten worden niet vergoed als de Leefstijl Check onderdeel is van het Preventief Medisch Onderzoek van werkenden (PMO) volgend uit de Arbeidsomstandighedenwet.
2. De periode van 2 kalenderjaren omvat het kalenderjaar waarin de behandeling of aanschaf plaatsvond en het hieraan voorafgaande kalenderjaar.

Artikel 57. Griepvaccinatie

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van de seizoensgebonden griepvaccinatie als u niet tot de risicogroep behoort die via het Nederlandse Programma Grieppreventie in aanmerking komt voor een griepvaccinatie.

Wie mag de zorg verlenen

Huisarts of medisch specialist.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Volledig
IZA Extra Zorg 2	Volledig
IZA Extra Zorg 3	Volledig
IZA Extra Zorg 4	Volledig

Artikel 58. Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen in verband met vakantie

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van noodzakelijke consulten, vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van ziektes in verband met vakantie in het buitenland.

Wie mag de zorg verlenen

Vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken met een (huis)arts die een LCR-registratie en gelekoortsregistratie heeft. De adressen vindt u op de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (www.lcr.nl). U ziet op deze website ook of uw arts een gelekoortsregistratie heeft.

De vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen mogen rechtstreeks door deze vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken geleverd worden. Op voorschrift van de vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken mogen ook apothekers en apotheekehoudende huisartsen deze geneesmiddelen leveren.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Maximaal € 75 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 2	Maximaal € 100 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 175 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 175 per kalenderjaar

Artikel 59. Sportgeneeskundige hulp

Omschrijving

Behandelingen, consulten en sportkeuringen.

Wie mag de zorg verlenen

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

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Maximaal € 100 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 2	Maximaal € 125 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 250 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 250 per kalenderjaar

Artikel 60. Vervangende mantelzorg

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van tijdelijke overname van de zorg van een mantelzorger met het doel om die mantelzorger vrijaf te geven. U kunt deze zorg inzetten als u mantelzorg ontvangt of mantelzorger bent. De gecontracteerde organisatie bepaalt of een vervangende mantelzorger kan voorzien in uw zorgvraag. De vervangende mantelzorg kan aangevraagd worden voor een minimum van 3 dagen.

Wie mag de vervangende mantelzorg leveren

Een door ons gecontracteerde organisatie. De gecontracteerde organisaties zijn opgenomen op onze website.

Gaat u naar een organisatie waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Maximaal 5 dagen per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 2	Maximaal 7 dagen per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 3	Maximaal 21 dagen per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 4	Maximaal 21 dagen per kalenderjaar

Let op

Wanneer u voor de eerste keer een aanvraag doet, doe dit dan 8 weken voordat u of uw mantelzorger graag een paar dagen weg zou willen. Deze tijd is nodig om alles zo zorgvuldig mogelijk te organiseren.

Artikel 61. Mantelzorgmakelaar

Omschrijving

Een mantelzorgmakelaar zorgt tijdelijk voor professionele ondersteuning van de mantelzorger. Een mantelzorgmakelaar kan in overleg met de mantelzorger tijdelijk en ter voorkoming van overbelasting regeltaken op het gebied van zorg, welzijn of financiën overnemen. De mantelzorger houdt de regie. U kunt de mantelzorgmakelaar inschakelen als u mantelzorg ontvangt of mantelzorger bent. De mantelzorgmakelaar stelt het aantal benodigde uren vast.

Wie mag de zorg verlenen

Voor vragen over mantelzorg kunt u tijdens kantooruren contact opnemen met IZA Zorgadvies en bemiddeling. Onze medewerkers kunnen u zo nodig verwijzen naar een zelfstandig werkend mantelzorgmakelaar ingeschreven in het landelijk Centraal Kwaliteitsregister van Mantelzorgmakelaars van de Beroepsvereniging voor Mantelzorgmakelaars (BMZM). Gaat u zonder verwijzing van IZA Zorgadvies en bemiddeling naar een mantelzorgmakelaar? Of gaat u naar een mantelzorgmakelaar die niet als zelfstandig werkend mantelzorgmakelaar is ingeschreven in het landelijk Centraal Kwaliteitsregister van Mantelzorgmakelaar van de BMZM? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Maximaal € 250 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 2	Maximaal € 500 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 750 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 750 per kalenderjaar

Bijzonderheden

De diensten die een mantelzorgmakelaar verleent, komen eenmaal voor vergoeding in aanmerking. De verleende diensten kunnen niet worden gedeclareerd door zowel de mantelzorger als degene die de mantelzorg ontvangt.

