



alles over uw
zorgverzekering

Bevat praktische informatie en alle verzekeringsvoorwaarden.
Geldig vanaf 1 januari 2012

ZorgZó
Menzis Zorgplus



menzis



Voorwoord

Wat is TopZorg? Kan ik zelf mijn fysiotherapeut kiezen? Hoe hoog is mijn verplicht eigen risico?
Wie kan ik bellen als ik vind dat ik te lang moet wachten? En wat krijg ik precies vergoed?

Het antwoord op vragen over uw zorgverzekering vindt u in dit boekje. Zoals wat er precies is verzekerd. Wie u kunt bellen. En hoe u een declaratieformulier invult. Wilt u snel vinden wat u zoekt? Kijkt u dan in de trefwoordenlijst achterin dit boekje. Moet u in 2012 een operatie ondergaan aan uw heup, amandelen of rughernia? Let u dan goed op. U krijgt deze behandelingen namelijk niet meer bij alle ziekenhuizen volledig vergoed. Op www.zorgvinder.nl ziet u met welke ziekenhuizen Menzis een contract heeft voor deze behandelingen. En waar u dus alle zorg vergoed krijgt. Bij deze ziekenhuizen bent u verzekerd van goede zorg, korte wachttijden en goede informatie. U kunt hierover ook bellen met onze Zorgadviseur op 088 222 42 42.

Uiteraard bent u ook van harte welkom in één van onze winkels of bussen bij u in de buurt. Menzis is er om goede zorg voor u toegankelijk en betaalbaar te houden. Zodat u de juiste zorg krijgt op de momenten dat het er echt toe doet. Heeft u hulp of advies nodig? Laat het ons weten, we zijn u graag van dienst.

Roger van Boxtel
voorzitter Raad van Bestuur

Gebruiksaanwijzing

Deze verzekeringsvoorwaarden zijn onderdeel van de verzekeringsovereenkomst die u met Menzis heeft gesloten. Om snel te kunnen vinden wat u zoekt, is de volgende indeling gemaakt:

Contact.....4

Hier vindt u telefoonnummers, websites, postadressen en bezoekadressen.

Declareren.....6

Hier vindt u uitgelegd hoe u een declaratie kunt indienen.

Extra informatie8

Hier vindt u informatie over de AWBZ, zorginkoop en TopZorg.

Uw Basisverzekering.....10

Hier vindt u waar u voor verzekerd bent in de Basisverzekering. Met onder andere:

B1 – B9	Algemene artikelen.....	11
B2	Restitutie.....	11
B3	Keuzevrijheid.....	11
B4	De inhoud en de omvang van de zorg.....	11
B8	Eigen risico.....	12
B10	Audiologische hulp.....	13
B12	Dieetpreparaten.....	13
B12A	Dyslexiezorg.....	14
B13	Erfelijkheidsonderzoek.....	14
B14	Ergotherapie.....	15
B15	Fysiotherapie en oefentherapie.....	15
B16	Geestelijke gezondheidszorg.....	17
B17	Geneesmiddelen.....	19
B18	Huisartsenzorg.....	21
B19	Hulpmiddelen.....	21
B20	IVF.....	22
B21	Kraamzorg.....	23
B22	Logopedie.....	23
B23	Mechanische beademing.....	24
B24	Medisch specialistische zorg.....	24
B25	Niet-klinische dialyse.....	25
B26	Oncologische hulp voor kinderen.....	26
B27	Plastische chirurgie.....	26
B28	Revalidatie.....	26
B28A	Second opinion.....	27
B29	Tandheelkunde.....	27
B30	Transplantatie.....	29
B31	Trombosedienst.....	29
B32	Verblijf.....	30
B33	Verloskundige zorg.....	30
B34	Verpleging.....	31
B35, B36	Vervoer.....	31,32

Uw aanvullende verzekering

Menzis ZorgPlus33

Hier vindt u waar u voor verzekerd bent in de aanvullende verzekering. Met onder andere:

E3	Alternatieve behandelwijzen.....	35
E5	Bevalling en kraamzorg.....	36
E7	Brillen en contactlenzen.....	37
E8	Buitenland.....	37
E9, E10	Camouflagemiddelen en –therapie.....	38, 39
E14, E15	Dieetadvisering en – preparaten.....	40
E16	Epilatie.....	40
E17	Fysiotherapie en oefentherapie.....	40
E18	Geneesmiddelen.....	43
E27	Orthopedische steunzolen.....	45
E30	Pedicure.....	47
E32	Plastische chirurgie.....	47
E34, E35	Podologie, podotherapie.....	48
E36	Pruiken en alternatieven.....	48
E38	Psychologische zorg.....	49
E41	Softbraces.....	50
E46	Stottertherapie en SpeechEasy.....	52
E52	Mantelzorg.....	54

Tandartsvergoedingen.....56

Hier vindt u waar u voor verzekerd bent in Menzis ZorgPlus.

Met onder andere:

T3	Welke zorgaanbieder.....	57
T5	Techniekkosten.....	57
T6	Orthodontie.....	57
T9	Hoe declareert u een nota.....	58
	De prestatietabel.....	59

De algemene voorwaarden.....65

Hier vindt u de algemene spelregels waaraan u en Menzis zich moeten houden. Bijvoorbeeld over de betaling van premie en het wijzigen of opzeggen van de verzekering.

Met onder andere:

A5 – A7	Hoe kunt u de verzekering wijzigen of opzeggen.....	66
A10	Bedenktijd.....	67
A12	Premie.....	68
A15	Collectieve verzekering.....	69
A16	Als u een nota indient.....	69
A17	Klachten en geschillen.....	69
A27	Opzeggen.....	72
A31	Voor uw kind.....	72

Trefwoordenlijst.....74

Hier kunt u op een trefwoord zoeken. U vindt dan direct het artikel dat u zoekt.



Contact

Website www.menzis.nl
Heeft u geen internet? Geen nood, u kunt altijd bellen met de Klantenservice.

Klantenservice

088 222 40 40

E-mail via website www.menzis.nl

Telefoonnummers	Algemeen (maandag t/m vrijdag van 08.30 tot 19.00)	088 222 40 40
	Zorgadviseur voor wachttijdbemiddeling, zorgadvies, Mantelzorgservice en TopZorg	088 222 42 42
	Servicelijf Kraamzorg voor melding zwangerschap en aanvragen kraamzorg	0900 202 50 03
	Menzis vakantiedokter voor gezondheidsadvies in het buitenland	+31 534 832 640
	Alarmcentrale voor spoedeisende hulp in het buitenland	+31 317 455 555
	Menzis Servicelijf Vervoer voor zittend ziekenvervoer	(0317) 492 051

Postadres Menzis Menzis, Postbus 75000, 7500 KC Enschede

Klachten Voor klachten en geschillen zie artikel A17 op pagina 69

Bezoekadressen Menzis locatie Groningen, Winschoterdiep 70, 9723 AB Groningen
Menzis locatie Enschede, De Ruyterlaan 25, 7511 JH Enschede
Menzis locatie Wageningen, Lawickse Allee 130, 6709 DZ Wageningen

Menzis-winkels

Plaats	Locatie
Almelo	Brugstraat 4
Arnhem (Noord)	Velperpoortstation, Ir. van Muijlwijkstraat 246
Arnhem (Zuid)	Poli Rijnstate Ziekenhuis, Marga Klompélaan 6
Delfzijl	Landstraat 78
Doetinchem	Ysselkade 9
Ede	Molenstraat 100A
Enschede	De Ruyterlaan 25
Groningen	Gezondheidscentrum West, Aweg 5
Groningen	Winschoterdiep 70 (nabij Euroborg)
Groningen	Martini Ziekenhuis (centrale hal), Van Swietenplein
Hengelo	Enschedesestraat 37
Nijverdal	Grotestraat 216
Oldenzaal	Steenstraat 11
Rijssen	Bouwstraat 4
Tiel	Oude Haven 73
Veenendaal	Parallelweg 1-1
Wageningen	Lawickse Allee 130
Winschoten	Bibliotheek, Johan Modastraat 5
Winterswijk	Misterstraat 51

Menzis-busroute Standplaatsen en tijdstippen vindt u op www.menzis.nl, Contact, Menzis-bussen.

Declareren

Stap 1

Vul eerst het declaratieformulier in. Heeft u geen declaratieformulier, dan kunt u het formulier downloaden van de website www.menzis.nl (kies Klantenservice, dan Declareren).
U kunt het formulier ook telefonisch aanvragen bij de Klantenservice.

Stap 2

Voeg de originele nota's bij.

Let op: kopieën van nota's, aanmaningen en herinneringen worden niet in behandeling genomen.

Stap 3

Stuur uw declaratie naar Menzis:

Menzis zorg en inkomen, afdeling Verzekerdennota's Postbus 75000, 7500 KC Enschede.

U kunt uw declaratie ook inleveren bij één van de Menzis-winkels en Menzis-bussen

Hoe vult u het formulier in:

- 1 Controleer uw gegevens als deze zijn voorgedrukt, of vul ze in. Gebruikt u bij voorkeur een blauwe of zwarte pen.
- 2 Hier vult u de naam in wie de nota heeft uitgeschreven, bijvoorbeeld: Tandarts Hoekstra.
- 3 Hier vult u de factuurdatum in. Let op: vult u niet per ongeluk het rekeningnummer of de behandeldatum in.
- 4 Hier vult u het verzekerdennummer in van de verzekerde die werd behandeld.
- 5 Hier vult u de geboortedatum in van de verzekerde die werd behandeld.
- 6 Komt de nota uit een ander land dan Nederland? Vergeet dan niet de aanvullende vragen onder "Buitenlandse nota's" te beantwoorden.
- 7 Hebben uw nota's betrekking op een behandeling die u moest ondergaan waarvoor iemand anders mogelijk aansprakelijk is (bijvoorbeeld een ongeval of een medische fout), wilt u dit dan aangeven onder de kolom "Kosten door een ongeval"? Zie ook de toelichting onder "Medische hulp na een ongeval" op het declaratieformulier.
- 8 Vergeet niet uw handtekening te zetten.

