

FAQ inzake IZA Cura Natura Polis 2011, IZA Cura Zuid Limburg 2011 en diverse overige zaken. Onderverdeeld in:

Hier vindt u o.a. de veel gestelde vragen over onze kantoorgegevens, bereikbaarheid, het doorgeven van wijzigingen en het verwerken van declaraties.

Algemeen

Hoe kom ik aan een declaratieformulier?

Een declaratieformulier kunt via de site www.izacura.nl rubriek Formulieren en Brochures downloaden. U kunt ook een declaratieformulier opvragen bij onze Klantenservice IZA Cura via telefoonnummer 0800-2500010 (gratis).

Hoe kan ik mijn nota declareren bij IZA Cura?

U kunt uw originele nota van **2010** met een volledig ingevuld declaratieformulier opsturen naar:

IZA Cura
T.a.v. Afdeling Declaratieverwerking
Postbus 25030
5600 RS Eindhoven

Declaraties voor **2011** kunt u indienen bij

IZA Cura/
T.a.v. Afdeling Declaraties
Postbus 216
1800 AE Alkmaar

Hoe kan ik een wijziging doorgeven?

U kunt een wijziging in uw verzekering aan ons doorgeven met een aanvraagformulier. Dit formulier kunt u via de site www.izacura.nl rubriek Formulieren en Brochures downloaden.

Eenvoudige wijzigingen kunt u doorgeven via onze Klantenservice telefoonnummer 0800-2500010 (gratis).

Tevens kunt u een brief of het ingevulde wijzigingsformulier sturen naar:

IZA Cura/Turien & Co.
T.a.v. Afdeling Polisadministratie
Postbus 216
1800 AE Alkmaar

Hoe gaat IZA Cura om met de door mij verstrekte gegevens?

Wij verstrekken geen gegevens aan derden, tenzij de wet dit voorschrijft of in het geval van (het vermoeden van) fraude of betalingsachterstand.

Eén en ander is vastgelegd in de Wet Bescherming (in plaats van Registratie) Persoonsgegevens waaraan wij ons houden.

Hoe en wanneer kan ik IZA Cura bereiken?

Via onze Klantenservice

Telefonisch: 0800-2500010 (gratis).

Onze medewerkers zijn bereikbaar van maandag tot en met donderdag van 8.00 tot 20.00 uur en op vrijdag van 08.00 tot 17.00 uur.

Via e-mail:

Ons e-mail adres is izalimburg.zorgacceptatie@turien.nl

Vermeld naast uw vraag in uw e-mailbericht ook:

- adresgegevens;
- e-mailadres;
- relatienummer (alleen als u klant bent van IZA Cura; u vindt dit nummer op uw zorgpas).

Postadres:

IZA Cura

T.a.v. Afdeling Polisadministratie

Postbus 216

1800 AE Alkmaar

EIGEN RISICO

Wat is het 'verplicht eigen risico' in de zorgverzekering?

Het verplicht eigen risico is een bedrag dat verzekerden moeten betalen als zij medische kosten maken die uit de basisverzekering worden vergoed. Het eigen risico geldt niet voor kosten die uit de aanvullende verzekering worden vergoed. Het gaat om een bedrag van maximaal € 170,- per kalenderjaar. (per 1 januari 2011). De zorgverzekeraar vergoedt dit bedrag niet. Doet u geen aanspraak op uw verzekering? Dan betaalt u niets.

Is het verplichte eigen risico altijd € 170,- of kan ik ook voor een hoger bedrag kiezen?

Het verplichte eigen risico bedraagt per 1 januari 2011 € 170,- per kalenderjaar. U hebt geen mogelijkheid een hoger eigen vrijwillig eigen risico af te sluiten.

Geldt het verplichte eigen risico ook voor kinderen?

Nee. Kinderen tot 18 jaar betalen geen premie. Voor hen geldt dus geen eigen risico.

Geldt het verplichte eigen risico alleen voor IZA Cura verzekerden?

Nee, deze regeling geldt bij alle verzekeraars. Het verplicht eigen risico is door de overheid bepaald.

Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico?