U verzorgt uw vader die ook bij IZA is verzekerd. U of uw vader kan de kosten van de mantelzorgmakelaar declareren. Niet allebei.

Artikel 62. Valpreventie

Omschrijving

Een cursus valpreventie leert u hoe u vallen kunt voorkomen. Daarnaast krijgt u balustraining en leert u vallen onder veilige omstandigheden.

Voor wie

Een training valpreventie is voor mensen die moeite hebben met bewegen of lopen, bang zijn om te vallen of al een keer zijn gevallen. Kijk op onze website voor meer informatie.

Welke trainingen komen voor vergoeding in aanmerking

1. In Balans;
2. Vallen Verleden Tijd;
3. Zicht op Evenwicht.

Wie mag de training verzorgen

Een gecontracteerd fysiotherapeut of oefentherapeut die beschikt over een certificaat valtraining of een fysiotherapeut met een certificaat valtraining verbonden aan een thuiszorginstelling.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Één cursus voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering tot maximaal € 50
IZA Extra Zorg 2	Één cursus voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering tot maximaal € 50
IZA Extra Zorg 3	Één cursus voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering tot maximaal € 100
IZA Extra Zorg 4	Één cursus voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering tot maximaal € 150

Bijzonderheden

Na afloop van de cursus stuurt u ons een bewijs van deelname en de rekening samen met een declaratieformulier.

TANDHEELKUNDIGE ZORG

Artikel 63. Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg, die niet wordt vergoed vanuit de zorgverzekering.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts of mondhygiënist.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Maximaal € 100 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 2	Maximaal € 150 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 200 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 200 per kalenderjaar

Bijzonderheden

De kosten voor orthodontische zorg komen ten laste van artikel 47.

Artikel 64. Volledige gebitsprothesen (kunstgebitten)

Omschrijving

Vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor de volledige gebitsprothesen, zoals deze geldt vanuit de zorgverzekering. De vergoeding geldt ook voor de eigen bijdrage voor het rebasen (opvullen).

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	geen vergoeding
IZA Extra Zorg 2	20% van de eigen bijdrage vanuit de zorgverzekering tot maximaal € 250
IZA Extra Zorg 3	50% van de eigen bijdrage vanuit de zorgverzekering tot maximaal € 250
IZA Extra Zorg 4	100% van de eigen bijdrage vanuit de zorgverzekering

VERBLIJF

Artikel 65. Herstellingsoorden en zorghotels of meerdaagse vakantiereis

Omschrijving

(Vergoeding van de kosten van) verblijf in een herstellingsoord of zorghotel of een meerdaagse vakantiereis.

Wie mag de zorg verlenen

Voor een verblijf in een herstellingsoord of zorghotel moet u gebruikmaken van een door ons gecontracteerd herstellingsoord of zorghotel. De gecontracteerde herstellingsoorden en zorghotels zijn opgenomen op onze website. Kiest u voor een meerdaagse vakantiereis, dan moet u gebruikmaken van Stichting de Zonnebloem of het Rode Kruis.

Indicatie

Alleen voor een verblijf in een herstellingsoord of zorghotel:

1. aansluitend op ontslag uit een ziekenhuis of behandeling in een zelfstandig behandelcentrum als uw behandelingen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum helemaal zijn afgerond;
2. als uw mantelzorger overbelast is of tijdelijk wegvalt en er geen andere opvang thuis mogelijk is;
3. als u wilt herstellen van (mentale) overbelasting of burn-out.

Gaat u naar een herstellingsoord of zorghotel waarmee wij geen contract hebben gesloten of boekt u uw vakantiereis via een andere organisatie? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van

U hebt een verwijsbrief nodig van uw huisarts of medisch specialist als er sprake is van een herstel in verband met (mentale) overbelasting of burn-out (punt 3 van de indicatie).