Online declareren

In plaats van declaraties per post te versturen, kunt u ze ook online indienen. Hiervoor heeft u een 'Mijn Menzis' account en een scanner nodig. Een account maakt u aan op www.menzis.nl/mijnmenzis.

Voor online declareren surft u naar www.menzis.nl/mijnmenzis. U logt in met uw gebruikersnaam en password. U vult het online declaratieformulier in en maakt een duidelijke scan van de originele nota('s). De scan(s) kunt u uploaden en samen met het online declaratieformulier verzenden. U ontvangt een e-mail wanneer uw declaratie ontvangen is en verwerkt wordt. De status van uw declaratie kunt u volgen via Mijn Menzis.



Declaratieformulier

Belangrijk: u vindt een nadere toelichting en het postadres op de achterzijde van dit formulier.

1. Aanvrager

Voorletter(s) en achternaam
Straat en huisnummer
Postcode en woonplaats
Verzekerdennummer

1

_____ Telefoon (overdag) _____

2. Te declareren nota('s)

Wilt u de originele nota('s) met eventuele verwijzing meesturen? Fotokopieën, herinneringen en duplicaten worden niet in behandeling genomen. Menzis stuurt geen originele nota's retour, we adviseren u een kopie te maken voor uw eigen administratie.

Nota van (arts, instelling, etc.)	Factuurdatum	Wie werd behandeld?		Geboortedatum	Totaalbedrag nota	Kosten door een ongeval?*	
		Verzekerdennummer				Ja	Nee
2	3	4		5	€	7	Nee
					€	Ja	Nee
					€	Ja	Nee
					€	Ja	Nee
					€	Ja	Nee
					€	Ja	Nee
					€	Ja	Nee
					€	Ja	Nee
					€	Ja	Nee
					€	Ja	Nee

Aantal bijlage(n) _____

Buitenlandse nota('s)

In welk land en welke plaats zijn de kosten gemaakt?

Datum vertrek uit Nederland

6 _____ Datum terugkomst in Nederland _____

Wat waren de klachten van de verzekerde?

Bestonden deze klachten al voor de reis?

___ Ja ___ Nee*

Wat was de diagnose en de behandeling?

Bij wie was de verzekerde onder behandeling? Naam huisarts/specialist/ziekenhuis

Was er sprake van een opname?

___ Ja ___ Nee*

Kon de hulp worden uitgesteld tot terugkeer in Nederland?

___ Ja ___ Nee*

Heeft de verzekerde de European Health Insurance Card (EHIC) aan de zorgverlener getoond?

___ Ja ___ Nee*

Heeft de verzekerde een 111-formulier afgegeven aan de zorgverlener?

___ Ja ___ Nee*

Werd een reisverzekering met medische dekking afgesloten?

___ Nee ___ Ja, bij welke verzekeraar?*

Is de behandeling aan een Alarmcentrale gemeld?

___ Nee ___ Ja, aan welke Alarmcentrale?*

3. Ondertekening

Datum _____

Handtekening

8 _____

* Aankruisen wat van toepassing is.

Z.O.Z.

FO.3000.1111

! tip De nota's die u instuurt, sturen wij niet terug. Wij adviseren u een kopie van het declaratieformulier en de originele nota's te maken voor uw eigen administratie.

Extra informatie over uw zorgverzekering

De Menzis Zorgadviseur: uw wegwijzer in de zorg

De kwaliteit van de gezondheidszorg staat in Nederland op een hoog niveau. Maar het is soms wel eens lastig om je weg erin te vinden. Heeft u misschien vragen over zorg? Bijvoorbeeld over TopZorg, mantelzorg, wachttijdbemiddeling of wilt u een second opinion? Of zoekt u een nieuwe huisarts of tandarts? Welke zorgvraag u ook heeft, de Menzis Zorgadviseurs zijn er om u te helpen en geven u graag een persoonlijk advies. Iedereen met een zorgverzekering van Menzis (het maakt niet uit welke) kan een beroep doen op de Menzis Zorgadviseur. Duizenden Menzis-leden maken gebruik van deze gratis service. Ze beoordeelden de service positief, gemiddeld met een 8.1. We hebben een aantal diensten voor u op een rijtje gezet.

Wachttijdbemiddeling

Moet u lang wachten op een behandeling of operatie? De Menzis Zorgadviseur helpt u graag verder! We gaan voor u op zoek naar een ziekenhuis met een kortere wachttijd, bij voorkeur in uw eigen regio. En als het echt nodig is, gaan we in andere regio's voor u zoeken. Zo kunt u ervan op aan dat u niet langer hoeft te wachten dan nodig is. U bepaalt natuurlijk altijd zelf van welke mogelijkheid u gebruik wilt maken.

Second opinion

Als uw arts een ingrijpende behandeling voorstelt of een moeilijke keus voorlegt, dan heeft u wellicht behoefte aan een second opinion. Een second opinion (tweede mening) is het oordeel of advies van een andere medisch specialist dan uw behandelend arts. De Menzis Zorgadviseur weet hoe u dit het beste kunt aanpakken. U krijgt advies over waar de second opinion het beste plaats kan vinden. De Menzis Zorgadviseur helpt ook om de wachttijd voor een second opinion zo kort mogelijk te maken!

Meer snelheid, kwaliteit en aandacht met TopZorg

Met TopZorg van Menzis bent u verzekerd van zeer goede zorg. Samen met onze klanten, patiënten- verenigingen, de medisch specialisten, huisartsen en ziekenhuizen hebben we voor een aantal veelvoorkomende behandelingen criteria opgesteld. Een ziekenhuis moet aan deze strenge criteria voldoen om een TopZorg-predicaat, een keurmerk voor zeer goede zorg, te krijgen. Bij TopZorg staan de kwaliteit en snelheid van een behandeling centraal. U heeft recht op TopZorg voor de behandeling/operatie van amandelen, borstkanker, spataderen, staar, heupartrose, knieartrose, liesbreuk, meniscus, rughernia en slaapapneu.

Niet meer alle zorg in elk ziekenhuis

Menzis kiest voor partijen die zeer goede zorg leveren. Daarom sluiten we voor bepaalde behandelingen (heupartrose, rughernia en amandelen) alleen contracten met ziekenhuizen die u de best mogelijke zorg volgens de TopZorg-criteria kunnen leveren. Er kunnen dus ziekenhuizen zijn die voor deze behandelingen geen contract hebben met Menzis. Op www.menzis.nl/topzorg vindt u de ziekenhuizen die TopZorg aanbieden. Of bel gerust met uw Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42 voor alle informatie.

Voorkom onnodig bijbetalen. Check goed wat voor polis u heeft en met welke ziekenhuizen Menzis een contract heeft!

Gaat u naar een zorgaanbieder die met ons een contract heeft voor een behandeling die u ondergaat, dan heeft dat voordelen. U weet dan dat er afspraken zijn over de kwaliteit van de zorg en over de wachttijden. U weet ook dat de zorgaanbieder zich zal houden aan de prijsafspraken die met Menzis zijn gemaakt. En de rekening gaat direct naar Menzis. U hoeft dus niet voor te schieten.

Kiest u voor een zorgaanbieder waar Menzis voor die behandeling geen contract mee heeft? Menzis heeft dan geen afspraken gemaakt met het ziekenhuis over de kwaliteit en kosten van behandelingen. Voor de vergoeding die u van Menzis ontvangt, gaan we in zo'n geval uit van het normbedrag (de in Nederland gebruikelijke vergoeding voor deze behandeling):

Heeft u een restitutiepolis Menzis ZorgZó? Dan vergoedt Menzis het normbedrag. Heeft u een naturapolis Menzis ZorgVerzorgd? Dan vergoedt Menzis een deel van het normbedrag. In uw verzekeringsvoorwaarden leest u per behandeling hoeveel Menzis vergoedt. Als de zorgaanbieder meer rekent voor de behandeling dan het normbedrag betaalt u het verschil zelf, ongeacht uw polis. Bij zowel de natura- als de restitutiepolis wordt een eventuele wettelijke eigen bijdrage en het eigen risico met de vergoeding(en) verrekend. Voorkom dat u (naast het eigen risico en de eventuele wettelijke eigen bijdrage) onnodig moet bijbetalen. Controleer voor de zekerheid met welke ziekenhuizen Menzis een contract heeft voor de behandeling die u ondergaat. Zo weet u zeker dat uw behandeling volledig wordt vergoed en komt u achteraf niet voor verrassingen te staan. Via www.menzis.nl/zorgvinder of de Zorgadviseur (088 222 42 42) krijgt u de meest actuele informatie.

Fysiotherapie TopZorg

Wanneer u een fysiotherapeut nodig heeft, dan wilt u uiteraard de beste behandeling die mogelijk is. Menzis heeft in de afgelopen jaren criteria ontwikkeld op het gebied van kwaliteit, transparantie en service voor fysiotherapiepraktijken. Ruim 140 praktijken voldoen aan alle criteria en mogen zich dan ook TopZorg fysiotherapiepraktijk noemen. Als u kiest voor een TopZorg fysiotherapiepraktijk krijgt u zeer goede zorg, die elke twee jaar door een onafhankelijk bureau wordt getoetst. U kunt onder andere profiteren van de aanwezigheid van hooggekwalificeerd personeel met diverse specialismen, duidelijke informatie en ruimere openingstijden.