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in de IZA Cura Natura Polis 2011, met uitzondering van:

- Huisartsenzorg. Het eigen risico geldt wel voor:
 - ✓ geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft, en;
 - ✓ voor (laboratorium)onderzoek dat samenhangt met de huisartsenzorg, dat een andere zorgaanbieder dan de huisarts verricht en deze zorgaanbieder apart in rekening brengt;

- Verloskundige zorg en kraamzorg. Het eigen risico geldt wel voor andere zorgvormen, zoals bijvoorbeeld geneesmiddelen, bloedonderzoek, vlokcentest of ziekenvervoer;
- Mondzorg voor verzekerden jonger dan 22 jaar zoals beschreven in artikel 28.1. van de IZA Cura Natura Polis 2011. Het eigen risico geldt wel voor chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothese;
- Geneesmiddelen zoals genoemd in bijlage B van het Reglement farmaceutische zorg IZA Cura;
- Hulpmiddelen in bruikleen. Kosten zoals bezorging en onderhoud tellen wel mee voor het verplicht eigen risico;
- Eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

Kunt u een rekenvoorbeeld van het verplicht eigen risico geven?

Uw verplichte eigen risico bedraagt € 170,-. U maakt in 2011 aan zorg gebruik voor een totaalbedrag van € 700,-. U betaalt dan uw volledige eigen risico: € 170,- plus natuurlijk uw premie. Uw zorgverzekeraar betaalt € 530,- (€ 700,- € 170,-).

Wie bepaalt of ik een compensatie voor het geconsumeerd eigen risico krijg?

De overheid (in dit geval de minister van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS), samen met de Eerste Kamer en de Tweede Kamer) bepaalt de criteria waarop iemand in aanmerking komt. Het CAK heeft in deze regeling alleen een uitvoerende functie.

Wat moet ik doen om in aanmerking te komen voor een compensatie van het eigen risico?

U hoeft hiervoor niets te doen. Als u in aanmerking komt, krijgt u automatisch bericht van het CAK. Het CAK ontvangt de gegevens van de personen die recht hebben op compensatie van de zorgverzekeraars.

Zorgtoeslag

Wat is (de) Zorgtoeslag?

Dit is een tegemoetkoming in de kosten, van de duurdere basisverzekering, die door de Belastingdienst wordt uitbetaald. De hoogte van de Zorgtoeslag is afhankelijk van de gezinssituatie en het inkomen. Meer informatie hierover kunt u lezen op www.toeslagen.nl of bel gratis met de Belastingtelefoon 0800 - 0543.

Hoeveel Zorgtoeslag krijg ik?

Dat hangt er vanaf. De hoogte van de Zorgtoeslag hangt namelijk af uw (toetsings)inkomen en dat van uw eventuele toeslagpartner. Kinderen tot 18 jaar hebben geen recht op zorgtoeslag. Zij betalen immers geen premie. Meer informatie hierover vindt u op www.toeslagen.nl of bel gratis met de Belastingtelefoon 0800-0543.

Wie bepaalt de hoogte van de Zorgtoeslag?

De Belastingdienst bepaalt de hoogte van de zorgtoeslag op basis van de gezinssituatie en het verzamelinkomen. Meer informatie hierover vindt u op www.toeslagen.nl of bel gratis met de Belastingtelefoon 0800 - 0543.

Hoe hoog wordt de Zorgtoeslag?

Dat verschilt per situatie en is mede afhankelijk van uw persoonlijke situatie en uw (verzamel)inkomen. Voor de concrete hoogte van uw zorgtoeslag verwijzen wij u naar de site www.toeslagen.nl.

Hoe kan ik Zorgtoeslag aanvragen?

Via de Belastingdienst kunt u Zorgtoeslag aanvragen.

Dit kan digitaal via www.toeslagen.nl of telefonisch een aanvraagformulier aanvragen. Het (gratis) telefoonnummer van de Belastingdienst is 0800 - 0543. Zorg er voor dat u uw BSN nummer bij de hand heeft.

Hoe wordt de Zorgtoeslag toegekend en uitgekeerd?

De Zorgtoeslag wordt toegekend en uitgekeerd door de Belastingdienst. Deze dienst keert de toeslag maandelijks uit. De toeslag wordt steeds uitgekeerd vóór de nominale premie moet worden betaald.

Hoe wordt de Zorgtoeslag aan mij betaald?

De Belastingdienst keert de Zorgtoeslag, als u daar recht op heeft, maandelijks aan u uit.

Welke wijzigingen moet ik aan de belastingdienst doorgeven?

De onderstaande wijzigingen moet u aan de belastingdienst doorgeven:

- U gaat samenwonen, trouwen of bij iemand anders wonen.
- U gaat scheiden.
- Uw inkomen of dat van uw toeslagpartner verandert.
- U hebt een nieuw rekeningnummer.
- U of uw [toeslagpartner](#) zegt de zorgverzekering op.