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	50% van de kosten voor maximaal 6 weken
IZA Extra Zorg 2	75% van de kosten voor maximaal 6 weken
IZA Extra Zorg 3	75% van de kosten voor maximaal 6 weken
IZA Extra Zorg 4	75% van de kosten voor maximaal 6 weken

Artikel 66. Hospice

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van verblijf in een hospice/Bijna-Thuis-Huis als u ongeneeslijk ziek bent en niet meer thuis kunt worden verzorgd. Hier kunt u tot aan uw overlijden worden verzorgd.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons erkend hospice/Bijna-Thuis-Huis. Een overzicht van de erkende hospices/Bijna-Thuis-Huizen in uw regio vindt u in Vergelijk en Kies op onze website.

Gaat u naar een hospice/Bijna-Thuis-Huis dat niet door ons is erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Maximaal € 130 per dag
IZA Extra Zorg 2	Maximaal € 130 per dag
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 130 per dag
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 130 per dag

Artikel 67. Logeerhuis

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van overnachting in een logeerhuis. Als uw minderjarige kind wordt opgenomen in een ziekenhuis bestaat de mogelijkheid om bij hem in de buurt te overnachten. Dit kan in een Ronald McDonaldhuis, Kiwanishuis of logeerhuis dat verbonden is aan een in Nederland gelegen ziekenhuis.

Als u zelf dagbehandelingen moet ondergaan in een ziekenhuis kunt u ook in deze huizen overnachten. De dagbehandelingen moeten op aaneengesloten dagen plaatsvinden.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Maximaal € 18 per dag
IZA Extra Zorg 2	Maximaal € 35 per dag
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 35 per dag
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 35 per dag

Artikel 68. Verblijf in Gasthuis Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of familiehuis Daniël den Hoed

Omschrijving

Als u poliklinisch onder behandeling bent in het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of Daniël den Hoed dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van een verblijf in het gasthuis van het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of het familiehuis Daniël den Hoed.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Volledig
IZA Extra Zorg 2	Volledig
IZA Extra Zorg 3	Volledig
IZA Extra Zorg 4	Volledig

VERVOER

Artikel 69. Taxivervoer

Omschrijving

Taxivervoer tussen uw woon- en verblijfplaats en uw werklocatie voor zover vervoer per openbaar vervoer of eigen auto om medische redenen niet mogelijk is.

Wie mag het vervoer verzorgen

Een door ons gecontracteerde vervoerder.

Maakt u geen gebruik van een door ons gecontracteerde vervoerder? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Aan te vragen door

Uw direct leidinggevende of een personeelsfunctionaris van uw werkgever.

Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig. De aanvraag moet vergezeld gaan van een verklaring van uw leidinggevende of een personeelsfunctionaris waaruit blijkt dat openbaar vervoer of eigen vervoer niet mogelijk is in verband met een ernstige beperking van de mobiliteit. U vindt het aanvraagformulier woon-werkvervoer op onze website.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Maximaal € 350 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 2	Maximaal € 350 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 350 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 350 per kalenderjaar

III. IZA Extra Tand

Artikel 70. Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Hierbij moet u denken aan een (half)jaarlijkse controle, gebitsreiniging, het vullen van een gaatje, het trekken van een kies, een kroon of een gedeeltelijke gebitsprothese. De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

Onder tandheelkundige zorg verstaan wij ook:

- eenvoudige extracties die worden uitgevoerd door de kaakchirurg (code 234032);
- implantologie in de niet-tandeloze kaak uitgevoerd door de kaakchirurg. Wij vergoeden dan de kosten voor het honorarium, de techniek- en materiaalkosten en de bijkomende kosten voor de instelling/het ziekenhuis.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts, orthodontist, mondhygiënist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. De kaakchirurg mag de zorg verlenen als het gaat om eenvoudige extracties en implantologie in de niet-tandeloze kaak.

Wilt u een implantaat laten plaatsen? Laat de behandeling uitvoeren door een door ons gecontracteerde tandarts-implantoloog of kaakchirurg. Dan bent u verzekerd van goede zorg. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Vergoeding

IZA Extra Tand 1	100% tot maximaal € 250 per kalenderjaar. De kosten van gebitsreiniging vergoeden wij tot maximaal 60 minuten.
IZA Extra Tand 2	100% tot maximaal € 500 per kalenderjaar. De kosten van gebitsreiniging vergoeden wij tot maximaal 60 minuten.
IZA Extra Tand 3	100% tot maximaal € 1.000 per kalenderjaar. De kosten van gebitsreiniging vergoeden wij tot maximaal 60 minuten.