Wilt u informatie of bemiddeling naar de dichtstbijzijnde TopZorg fysiotherapiepraktijk? Kijk op www.menzis.nl/topzorg of bel met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.

U zorgt voor een ander? De Mantelzorgservice zorgt voor u!

Helpt u uw zieke moeder bij het huishouden? Brengt u uw invalide vader elke week een paar keer naar het ziekenhuis? Of zorgt u dagelijks meerdere uren voor uw partner, familielid of naaste? Iedereen die



meer dan acht uur per week, intensief en langdurig (langer dan drie maanden) voor een naaste zorgt is mantelzorg. Mantelzorg ben je vaak ongevraagd, onbedoeld en soms zelfs onbewust. In Nederland zijn er 2,6 miljoen mantelzorgers. Waar u met aandacht zorgt voor uw naaste, zorgt Menzis voor u met een in Nederland unieke gratis zorgservice: de Mantelzorgservice.

De Mantelzorgservice is voor u!

Heeft u vragen over mantelzorg zoals:

- Hoe kom ik aan hulpmiddelen die nodig zijn?
- Van welke regelingen kan ik gebruik maken?
- Waar kan ik meer informatie vinden over de ziekte van degene die ik verzorg?
- De mantelzorg wordt te zwaar en ik wil graag dat (een deel van de) zorg wordt overgenomen. Hoe kan ik dit het beste regelen?
- Waar kan ik terecht voor zorgverlof of vervangende zorg als ik zelf ziek ben?
- Ik wil even op adem komen. Kan ik gebruik maken van het Mantelzorgersarrangement?

Voor het antwoord op de deze en vele andere vragen kunt u bellen met de Mantelzorgservice op 088 222 42 42 of surfen naar www.menzis.nl/mantelzorg.

Seniorenservice: hulplijn voor ouderen

Wanneer u ouder wordt en zorg of hulp nodig heeft, dan is het niet altijd duidelijk waar u moet zijn. De regels rondom hulpmiddelen, thuiszorg en speciaal vervoer zijn vaak ingewikkeld en meestal zijn er meerdere instanties bij betrokken.

Via de Algemene Wet Bijzondere ziektekosten (AWBZ), de Wet Maatschappelijke Ondersteuning en de Zorgverzekeringswet valt er veel op zorggebied te regelen. Maar bij welke instantie moet u aankloppen wanneer u een specifieke vraag heeft? De Seniorenservice helpt u op weg.

Heeft u bijvoorbeeld vragen over zorg voor uzelf, een familielid of iemand anders en komt u er niet uit? Doe dan een beroep op de Seniorenservice van Menzis en bel met 088 222 42 42 (lokaal

tarief). Wij zijn op werkdagen van 8:30 tot 19:00 bereikbaar. Uw vaste contactpersoon bij Menzis helpt u graag verder. Of stel uw vraag online. We nemen dan zo snel mogelijk contact met u op!

Vanaf 2013 wordt de AWBZ door de zorgverzekeraars uitgevoerd

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is een volksverzekering voor langdurige zorg. Vanaf januari 2013 gaat Menzis de AWBZ uitvoeren voor alle Menzis-verzekerden. Menzis heeft veel ervaring met het uitvoeren van de AWBZ. Door de toezichthouder worden de zorgkantoren van Menzis als goed tot zeer goed beoordeeld!

Één aanspreekpunt voor alle zorgvragen rondom de AWBZ

Voor u als Menzis-verzekerde wordt het veel overzichtelijker want Menzis heeft één aanspreekpunt voor u voor al uw zorgvragen. U kunt hierbij denken aan het regelen van thuiszorg, hulpmiddelen, speciaal vervoer, vragen over mantelzorg en alle vormen van langdurige zorg. U kunt met al uw zorgvragen terecht bij de Menzis Zorgadviseur.

Neem contact op met de Menzis Zorgadviseur

Maakt u, uw familie of uw naaste op dit moment gebruik van de AWBZ-zorg? Of gaat u hier in 2012 gebruik van maken en heeft u hierover vragen? Bel dan met uw Menzis Zorgadviseur. De Menzis Zorgadviseur is op werkdagen van 08.30 tot 19.00 uur bereikbaar op telefoonnummer 088 222 42 42. U kunt ook surfen naar www.menzis.nl/zorgadvies voor alle informatie.

Ook bij alle andere zorgvragen, zoals het vinden van een huisarts, tandarts fysiotherapeut, psycholoog, psychiater of ziekenhuis, wet – en regelgeving, medicijngebruik of doorverwijzingen kunt u contact opnemen met uw Menzis Zorgadviseur. We horen graag van u!

Uw
Basisverzekering
ZorgZó



Hierna vindt u op alfabetische volgorde de zorg omschreven waarvoor u verzekerd bent. Als u niet kunt vinden wat u zoekt, kijkt u dan in de trefwoordenlijst voor andere trefwoorden. In de artikelen B1 tot en met B9 willen wij u eerst wijzen op een aantal regels die gelden voor alle zorg omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden:

B1 Uw Basisverzekering

De overheid stelt het verzekerde pakket van de Basisverzekering vast. De Zorgverzekeringswet en de daarbij horende regelgeving, schrijft voor waarvoor u verzekerd moet zijn. Elke zorgverzekeraar moet zich strikt aan de wet houden. In deze verzekeringsvoorwaarden hebben wij zo duidelijk mogelijk aangegeven waarvoor u verzekerd bent. Als er iets in deze verzekeringsvoorwaarden onverhoopt niet helemaal overeenkomt met de wettelijke regeling, dan geldt voor u wat in die wettelijke regeling staat.

B2 Restitutie

U heeft gekozen voor de Menzis ZorgZó. Dit is een verzekering die bestemd is voor iedereen die in Nederland woont, of daarbuiten en die een zorgverzekering moet sluiten. Menzis ZorgZó is een restitutieverzekering. Restitutie betekent dat u geen recht heeft op de zorg zelf, maar op vergoeding van de kosten van zorg en op bemiddeling om die zorg te krijgen. Op de volgende bladzijden staat alle zorg beschreven waarvoor u verzekerd bent. Voor uw zorg vergoeden we het bedrag dat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten.

B3 Keuzevrijheid

Menzis sluit overeenkomsten met zorgaanbieders. Zorgaanbieders zijn bijvoorbeeld ziekenhuizen, artsen, medisch specialisten en fysiotherapeuten. U kiest zelf uw zorgaanbieder, het maakt voor uw vergoeding niet uit of dat een gecontracteerde of niet gecontracteerde zorgaanbieder is. Daarop zijn een paar uitzonderingen: de Geestelijke Gezondheidszorg en Hulpmiddelen. Kiest u daar voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan vergoedt Menzis een deel van de kosten. Hoeveel, ziet u hierna bij Geestelijke Gezondheidszorg (B16), en Hulpmiddelen (B19).

De Menzis Zorgvinder

Menzis maakt afspraken met zorgaanbieders bij u in de buurt over de kwaliteit, snelheid, service en prijs van de zorg. Welke zorgaanbieders met Menzis een overeenkomst hebben, kunt u vinden via 'De Zorgvinder', onder het thema Zorgadvies op onze website www.menzis.nl/zorgvinder. Heeft u geen toegang tot internet? U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

B4.1 De inhoud en omvang van de zorg

De inhoud en omvang van de zorg in deze verzekeringsvoorwaarden wordt bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en de praktijk. Veel vormen van zorg zijn in de wet niet gedetailleerd omschreven. Deze vormen van zorg zijn aangeduid als zorg zoals een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden. Hiermee wordt de soort zorg aangegeven. Of een behandeling onder een verzekerde zorgvorm valt, wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Het voorgaande betekent dat u verzekerd bent voor die zorg die de betrokken beroepsgroep tot de aanvaarde verzameling van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. Andere zorgvormen zijn wel gedetailleerd omschreven, zoals farmaceutische zorg (zie artikel B17) en hulpmiddelenzorg (zie artikel B19). Ook hiervoor geldt dat deze zorgvormen alleen tot de verzekerde zorg behoren voor zover ze voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij sommige vormen van zorg ontbreekt een 'stand van de wetenschap', bijvoorbeeld bij zittend ziekenvervoer. Dan geldt een iets andere regel: u bent verzekerd voor hulp die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

B4.2 Voorwaardelijke toelating

Sommige vormen van zorg zijn voorwaardelijk tot de Basisverzekering toegelaten. Het gaat dan om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit niet of nog niet bewezen is. Dit kunnen nieuwe behandelmethoden zijn, maar ook zorg die al in de Basisverzekering zit maar waarover twijfel bestaat of is ontstaan.

Voor het jaar 2012 is voorwaardelijk toegelaten: behandeling van chronische specifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie. Deze behandeling is alleen verzekerd als de indicatie en de behandeling voldoen aan de voorwaarden die in het onderzoeksvoorstel staan dat door ZonMw wordt betaald.

B5 Indicatie en doelmatigheid

Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet 'redelijkerwijs zijn aangewezen' op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering.

B6 Verzekeringsreglement

In de voorwaarden wordt verwezen naar het Verzekeringsreglement, het Besluit zorgverzekering of de Regeling zorgverzekering. Deze maken onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden. Het Verzekeringsreglement kunt u downloaden op www.menzis.nl. U kunt het ook opvragen bij onze Klantenservice op 088 222 40 40.

B7 Toestemming

Voor bepaalde vormen van zorg heeft u vooraf schriftelijke toestemming van Menzis nodig. Waar dat het geval is, staat het vermeld en ook wat u moet doen om de toestemming te krijgen.