De premie**Waaruit is de premie IZA Cura Zuid Limburg 2011 opgebouwd?**

De premie voor de IZA Cura Natura Polis (basisverzekering) en aanvullende verzekering is € € 125,54 per maand per betalende verzekerde. Kinderen tot 18 jaar zijn gratis meeverzekerd.

Het is niet mogelijk om los een basisverzekering en aanvullende verzekering af te sluiten.

Vindt de premiebetaling plaats per overeenkomst of per gezin?

IZA Cura kent verzekeringnemers en verzekerden. De verzekerde is degene die als zodanig op de polis is ingeschreven. De verzekeringnemer is degene die de overeenkomst is aangegaan. De verzekeringnemer is dan ook degene die de premie betaalt van alle polissen die onder deze verzekeringnemer vallen.

Is er sprake van een maandpremie of een dagpremie?

U bent premie verschuldigd per dag dat u verzekeringsplichtig bent. Wordt u dus in de loop van een maand uitgeschreven, dan moet u premie betalen over het aantal dagen dat u ingeschreven was.

Hoe wordt de premie berekend bij vertrek naar het buitenland in de loop van een maand?

De premie voor de zorgverzekering is een dagpremie. Men is dus alleen premie verschuldigd voor het aantal dagen dat men Nederlands ingezetene is.

Wordt boete bij te late aanmelding berekend over de basisverzekering én de aanvullende verzekering?

Nee, de boete bij te late aanmelding wordt alleen berekend over de premie van de basisverzekering.

Geldt de boete bij te late aanmelding ook voor verzekerden jonger dan 18 jaar?

Voor te laat verzekerde kinderen tot 18 jaar wordt geen boete opgelegd. Dit is logisch, want kinderen beneden de 18 jaar betalen nog geen nominale premie. Ze kunnen wel te maken krijgen met het niet vergoeden van zorg over de periode waarop de verzekeringsplicht is ingegaan tot de datum waarop de inschrijving feitelijk heeft plaatsgevonden

Kan ik in beroep gaan tegen de boete bij te laat verzekeren?

Ja, dat kan. U kunt in beroep gaan tegen het opleggen van een boete én tegen de hoogte van de boete bij het College voor Zorgverzekeringen.

Aanmelding en acceptatie**Wat betekent acceptatieplicht?**

Acceptatieplicht is de wettelijke plicht van alle zorgverzekeraars om u te accepteren voor het basispakket van de zorgverzekering, ongeacht uw geslacht, leeftijd of gezondheid. Als u een zorgverzekering wilt afsluiten bij één van de verzekeraars die in uw provincie zorgverzekeringen aanbiedt, dan moet die zorgverzekeraar u altijd accepteren. Deze acceptatieplicht geldt dus niet voor aanvullende verzekeringen. IZA Cura accepteert u echter zowel voor de basisverzekering als voor het aanvullende pakket.

Mogen zorgverzekeraars weigeren mij te verzekeren?

Nee. Zorgverzekeraars zijn verplicht om mensen te accepteren die binnen hun werkgebied wonen. Hierdoor kunnen met name oudere verzekerden of verzekerden met gezondheidsrisico's gemakkelijker veranderen van zorgverzekeraar. IZA Cura werkt landelijk en zal dus iedereen die zich aanmeldt en recht heeft op de Zorgverzekering, accepteren.

Voor de aanvullende verzekering geldt geen wettelijke acceptatieplicht. IZA Cura accepteert echter alle verzekerden voor het aanvullende pakket IZA Cura.

Let op:

Als een zorgverzekeraar uw zorgverzekering wegens fraude, of het niet betalen van

de premie heeft beëindigd, mag hij u vijf jaar lang voor een zorgverzekering weigeren. U zult dan dus een zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar moeten sluiten.

Tevens mag IZA Cura uw bestaande zorgverzekering niet overnemen indien u een betalingsachterstand heeft bij uw huidige zorgverzekeraar.

Zijn mijn partner en kinderen automatisch verzekerd als ik me verzeker?

Neen. De zorgverzekering is een individuele verzekering. Ieder lid van uw gezin moet zich verzekeren en krijgt een eigen verzekeringspas.

Moeten alle leden van het gezin bij dezelfde verzekeraar zijn verzekerd?

Neen. De zorgverzekering is een individuele verzekering. Ieder lid van het gezin moet zich verzekeren en krijgt een eigen verzekeringspolis. Elk lid van het gezin zou dus bij een andere verzekeraar verzekerd kunnen zijn. Dat geeft echter wel veel administratieve rompslomp voor u en de zorgverzekeraar.