Bijzonderheden

Niet vergoed worden de kosten van:

- niet-nagekomen afspraken;
- orthodontische zorg;
- het uitwendig bleken (E97 en E98);
- algehele narcose en de voorbereiding op algehele narcose (A20 en C84).

Uw tandarts of orthodontist specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering van de tarievenlijsten tandheelkundige zorg en orthodontische zorg. Deze tarievenlijsten met maximumtarieven worden voor 2017 vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

IV. Begripsomschrijvingen

- Aanvullende verzekering:** waar in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken van aanvullende verzekering wordt bedoeld de aanvullende verzekeringen IZA Extra Zorg en IZA Extra Tand. Binnen IZA Extra Zorg kunt u een keuze maken uit 4 pakketten: IZA Extra Zorg 1, IZA Extra Zorg 2, IZA Extra Zorg 3 en IZA Extra Zorg 4. Binnen IZA Extra Tand kunt u een keuze maken uit 3 pakketten: IZA Extra Tand 1, IZA Extra Tand 2 en IZA Extra Tand 3. U kunt de aanvullende verzekering(en) als aanvulling op een zorgverzekering van IZA sluiten, maar u bent dat niet verplicht.
- Collectieve overeenkomst:** een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering (collectief contract) gesloten tussen de zorgverzekeraar en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een zorgverzekering en eventuele aanvullende verzekeringen te sluiten.
- Diagnose-behandelcombinatie (dbc):** een dbc beschrijft door middel van een dbc-code die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en gespecialiseerde GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. 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 120 dagen voor medisch specialistische zorg en na 365 dagen voor gespecialiseerde GGZ.
- Fraude:** het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van (zorg)verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.
- Gezin:** de verzekeringnemer, alsmede diens partner met wie hij is gehuwd of waarvan het partnerschap is geregistreerd of met wie hij duurzaam samenwoont en/of de eigen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen jonger dan 30 jaar.
- 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.
- Mantelzorger:** Een mantelzorger zorgt langdurig en onbetaald meer dan 8 uur per week of langer dan 3 maanden voor iemand die chronisch ziek, gehandicapt of hulpbehoevend is en met wie hij of zij een persoonlijke band heeft. Dat kan een familielid zijn, maar ook een vriend of kennis. Een mantelzorger is geen beroepskracht.
- Schriftelijk:** waar in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk' wordt ook verstaan 'per email'.
- Toestemming (machtiging):** een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens de zorgverzekeraar voor u wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.
- U:** verzekeringnemer en/of verzekerde.
- Verblijf:** verblijf met een duur van 24 uur of langer.
- Verzekerde:** degene ten behoeve van wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die als zodanig op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door de zorgverzekeraar, is vermeld.
- Verzekeringnemer:** degene die met de zorgverzekeraar de verzekeringsovereenkomst 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.
- 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.
- Zorghotel:** een door de zorgverzekeraar gecontracteerde instelling, waarin in een hotelachtige setting een 24-uurs zorg- en dienstverlening, in ieder geval bestaande uit verpleging en verzorging, zijn gegarandeerd.
- Zorgverzekeraar, de/IZA Zorgverzekeraar:** IZA Zorgverzekeraar N.V., statutair gevestigd in Arnhem, KvK-nummer: 09154427. De zorgverzekeraar is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12001038. De zorgverzekeraar is onderdeel van de Coöperatie VGZ U.A. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt de zorgverzekeraar aangeduid met 'wij' en 'ons'.
- Zorgverzekering:** een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten (zorg) schadeverzekeringsovereenkomst zoals bedoeld in artikel 1 sub d van de Zorgverzekeringswet.



Wilt u een wijziging doorgeven of bijvoorbeeld een gezinslid aanmelden? Dat doet u gemakkelijk en veilig in Mijn IZA door in te loggen met uw DigiD. Altijd bereikbaar via www.mijniza.nl.

www.iza.nl