B8 Eigen risico

U heeft een verplicht eigen risico van € 220 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. U kunt naast uw verplicht eigen risico kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. In dat geval krijgt u een korting op de premiegrondslag. Deze korting bedraagt per maand bij een eigen risico van € 100 een bedrag van € 3, bij een eigen risico van € 200 een bedrag van € 6, bij een eigen risico van € 300 een bedrag van € 9, bij een eigen risico van € 400 een bedrag van € 12, bij een eigen risico van € 500 een bedrag van € 15.

⚠ Let op

Het (verplicht en vrijwillig) eigen risico geldt niet voor:

- verloskundige zorg en kraamzorg (voor de kosten van laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen en (ambulance)vervoer geldt het eigen risico wel),
- hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt (voor de kosten van onderhoud en gebruik van het hulpmiddel geldt het eigen risico wel),
- huisartsenzorg met inbegrip van zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (ketenzorg). Door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht,
- nacontroles van de donor bij transplantatie, nadat de periode genoemd in artikel B30, bij het zevende streepje onder 'Welke zorg' is verstreken.

Als u een eigen bijdrage heeft of een eigen betaling doet, telt dat niet mee voor het eigen risico. Als de verzekering niet op 1 januari begint of eindigt, wordt het eigen risico naar evenredigheid toegepast. Eerst wordt het verplicht eigen risico toegepast, daarna het vrijwillig eigen risico. Als Menzis rechtstreeks betaalt aan een zorgaanbieder, betaalt u of verzekeringnemer (ter keuze van Menzis) het eigen risico en de eventueel betaalde eigen bijdrage aan Menzis. U of verzekeringnemer ontvangt dan een nota van Menzis. Het eigen risico of een eigen bijdrage is ook van toepassing als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Voorbeelden

1. U wordt op 20 november 18 jaar. Het eigen risico gaat dan gelden vanaf 1 december. Dat jaar is het eigen risico voor 31/365 deel van toepassing.
2. U heeft een eigen risico van € 220. U wordt behandeld in het ziekenhuis, maar ontvangt geen nota. Menzis vergoedt de kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis. U ontvangt dan een nota van Menzis van € 220.
3. U wordt op 20 december 2012 opgenomen in het ziekenhuis, en op 10 januari 2013 weer ontslagen. Het eigen risico wordt nu éénmaal toegepast in het jaar 2012.

B9 Buitenland

Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-Verordening 883/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing. Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden..

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van zorg van een buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet gecontracteerde zorgaanbieder in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in de geestelijke gezondheidszorg. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of
- recht op vergoeding van kosten van zorg van een door Menzis gecontracteerde zorgaanbieder in de GGZ, of
- vergoeding van kosten van zorg door een niet gecontracteerde zorgaanbieder in de GGZ die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in de GGZ,

- recht op vergoeding van kosten van zorg tot maximaal het geldende Wmg-tarief als de zorg in Nederland zou zijn verleend, of tot een in Nederland geldend marktconform bedrag.

Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland zou zijn verleend.

Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal één nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.

Als u in het buitenland bent en u heeft daar zorg nodig dan kunt u bellen met de **Alarmcentrale op +31 317 455 555**. Dit telefoonnummer staat ook op uw zorgpas. De alarmcentrale is dag en nacht bereikbaar. Schakelt u de alarmcentrale in bij spoedeisende zorg.

Extra informatie

Extra informatie kunt u vinden in het informatieoverzicht buitenland. U kunt dit vinden op onze website www.menzis.nl. U kunt ook de brochure buitenland opvragen bij de Klantenservice op 088 222 40 40.

B10 Audiologische hulp

Audiologische hulp is een vorm van medisch specialistische zorg. Audiologische hulp is het voorkomen, opsporen, onderzoeken en behandelen van allerlei stoornissen aan het gehoor.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van:

- onderzoek naar de gehoorfunctie,
- advisering over aan te schaffen gehoorapparatuur,
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur,
- psychosociale zorg als u problemen heeft met de gestoorde gehoorfunctie,
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen bij een kind.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor audiologische hulp naar een audiologisch centrum.

Verwijzing

U heeft alleen recht op audiologische hulp als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.

Extra informatie

Zoekt u informatie over gehoorhulpmiddelen (hoortoestel)? Gehoorhulpmiddelen vallen onder B19 Hulpmiddelen. Meer informatie vindt u in het Verzekeringsreglement en de Regeling zorgverzekering. Deze kunt u vinden op www.menzis.nl.

B11 Gereserveerd

B12 Dieetpreparaten

Een dieetpreparaat is een voedingsmiddel met een andere samenstelling én in een andere vorm dan normale voeding. Een voorbeeld is sondevoeding.

Welke zorg

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

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

Welke zorgaanbieder

U kunt voor dieetpreparaten naar een apotheek, een apotheekhoudende huisarts of een leverancier van dieetpreparaten.

Maximale periode

Per recept heeft u recht op dieetpreparaten voor maximaal één maand.

Toestemming

Als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat, levert u samen met het recept een door uw huisarts, medisch specialist of diëtist ingevulde artsenverklaring in. Als aan de indicatievoorwaarden is voldaan krijgt u de dieetpreparaten direct mee. Als u naar een zorgaanbieder gaat die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig. U kunt in dat geval gebruik maken van een aanvraagformulier farmaceutische zorg van Menzis. Bij de aanvraag moet u een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van uw behandelend arts meesturen.

⚠ Let op

- Koopt u een dieetpreparaat in de algemene verkoop, zoals in de supermarkt of bij de drogist? Dan krijgt u geen vergoeding.
- De artsenverklaring wordt beoordeeld door de zorgaanbieder. Als u dat niet op prijs stelt, wordt de artsenverklaring beoordeeld door Menzis.

B12A Dyslexiezorg

Kinderen met dyslexie hebben moeite met lezen en spellen. Ze herkennen woorden niet en lezen woorden daarom bijna letter voor letter. Het is moeilijk om van die letters één woord te maken en om van alle woorden een vloeiende, logische zin te maken. Met dyslexiezorg kan het probleem bij kinderen met ernstige dyslexie zo klein mogelijk worden gemaakt.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van diagnose en behandeling van ernstige dyslexie als u zeven jaar of ouder bent en basisonderwijs volgt.

⚠ Let op

U heeft geen recht op vergoeding van kosten dyslexiezorg als deze zorg aanvangt:

- in 2012 en u bent op dat moment 12 jaar of ouder,
- in 2013 en u bent op dat moment 13 jaar of ouder.

Protocol

De zorg moet worden verleend volgens het Protocol Dyslexie Diagnose en Behandeling. Dit protocol maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden. U kunt het protocol vinden op www.menzis.nl. U kunt het ook opvragen bij onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor dyslexiezorg naar een in dyslexie gespecialiseerde praktijk of instituut, waar de zorg wordt geboden door of onder supervisie van een GZ-psycholoog, NIP Kinder- en Jeugdpsycholoog of NVO Orthopedagoog-Generalist gespecialiseerd in dyslexiezorg.

Verwijzing

U heeft alleen recht op dyslexiezorg als u een verwijzing heeft van uw basisschool. Deze verwijzing moet de informatie bevatten die omschreven is in het Protocol Dyslexie Diagnose en Behandeling.

B13 Erfelijkheidsonderzoek

Erfelijkheidsonderzoek is een vorm van medisch specialistische zorg. Bij erfelijkheidsonderzoek wordt uitgezocht of een bepaalde aandoening of aangeboren afwijking erfelijk is.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van:

- centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten,
- het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek,
- erfelijkheidsadviesing en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding,
- onderzoek bij andere personen als dit nodig is om u te adviseren. Deze andere personen kunnen dan ook geadviseerd worden.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor een erfelijkheidsonderzoek naar een centrum voor erfelijkheidsonderzoek of een ziekenhuis.

Verwijzing

U heeft alleen recht op erfelijkheidsonderzoek als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.

B14 Ergotherapie

Ergotherapie helpt mensen die door lichamelijke, geestelijke, zintuiglijke of emotionele aandoeningen problemen ondervinden bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. De ergotherapeut zorgt voor praktische oplossingen in de omgeving van de cliënt, zodat dagelijkse handelingen weer mogelijk zijn. De ergotherapeut kan ook advies geven over het gebruik van hulpmiddelen en ondersteuning bieden in de aanvraagprocedure.

Welke zorg

U heeft per kalenderjaar recht op vergoeding van kosten van maximaal 10 behandeluren ergotherapie als die het doel heeft uw zelfzorg en uw zelfredzaamheid te bevorderen en te herstellen.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een ergotherapeut.

Verwijzing

- Er is een lijst van Direct Toegankelijke Ergotherapeuten. Als u kiest voor één van deze ergotherapeuten is een schriftelijke verwijzing niet nodig. U kunt de lijst vinden op www.menzis.nl. U kunt ook bellen met de Klantenservice op 088 222 40 40.
- Als een ergotherapeut werkzaam is in een ziekenhuis, verzorgingshuis of revalidatiecentrum heeft u alleen recht op ergotherapie als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.
- Als een ergotherapeut niet direct toegankelijk is, heeft u alleen recht op ergotherapie als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.

B15 Fysiotherapie, oefentherapie, bekkentherapie

B15.1 Fysiotherapie

De fysiotherapeut stabiliseert, vermindert of herstelt functiestoornis of de gevolgen daarvan door het toepassen van fysiotherapie, massage, elektrotherapie, advisering of begeleiding. Hiermee probeert hij de functie van onder andere het houdings- en bewegingsapparaat te verbeteren. Normale houding en beweging zijn weer mogelijk of u leert zo goed mogelijk met uw beperkingen om te gaan.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van fysiotherapie. Waar u precies recht op heeft, hangt ervan af of u ouder of jonger bent dan 18 jaar.