Moet ik premie betalen voor mijn kinderen?

Kinderen tot 18 jaar zijn verplicht zich te verzekeren voor de zorgverzekering, maar betalen geen premie.

Wat moet ik doen als mijn kind 18 jaar word?

Als ouder of als wettelijke vertegenwoordiger van het kind zal voorafgaande aan de verjaardag van het kind door IZA Cura worden geïnformeerd. Uw kind zal dan op de polis van de ouder komen en is dan verzekerd tot het einde van dat jaar.

Ik wil mij aanmelden bij IZA Cura. Moet ik mijn huidige verzekering nu al opzeggen?

Indien u uw aanmeldingsformulier volledig invult, ondertekent en ons toestuuft dan zorgen wij ervoor dat uw huidige verzekering wordt opgezegd. Zo loopt u niet het risico onverzekerd te zijn. Wij dienen uw aanmeldingsformulier dan wel uiterlijk op 31 december 2011 te hebben ontvangen. Wij zorgverzekeraars hebben namelijk tot 1 januari 2012 de mogelijkheid om uw bestaande zorgverzekering bij uw huidige zorgverzekeraar tijdig op te zeggen. Opzegging na 1 januari 2012 heeft tot gevolg dat u pas per 1 januari 2013 van zorgverzekeraar kunt overstappen.

Merkloze geneesmiddelen

Wat houdt de (nieuwe) regeling over merkloze geneesmiddelen in?

Het merkloze geneesmiddel heeft dezelfde kwaliteit en werking als het merkgeneesmiddel, maar is (veel) goedkoper. Huisartsen schrijven zoveel mogelijk de naam van de werkzame stof op het recept, zodat de apotheker het goedkoopste middel kan afleveren.

Op deze manier gaan de kosten van de gezondheidszorg omlaag, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit. Ook u profiteert daarvan.

De premie blijft zo immers betaalbaar. De werkzame stof is identiek, maar er kunnen minimale verschillen zijn in de gebruikte hulpstoffen, bijvoorbeeld in het laagje om een pil.

In uitzonderingsgevallen kan er een rede zijn waarom een arts bewust een bepaald merkgeneesmiddel voorschrijft. Hij of zij schrijft dan expliciet de naam van het merk

op het recept met de opmerking dat uw apotheek persé het betreffende merk moet afleveren. U heeft dan recht op dit bepaalde merk.

Dit kan als de samenstelling, dosering of toedieningsvorm van een geneesmiddel bijzonder is en er daarom maar één bepaald geneesmiddel in aanmerking komt.

Hoe kom ik aan meer informatie over merkloze geneesmiddelen?

Heeft u vragen over het gebruik van geneesmiddelen, dan kunt u bellen met onze Klantenservice telefoonnummer 0800-2500010 (gratis).

Meer uitleg over het vervangen van merkmiddelen door merkloze geneesmiddelen is te vinden in een folder van de Stichting Doelmatige Geneesmiddelen Voorziening (DGV) met als titel : "Hetzelfde geneesmiddel in een andere jasje ". Deze folder is verkrijgbaar bij de apotheek

Buitenland

Ik woon in het buitenland. Heb ik recht op de zorgverzekering in Nederland?

De algemene regel is dat alleen degenen die in het buitenland wonen, maar in Nederland in dienstverband aan de loonbelasting is onderworpen, toch in Nederland een zorgverzekering moeten afsluiten.

Vakantie

Ben ik ook in het buitenland verzekerd tegen ziektekosten?

Via uw basisverzekering bent u alleen in landen verzekerd waarmee Nederland een verdrag heeft gesloten omtrent sociale zekerheid en indien het gaat om spoedeisende hulp tijdens tijdelijk verblijf. U kunt overal ter wereld rekenen op hulp en medische verzorging. Of die zorg ook helemaal wordt vergoed, hangt af van waar (in welk land) u bent en hoe u verzekerd bent.

Met uw aanvullende verzekering, bent u uitstekend verzekerd tegen geneeskundige kosten tot 100% in Europa en tot 200% Nederlands tarief voor landen buiten Europa. Medische repatriëring verzekerde, vervoer stoffelijk overschot, bemiddeling benodigd geld, organiseren en toezenden van medicijnen en hulpmiddelen en kosten telefoon, fax en dergelijke door en of i.o.v. Alarmcentrale IZA Cura is een 100% vergoeding.