18 jaar of ouder

U heeft recht op vergoeding van kosten vanaf de 21^e behandeling, als het gaat om een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst (Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering). Deze lijst kunt u vinden op www.menzis.nl. U kunt ook bellen met de Klantenservice op 088 222 40 40. In een aantal gevallen is de duur van de behandeling beperkt, bijvoorbeeld 3 of 9 maanden. Ook dat staat op de lijst die de minister van VWS heeft vastgesteld.

⚠ Let op

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van de eerste 20 behandelingen. In de aanvullende verzekeringen van Menzis zijn een aantal behandelingen verzekerd. Kijk daarvoor in uw aanvullende verzekering.

Jonger dan 18 jaar

U heeft recht op vergoeding van kosten van fysiotherapie in dezelfde gevallen als mensen van 18 jaar of ouder, maar dan vanaf de 1^e behandeling. U heeft ook recht op vergoeding van kosten van de eerste 9 behandelingen. Als u een aandoening heeft die niet op de lijst staat, heeft u recht op vergoeding van kosten van ten hoogste 9 behandelingen van dezelfde aandoening per jaar. Als de eerste 9 behandelingen niet toereikend zijn, heeft u recht op nog eens ten hoogste 9 behandelingen per jaar.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een fysiotherapeut die staat ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR). U kunt ook naar een kinderfysiotherapeut, een manueel therapeut, een oedeemtherapeut, geriatriefysiotherapeut of een bekkentherapeut. Voor oedeemtherapie en littekentherapie kunt u ook naar een huidtherapeut.

Verwijzing

- Er is een lijst van Direct Toegankelijke Fysiotherapeuten. Als u kiest voor één van deze therapeuten is een schriftelijke verwijzing niet nodig. U kunt de lijst vinden op www.menzis.nl. U kunt ook bellen met de Klantenservice op 088 222 40 40.
- Als een therapeut niet direct toegankelijk is, heeft u alleen recht op vergoeding van kosten van fysiotherapie als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.
- Als de klachten met uw werk te maken hebben, kunt u ook een schriftelijke verwijzing krijgen van uw bedrijfsarts.
- Bij kaakklachten kunt u ook een schriftelijke verwijzing krijgen van uw tandarts.
- Voor oedeemtherapie kunt u ook een schriftelijke verwijzing krijgen van de verloskundige.

⚠ Let op

Het werken aan verbetering of behoud van de conditie in de vorm van medische fitness of een vergelijkbare activiteit, zoals fysio-fitness, slender you en groepszwemmen, is niet verzekerd.

B15.2 Oefentherapie Cesar/Mensendieck

Oefentherapie is een behandeling volgens de theorieën van Cesar of Mensendieck. De therapie is gericht op de verbetering van de houding en manier van bewegen van mensen met lichamelijke klachten. Marie Cesar en Bess Mensendieck zijn de grondlegsters van oefentherapie. De gedachte achter de therapie is dat houdingen en bewegingen onbewust aangepast worden aan klachten en dat deze klachten hierdoor in stand worden gehouden. De therapie bestaat uit oefeningen om de houding en beweging te corrigeren.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van oefentherapie Cesar/Mensendieck. Waar u precies recht op heeft, hangt ervan af of u ouder of jonger bent dan 18 jaar.

18 jaar of ouder

U heeft recht op vergoeding van kosten van oefentherapie vanaf de 21^e behandeling, als het gaat om een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst (Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering). Deze lijst kunt u vinden op www.menzis.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. In een aantal gevallen is de duur van de behandeling beperkt, bijvoorbeeld maximaal 3 of 9 maanden. Ook dat staat op de lijst die de minister van VWS heeft vastgesteld.

⚠ Let op

U heeft recht op vergoeding van kosten van de eerste 20 behandelingen. In de aanvullende verzekeringen van Menzis is een aantal behandelingen verzekerd. Kijk daarvoor in uw aanvullende verzekering.

Jonger dan 18 jaar

U heeft recht op vergoeding van kosten van oefentherapie in dezelfde gevallen als mensen van 18 jaar of ouder, maar dan vanaf de 1^e behandeling. U heeft ook recht op vergoeding van kosten van de eerste 9 behandelingen. Als u een aandoening heeft die niet op de lijst staat, heeft u recht op vergoeding van kosten van ten hoogste 9 behandelingen van dezelfde aandoening per jaar. Als de eerste 9 behandelingen niet toereikend zijn, heeft u recht op nog eens ten hoogste 9 behandelingen per jaar.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een oefentherapeut Cesar/Mensendieck. U kunt ook naar een kinderoefentherapeut.

Verwijzing

- Er is een lijst van Direct Toegankelijke Oefentherapeuten. Als u kiest voor één van deze oefentherapeuten, is een schriftelijke verwijzing niet nodig. De lijst kunt u opvragen bij onze Klantenservice op 088 222 40 40. U kunt de lijst van direct toegankelijke therapeuten ook vinden op www.menzis.nl.
- Als een therapeut niet direct toegankelijk is, heeft u alleen recht op oefentherapie als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.
- Als de klachten met uw werk te maken hebben, kunt u ook een schriftelijke verwijzing krijgen van uw bedrijfsarts.

⚠ Let op

Het werken aan verbetering of behoud van de conditie in de vorm van medische fitness of een vergelijkbare activiteit, zoals fysio-fitness, slender you en groepszwemmen, is niet verzekerd.

B15.3 Bekkenfysiotherapie

De bekkenfysiotherapeut helpt bij het leren herkennen en trainen van alle relevante spieren rondom het bekken. De bekkenbodem is een spierlaag onder in het bekken, die de buikorganen draagt, zorgt voor het openen en sluiten van de bekkenuitgang en die bijdraagt aan de stabiliteit van het bekken. De bekkenbodemspieren werken nauw samen met de buik- en rugspieren en hebben een belangrijke functie in het dagelijks bewegen en bij het voorkómen van rug- en bekkenpijn.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie als u 18 jaar of ouder bent.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een bekkenfysiotherapeut.

Verwijzing

- Er is een lijst van Direct Toegankelijke Fysiotherapeuten. Als u kiest voor één van deze therapeuten is een schriftelijke verwijzing niet nodig. U kunt de lijst vinden op www.menzis.nl. U kunt ook bellen met de Klantenservice op 088 222 40 40.
- Als een therapeut niet direct toegankelijk is, heeft u alleen recht op fysiotherapie als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist of verloskundige.

⚠ Let op

Het werken aan verbetering of behoud van de conditie in de vorm van medische fitness of een vergelijkbare activiteit, zoals fysiofitness, slender you en groepszwemmen, is niet verzekerd.

B16 Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Geestelijke Gezondheidszorg is diagnostiek en behandeling van mensen met psychische stoornissen. Het doel is de geestelijke gezondheid te herstellen of te verbeteren en de kwaliteit van leven te verbeteren. De GGZ is onderverdeeld in eerstelijns psychologische zorg en specialistische GGZ. Specialistische GGZ is weer onderverdeeld in ambulante specialistische GGZ (zonder opname) en klinische specialistische GGZ (met opname).

B16.1 Eerstelijnspsychologische zorg

Eerstelijns psychologische zorg is gericht op diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van mensen met eenvoudige psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (bijvoorbeeld een psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog) is niet nodig.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van maximaal 5 zittingen eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar. De omvang van de zorg is begrensd door wat klinisch-psychologen plegen te bieden.

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van behandeling van aanpassingsstoornissen.

⚠ Let op

Heeft u een aanvullende verzekering? Lees dan ook E38.

Eigen bijdrage

U heeft een eigen bijdrage van € 20 per zitting en € 50 voor een internetbehandeltraject.

Voorbeeld

U heeft 5 zittingen gehad. Dan betaalt u zelf 5 keer de eigen bijdrage van € 20. Dat is € 100.

Het eigen risico van € 220 is ook van toepassing. U betaalt dus zelf in totaal € 320.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een gezondheidszorgpsycholoog of een Europees gecertificeerde therapeut (European Certificate of Psychotherapy, verleend door de European Association for Psychotherapy te Wenen), een Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP, een Orthopedagoog Generalist of een seksuologische hulpverlener die als seksuoloog geregistreerd staat in het betreffende register van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie. Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op onze website www.menzis.nl/zorgvinder vindt u onder het thema 'Zorgadvies' een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag van € 45 per zitting.

Verwijzing

U heeft alleen recht op eerstelijns psychologische zorg als u een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Als er sprake is van spoedeisende zorg dan heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit noodzakelijk van een Bureau Jeugdzorg dan wel een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in art. 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

B16.2 Specialistische GGZ zonder opname

Ambulante specialistische GGZ wil zeggen dat u regelmatig een bezoek brengt aan de hulpverlener voor uw behandeling, maar dat u gewoon thuis leeft en slaapt. De meeste aandoeningen kunnen ambulant behandeld worden.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van diagnostiek en behandeling van complexe aandoeningen. De omvang van de zorg is begrensd door wat psychiaters/zenuwartsen en klinisch-psychologen plegen te bieden.

⚠ Let op

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van behandeling van aanpassingsstoornissen.

Eigen bijdrage

Voor specialistische Geestelijke Gezondheidszorg betaalt u een eigen bijdrage van € 100 voor een DBC tot 100 minuten en een eigen bijdrage van € 200 voor een DBC vanaf 100 minuten. De eigen bijdrage is beperkt tot € 200 per kalenderjaar. Als de DBC wordt geopend voordat u 18 jaar bent, is geen eigen bijdrage verschuldigd. Voor de DBC's 'indirecte tijd' en 'crisis' geldt geen

eigen bijdrage. Indien 'bemoeizorg' de aanleiding is voor het starten van een DBC geldt geen eigen bijdrage. Bij onvrijwillige opname op basis van de wet BOPZ geldt geen eigen bijdrage.

Welke zorgaanbieder

Voor specialistische GGZ zonder opname kunt u naar een zelfstandig gevestigde psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog of naar een GGZ-instelling. Ook kunt u naar de polikliniek van een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op onze website www.menzis.nl/zorgvinder vindt u onder het thema 'Zorgadvies' een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Als er een Nederlands wettelijk tarief geldt, krijgt u 60% van dat tarief vergoed. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, krijgt u 60% van het bedrag dat in Nederland marktconform is.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van specialistische GGZ zonder opname als u een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts. Als er sprake is van spoedeisende zorg dan heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig. Jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg hebben alleen recht op vergoeding van kosten van specialistische GGZ zonder opname als zij een indicatiebesluit hebben van een Bureau Jeugdzorg dan wel een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

⚠ Let op

Komt u zonder tijdige afmelding niet op uw afspraak? Dan moet u de kosten daarvan zelf betalen.

B16.3 Specialistische GGZ met opname

Sommige psychische aandoeningen zijn zo ernstig, dat een ambulante behandeling niet meer toereikend is. Opname in een psychiatrische kliniek is dan de beste oplossing. Dat betekent dat u uw behandeling ontvangt in de kliniek maar ook dat u voor de duur van de behandeling leeft en slaapt in de kliniek. Ook in geval van een crisissituatie kan besloten worden tot een opname.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van :

- opname en verblijf, gedurende het etmaal, in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende maximaal 365 dagen. Een onderbreking van maximaal dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.
- bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, verpleging en verzorging, gedurende de periode van opname.

⚠ Let op

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van behandeling van aanpassingsstoornissen.

Eigen bijdrage

Voor specialistische Geestelijke Gezondheidszorg betaalt u een eigen bijdrage van € 100 voor een DBC tot 100 minuten en van € 200 voor een DBC vanaf 100 minuten. De eigen bijdrage is beperkt tot € 200 per kalenderjaar. Als de DBC wordt geopend voordat u 18 jaar bent, is geen eigen bijdrage verschuldigd. Voor de DBC's 'indirecte tijd' en 'crisis' geldt geen eigen bijdrage. Indien 'bemoeizorg' de aanleiding is voor het starten van een DBC geldt geen eigen bijdrage. Bij onvrijwillige opname op basis van de wet BOPZ geldt geen eigen bijdrage.

Voor verblijf betaalt u ook nog een eigen bijdrage van € 145 per maand. Tot 18 jaar is geen eigen bijdrage verschuldigd.

Gedurende de eerste 31 dagen bent u geen eigen bijdrage voor verblijf verschuldigd. Een onderbreking van ten hoogste 7 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 31 dagen. Over een gedeelte van een maand is de bijdrage gelijk aan het bedrag per maand, vermenigvuldigd met twaalf maal het aantal dagen waarover die bijdrage binnen die maand verschuldigd is en gedeeld door 365.

Welke zorgaanbieder

U kunt terecht bij een GGZ-instelling of bij de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op onze website www.menzis.nl/zorgvinder vindt u onder het thema 'Zorgadvies' een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Als er een Nederlands wettelijk tarief geldt, krijgt u 60% van dat tarief vergoed. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, krijgt u 60% van het bedrag dat in Nederland marktconform is.

Verwijzing

U heeft alleen recht op specialistische GGZ met opname als u een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts of van uw behandelaar (psychiater, psychotherapeut of klinisch-psycholoog). Als er sprake is van spoedeisende zorg dan heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig. Jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg hebben alleen recht op vergoeding van kosten van specialistische GGZ met opname als zij een indicatiebesluit hebben van een Bureau Jeugdzorg dan wel een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Toestemming

Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig.

B17 Geneesmiddelen

Een geneesmiddel (of medicijn) is een stof die een bepaalde, gewenste werking op het lichaam uitoefent. Geneesmiddelen zijn er in allerlei vormen, zoals tablet, injectievloeistof, zetpil, pleister. Er zijn duizenden geneesmiddelen op de markt. Om een geneesmiddel op de markt te mogen brengen, heeft de producent een handelsvergunning nodig. Die vergunning wordt alleen verleend als het (merk- of merkloze) geneesmiddel voldoet aan strenge kwaliteitseisen.

Welke zorg*Geregistreerde geneesmiddelen*

Met uitzondering van de uitgesloten middelen bedoeld onder het kopje 'Preferentiebeleid', heeft u recht op vergoeding van kosten van alle geneesmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke geneesmiddelen dat zijn, is te vinden in Bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. U kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen via www.overheid.nl. Als u wilt weten of een bepaald geneesmiddel op deze lijst staat, kunt u ook contact opnemen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Niet-geregistreerde geneesmiddelen

U heeft recht op vergoeding van geneesmiddelen die in de apotheek zelf zijn bereid. Ook heeft u recht op vergoeding van kosten van geneesmiddelen die uw arts voor gebruik door u bestelt, als dit geneesmiddel in Nederland is bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm van de Geneesmiddelenwet. Indien het gaat om een bestelling van een geneesmiddel dat in Nederland niet in de handel is maar wel in een ander land, is dit slechts toegestaan als u lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. In alle gevallen moet het gaan om rationele farmacotherapie. Dat wil zeggen dat behandeling plaatsvindt met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en de effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering.

Advies en begeleiding

In deze zorg is het advies van en de begeleiding door degene die u het geneesmiddel ter hand stelt, inbegrepen.

Let op

Er gelden beperkingen: preferentiebeleid, indicatie, plaats van toediening en maximale periode.

Preferentiebeleid

Ieder geneesmiddel heeft een werkzame stof. U heeft recht op vergoeding van kosten van alle werkzame stoffen die voorkomen in de geneesmiddelen op bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. Vaak zijn er verscheidene geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof op de markt. Bij sommige geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof en toedieningsvorm heeft u alleen recht op vergoeding van kosten van die geneesmiddelen die door Menzis zijn aangewezen. Dit zijn de zogenaamde preferente geneesmiddelen. Voor welke werkzame stoffen preferente geneesmiddelen zijn aangewezen en welke geneesmiddelen dat zijn, vindt u in het Verzekeringsreglement.

In uitzonderingsgevallen kan het voorkomen dat behandeling met een preferent geneesmiddel medisch niet verantwoord is. Dan heeft u recht op vergoeding van kosten van een ander geneesmiddel uit Bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. U kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen via www.overheid.nl.

Preferente geneesmiddelen

Als behandeling met een preferent geneesmiddel niet medisch verantwoord is en u dus een ander, niet preferent, geneesmiddel wilt gebruiken, heeft u voorafgaande toestemming nodig. Als u naar een apotheker gaat waarmee Menzis een overeenkomst heeft gesloten geeft deze apotheek u het geneesmiddel meteen mee als u een door een arts ondertekend recept inlevert waarop de arts 'medisch noodzakelijk' of MN heeft geschreven. Of als u samen met het recept een door uw huisarts, tandarts, medisch specialist, verloskundige of GGD-arts, ingevulde verklaring inlevert. Gaat u naar een apotheker waarmee Menzis geen overeenkomst heeft gesloten dan vraagt u met het aanvraagformulier farmaceutische zorg toestemming aan Menzis. Bij dit formulier moet u een gemotiveerde toelichting van uw arts sturen. Als het gaat om medicatie die u voor het eerst gebruikt, heeft

u de eerste 15 dagen ook zonder toestemming van Menzis recht op vergoeding van kosten van het geneesmiddel. U moet dan wel binnen die 15 dagen een aanvraag voor toestemming bij Menzis indienen. Als u de aanvraag niet tijdig indient, of als gebruik van het preferente middel volgens Menzis wel medisch verantwoord is, heeft u na de 15e dag geen recht meer op vergoeding van kosten van het niet-preferente geneesmiddel.

Indicatie

Op vergoeding van sommige geneesmiddelen heeft u alleen recht als u een indicatie heeft die in de wettelijke regeling is omschreven. U vindt deze geneesmiddelen en indicaties in Bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering. U kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen via www.overheid.nl. Voor sommige geneesmiddelen die op Bijlage 2 staan gelden ook andere voorwaarden, die u vindt in het Verzekeringsreglement. U kunt het Verzekeringsreglement vinden op www.menzis.nl of opvragen bij onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Plaats van toediening

Op vergoeding van kosten van sommige geneesmiddelen mogen alleen in een ziekenhuis worden toegediend en/of terhandgesteld, tenzij Menzis toestemming heeft gegeven voor toediening en/of terhandstelling elders. In tabel 2 in het Verzekeringsreglement staan deze geneesmiddelen vermeld. De geneesmiddelen die in tabel 3 van het Verzekeringsreglement staan, mogen alleen in een ziekenhuis worden toegediend en/of terhandgesteld. Toediening of terhandstelling buiten het ziekenhuis is niet verzekerd. In het Verzekeringsreglement staat ook wat onder een ziekenhuis wordt verstaan.

Maximale periode

Per recept heeft u recht op vergoeding van kosten van de geneesmiddelen voor een bepaalde periode. Deze periode is:

- vijftien dagen als u het geneesmiddel voor de eerste keer gebruikt,
- vijftien dagen als een acute aandoening met antibiotica of chemotherapeutica moet worden bestreden,
- drie maanden voor geneesmiddelen die een chronische ziekte behandelen en zes maanden als het daarbij gaat om een middel dat door Menzis als preferent is aangewezen,
- één maand voor slaapmiddelen en kalmeringsmiddelen,
- een jaar voor orale anticonceptiva (de pil). Als u voor het eerst orale anticonceptiva voorgeschreven krijgt, is de maximale termijn drie maanden,
- één maand voor geneesmiddelen die meer kosten dan € 500 per maand voor de behandeling van kanker,
- een maand in alle andere gevallen.

Als u voor de eerste keer vloeibare geneesmiddelen bij uw apotheker of apothekhoudend huisarts haalt, dan worden deze in de kleinste handelsverpakking geleverd.

Eigen bijdrage

Het kan zijn dat u een eigen bijdrage moet betalen. In bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering staan alle geneesmiddelen waar u recht op heeft. Deze bijlage heeft een onderdeel A en een onderdeel B. In onderdeel A staan alle geneesmiddelen waarvoor een vergoedingslimiet is vastgesteld. Als u een geneesmiddel gebruikt dat meer kost dan de vergoedingslimiet, moet u het gedeelte dat hoger is dan de limiet zelf betalen. Als het geneesmiddel dat u gebruikt in onderdeel B staat, is er geen vergoedingslimiet.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van geneesmiddelen:

- in gevallen die zijn aangegeven in de Regeling zorgverzekering,
- in geval van ziekterisico bij reizen,
- voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet,
- die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel,
- als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor geneesmiddelen naar een apotheek of een apothekhoudend huisarts.

Recept

U heeft een recept nodig van een huisarts, tandarts, medisch specialist, verloskundige of GGD-arts.

Toestemming

Voor sommige geneesmiddelen heeft u voorafgaande toestemming nodig. Welke geneesmiddelen dat zijn, vindt u in het Verzekeringsreglement in tabel 1. Uw arts kan een bij dit geneesmiddel horende artsenverklaring invullen. Hiervoor zijn speciale formulieren, die u kunt vinden op www.znformulieren.nl. Als u met deze artsenverklaring naar een apotheek gaat waarmee Menzis een overeenkomst heeft gesloten, beoordeelt de apotheker of u recht heeft op vergoeding van kosten van het geneesmiddel. U hoeft dan niet eerst aan Menzis toestemming te vragen. Gaat u voor het geneesmiddel naar een apotheek waarmee Menzis geen overeenkomst heeft gesloten, dan moet u wel eerst toestemming vragen aan Menzis.

B18 Huisartsenzorg

De huisarts is het eerste aanspreekpunt als u vragen over gezondheid en ziekte heeft. Huisartsenzorg is vrij toegankelijk en persoonsgericht. In de avond, nacht, of het weekend kunt u hulp krijgen op een huisartsenpost.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van:

- huisartsenzorg, behalve de griep prik (tenzij daar een medische reden voor is),
- door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek,
- medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundige domein, waarover Menzis en de huisarts afspraken hebben gemaakt.
- ketenzorg voor diabetes als Menzis hierover met uw huisarts afspraken heeft gemaakt. Met welke huisartsen Menzis deze afspraken heeft gemaakt, kunt u vinden op www.menzis.nl. Ketenzorg is een zorgprogramma speciaal voor mensen met diabetes waaraan meerdere zorgaanbieders deelnemen, waardoor de zorg beter op elkaar afgestemd is. U kunt kiezen of u deel wilt nemen aan ketenzorg.

Welke zorgaanbieder

Voor huisartsenzorg gaat u naar de huisarts. Huisartsenzorg kan ook worden verleend door een hulpverlener die onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts werkt, bijvoorbeeld een doktersassistente, nurse practitioner, praktijkondersteuner of door een zorgaanbieder waarmee Menzis afspraken heeft gemaakt over huisartsenzorg. In de avond, nacht, of in het weekend kunt u voor huisartsenzorg bij acute, spoedeisende problemen die niet kunnen wachten tot de volgende werkdag naar de huisartsenpost of naar de dienstdoende huisarts.

B19 Hulpmiddelen

Een medisch hulpmiddel is bijvoorbeeld een hoortoestel of een beenprothese, maar u kunt ook denken aan incontinentiemateriaal, verbandmiddelen en diabetestestmaterialen.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van functionerende hulpmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke hulpmiddelen dat zijn, is te vinden in de Regeling zorgverzekering. In het Verzekeringsreglement heeft Menzis nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. Sommige groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar zelf in het Verzekeringsreglement kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Verzekeringsreglement opgenomen? Dient u dan een aanvraag in bij Menzis. Menzis zal dan uw aanvraag beoordelen. In de Regeling zorgverzekering zijn ook de indicatiecriteria opgenomen waaraan u moet voldoen om aanspraak te kunnen maken op het hulpmiddel. U kunt de Regeling zorgverzekering en het Verzekeringsreglement vinden op www.menzis.nl. Als u wilt weten of een bepaald hulpmiddel op deze lijst staat, kunt u ook contact opnemen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Eigen bijdrage

Voor sommige hulpmiddelen geldt een wettelijke eigen bijdrage of maximale vergoeding. U kunt in de Regeling zorgverzekering en in het Verzekeringsreglement vinden of dat het geval is en hoe hoog de eigen bijdrage of maximale vergoeding dan is. U betaalt de eigen bijdrage aan de leverancier. De wettelijke eigen bijdragen en maximale vergoedingen kunt u ook vinden in het Verzekeringsreglement.

Welke zorgaanbieder

In uitzondering op B2 en B3 van deze polis, verstrekt Menzis enkele hulpmiddelen in bruikleen. In het Verzekeringsreglement is aangegeven welke hulpmiddelen Menzis in bruikleen verstrekt. Voor verstrekking van bruikleenhulpmiddelen dient u zich te wenden tot een door Menzis gecontracteerde leverancier. Als u wilt weten welke leveranciers met Menzis een overeenkomst hebben, kunt u contact opnemen met onze Klantenservice op 088 222 40 40 of www.menzis.nl raadplegen. Indien u een bruikleenhulpmiddel in eigendom wilt aanschaffen of wilt huren van een niet gecontracteerde leverancier is aangegeven in het Verzekeringsreglement hoe hoog de vergoeding is. Als u voor een hulpmiddel naar een door Menzis niet gecontracteerde leverancier gaat, moet deze leverancier soms aan bepaalde kwaliteits- of deskundigheidseisen voldoen. Welke dit zijn, kunt u per hulpmiddel lezen in het Verzekeringsreglement.

Toestemming

In het Verzekeringsreglement staat per hulpmiddel of voorafgaande toestemming van Menzis nodig is. Het kan hierbij gaan om een eerste verstrekking, maar ook om vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel. Als u naar een gecontracteerde leverancier gaat, is voorafgaande toestemming van Menzis voor de meeste hulpmiddelen vaak niet nodig. De leverancier beoordeelt uw aanvraag. Als de leverancier niet zeker weet of Menzis u het hulpmiddel verstrekt of vergoedt, zal hij de aanvraag voor toestemming doorsturen naar Menzis.

⚠ Let op

- Als u naar een leverancier wilt die geen overeenkomst heeft met Menzis, heeft u voorafgaande toestemming nodig. Vermeldt u op de aanvraag voor toestemming dat u gebruik wilt maken van een leverancier die met Menzis geen overeenkomst heeft.
- Als u een tweede exemplaar van eenzelfde hulpmiddel wilt, heeft u hiervoor in alle gevallen voorafgaande toestemming van Menzis nodig.
- In het Verzekeringsreglement wordt per hulpmiddel uitgelegd aan welke andere voorwaarden u moet voldoen, bijvoorbeeld het meesturen van een toelichting van een arts.
- Als Menzis maar één leverancier voor een bepaald soort hulpmiddel heeft gecontracteerd, kan Menzis de toestemming in kopie rechtstreeks naar die leverancier sturen. Dit geldt ook als de levering niet op zich kan laten wachten omdat er sprake is van een medische noodzaak.

Gebruik hulpmiddel

Als u het hulpmiddel met opzet beschadigt of als schade is ontstaan omdat door uw schuld niet goed voor het hulpmiddel is gezorgd, heeft u geen recht op vergoeding van kosten van vervanging, correctie of herstel van het hulpmiddel voordat de gebruiksduur die in het Verzekeringsreglement staat is verstreken. Als u het hulpmiddel in bruikleen heeft en het is door u met opzet beschadigd of de schade is ontstaan omdat door uw schuld niet goed voor het hulpmiddel is gezorgd, dan kan Menzis de kosten hiervan op u verhalen.

⚠ Let op

- U heeft geen recht op vergoeding van kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen, tenzij in de Regeling zorgverzekering is bepaald dat deze vergoed worden. Een voorbeeld van normaal gebruik is het vervangen van batterijen.
- Als in het Verzekeringsreglement gebruikstermijnen of gebruiksaantallen genoemd worden, zijn deze bedoeld om een normaal gemiddelde aan te geven. Van deze gebruikstermijnen of gebruiksaantallen kan in individuele gevallen worden afgeweken.
- Als u recht heeft op een hulpmiddel wordt hiermee bedoeld dat u recht heeft op vergoeding (verstrekking in geval van bruikleen), vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel.
- Zie voor hulpmiddelen voor thuisdialyse: niet klinische dialyse (B25). Zie voor hulpmiddelen voor het zelf meten van bloedstollingtijden: trombosedienst (B31).

B20.1 In-vitrofertilisatie (IVF)

In-vitrofertilisatie is een vorm van medisch specialistische zorg. IVF wordt ook wel reageerbuisbevruchting genoemd. Het is een voortplantingstechniek waarbij een of meer eicellen buiten het lichaam worden bevrucht met zaadcellen. Eén of twee embryo's worden in de baarmoeder geplaatst. Als het nodig is kan dit meerdere keren gebeuren.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap. Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) en een eiceldonatiebehandeling worden gelijkgesteld met IVF. De behandeling van de donor van de eicel en de donatie van de eicel, zijn geen verzekerde zorg.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor IVF naar een daarin gespecialiseerd ziekenhuis.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van IVF als u een schriftelijke verwijzing van uw medisch specialist heeft.

Extra informatie

Een volledige IVF-poging bestaat uit de volgende 4 fasen:

1. u krijgt hormonen die de rijping van eicellen in uw lichaam bevorderen,
2. daarna volgt de follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen),
3. de eicellen worden bevrucht en in het laboratorium worden embryo's gekweekt,
4. tenslotte worden een of twee embryo's in de baarmoederholte geïmplant.

Een poging gaat pas als een poging tellen als er een geslaagde follikelpunctie heeft plaatsgevonden. Alleen een poging die is geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat sprake is van een doorgaande zwangerschap, telt mee voor het aantal pogingen. Een doorgaande zwangerschap is een zwangerschap van ten minste 10 weken, gerekend vanaf het moment van de follikelpunctie. Of, in geval van terugplaatsing van gecryopreserveerde (ingevroren) embryo's, is een doorgaande zwangerschap een zwangerschap van ten minste 9 weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie. De terugplaatsing van alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn. Een zwangerschap van ten minste 12 weken na de eerste dag van de laatste menstruatie, die zonder medisch ingrijpen is ontstaan, is ook een doorgaande zwangerschap.

Voorbeelden

1. Bij uw derde poging wordt een follikelpunctie uitgevoerd. Na 4 weken gaat het mis en wordt deze poging afgebroken. Een volgende poging krijgt u niet vergoed.
2. Bij uw derde poging wordt een follikelpunctie uitgevoerd. Na 4 weken gaat het mis. Omdat er nog een gecryopreserveerd embryo is, wordt deze teruggeplaatst. Dit hoort nog bij dezelfde (derde) poging.
3. Bij uw derde poging wordt een follikelpunctie uitgevoerd. Na 15 weken gaat het mis. U heeft nu weer opnieuw recht op 3 pogingen.
4. U heeft 3 pogingen vergoed gekregen, zonder resultaat. Na enige tijd bent u toch zwanger, zonder medisch ingrijpen. Deze zwangerschap duurt 12 weken. U heeft nu weer opnieuw recht op 3 pogingen.

B20.2 Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen**Welke zorg**

Medisch specialistische zorg zoals bedoeld in artikel B24 omvat bij overige fertiliteitsbevorderende behandelingen: gynaecologische en urologische behandelingen die de fertiliteit bevorderen (bijvoorbeeld O.I. en I.U.I.).

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een gynaecoloog of uroloog.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van overige fertiliteitsbevorderende behandelingen als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.

B21 Kraamzorg

De kraamverzorgende assisteert de verloskundige of arts tijdens de bevalling, en regelt zaken als het wasgoed in de eerste uren na de bevalling. Daarna helpt de kraamverzorgende doorgaans gedurende een week bij de verzorging van de moeder en de baby. Zij verstrekt informatie en controleert moeder en kind in de eerste dagen na de bevalling.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van kraamzorg tot maximaal 10 dagen vanaf de dag van uw bevalling.

Protocol

Het aantal uren kraamzorg wordt vastgesteld aan de hand van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. U kunt het protocol vinden op www.menzis.nl.

Eigen bijdrage

Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 4 per uur voor kraamzorg bij u thuis. Ook geldt een eigen bijdrage van € 16 per dag voor zowel moeder als kind voor kraamzorg, verleend in een ziekenhuis of instelling zonder dat verblijf in het ziekenhuis of de instelling medisch noodzakelijk is. Bedraagt het tarief van de instelling meer dan € 112,50 per dag, dan komen de meerkosten eveneens voor uw rekening. U kunt de eigen bijdragen terugvinden in de Regeling zorgverzekering.

Welke zorgaanbieder

Kraamzorg wordt verleend door een gediplomeerde kraamverzorgende die verbonden is aan een kraamzorginstelling.

Aanmelding

Meldt u zich, bij voorkeur voor de zoe week van de zwangerschap, aan bij de Servicelijn Kraamzorg van Menzis op 0900 202 5003. De Servicelijn verzorgt dan de verdere aanmelding bij de aanbieder. Heeft u een aanvullende verzekering? Vraag dan meteen het kraampakket aan.

B22 Logopedie

Een logopedist geeft hulp bij stoornissen van adem, stem, spraak, taal en horen. Deze hulp kan bestaan uit het behandelen van de stoornis, maar ook uit het afnemen van een onderzoek, het geven van adviezen en voorlichting en het begeleiden van de familie(verzorger) van de patiënt.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van logopedie als:

- die een geneeskundig doel heeft, en
- van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.

⚠ Let op

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van logopedie in verband met:

- dyslexie (zie B12A),
- taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid,

- behandeling in verband met beroepsuitoefening, bijvoorbeeld voor zangers,
- spreken in het openbaar.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een logopedist.

Verwijzing

- Er is een lijst van Direct Toegankelijke Logopedisten. Als u kiest voor één van deze logopedisten is een schriftelijke verwijzing niet nodig. U kunt de lijst vinden op www.menzis.nl. U kunt ook bellen met de Klantenservice op 088 222 40 40.
- Als een logopedist werkzaam is in een ziekenhuis, verzorgingshuis of revalidatiecentrum heeft u alleen recht op logopedie als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist of tandarts.
- Als een logopedist niet direct toegankelijk is, heeft u alleen recht op logopedie als u een schriftelijke verwijzing van uw huisarts, medisch specialist of tandarts heeft.

B23 Mechanische beademing

Mechanische beademing is bedoeld voor mensen die niet meer voldoende zelfstandig kunnen ademen. Zij krijgen lucht via een machine. De patiënt is aangesloten op een beademingsapparaat via één of twee slangen. De slangen zijn verbonden met een mondkapje of een zogenaamde tube die de luchtweg ingaat. Mechanische beademing kan worden gegeven in een beademingscentrum of thuis.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van mechanische beademing, en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in een beademingscentrum.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een beademingscentrum.

⚠ Let op

Als u thuis mechanische beademing krijgt, blijft u wel onder behandeling bij het beademingscentrum. Het beademingscentrum stelt de gebruiksklare apparatuur ter beschikking. Het beademingscentrum levert de medisch specialistische zorg en geneesmiddelen die bij de beademing horen.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van mechanische beademing als u een schriftelijke verwijzing van uw huisarts of medisch specialist heeft.

B24 Medisch specialistische zorg

Een medisch specialist is een arts die na zijn basisopleiding een specialistische opleiding heeft gevolgd en als medisch specialist geregistreerd is. Er zijn in Nederland ongeveer 30 verschillende specialismen. De meeste medisch specialisten zijn verbonden aan een ziekenhuis.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van:

- onderzoek en diagnostiek,
- behandeling,
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,
- laboratoriumonderzoek,
- behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie, indien de indicatie en de behandeling van de verzekerde overeenkomstig de voorwaarden zijn die opgenomen zijn in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd.

⚠ Let op

Sommige vormen van (medisch specialistische) zorg zijn in deze verzekeringsvoorwaarden apart beschreven. Kijk voor bijzonderheden onder het desbetreffende artikel. Dit zijn:

- Audiologische hulp (zie artikel B10),
- Erfelijkheidsonderzoek (zie artikel B13),
- Een gedeelte van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (zie artikel B16),
- In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitbevorderende behandelingen (zie artikel B20),
- Mechanische beademing (zie artikel B23),
- Niet-klinische haemodialyse in een dialysecentrum (zie artikel B25),
- Oncologische hulp voor kinderen (zie artikel B26),
- Verblijf in het ziekenhuis (zie artikel B32),

- Plastische chirurgie (zie artikel 27),
- Revalidatie (zie artikel B28),
- Transplantatie (zie artikel B30),
- Trombosedienst (zie artikel B31).

Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum dat specialistische zorg biedt.

⚠ Let op

Zelfstandige behandelcentra bieden niet alle vormen van specialistische zorg. Medisch specialistische zorg die verleend wordt door een instelling die niet is toegelaten op grond van de WTZi, wordt niet vergoed.

Medisch specialistische zorg voor zover het een behandeling betreft met een geneesmiddel dat voorkomt in tabel 2 of 3 van het verzekeringsreglement wordt alleen vergoed als de behandeling in of door het ziekenhuis plaatsvindt.

Verwijzing en toestemming

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van medisch specialistische zorg als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verloskundige, een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of een arts verstandelijk gehandicapten. Als de klachten met uw werk te maken hebben, kan de bedrijfsarts ook verwijzen. Voor het plaatsen van tandheelkundige implantaten door een kaakchirurg heeft u een verwijzing van een tandarts nodig. Voor spoedeisende zorg heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig. Op vergoedingen van kosten van deze behandelingen heeft u alleen recht als u voor de behandeling toestemming heeft gekregen van Menzis:

- klinische longrevalidatie,
- zorg in het astmacentrum in Davos, en
- een behandeling die staat vermeld op de limitatieve lijst medische specialistische zorg van Zorgverzekeraars Nederland. Deze lijst kunt u vinden op www.zn.nl.

B25 Niet-klinische dialyse

Onder de niet-klinische dialyse vallen haemodialyse en peritoneaaldialyse. Haemodialyse is een therapie die de nierfunctie vervangt waarbij gebruik gemaakt wordt van filters; de zogenoemde kunstnieren. Bij peritoneaaldialyse wordt om het bloed te zuiveren spoelvoeistof in de buikholte gebracht. Daarom wordt het ook wel buikspoeling genoemd. Dialyse kan worden gegeven in een dialysecentrum, maar ook thuisdialyse is mogelijk.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse, de daarbij behorende medisch specialistische zorg, onderzoeken, behandeling, verpleging, geneesmiddelen en psychosociale begeleiding. De psychosociale begeleiding is ook voor personen die helpen bij het uitvoeren van de dialyse thuis.

Bij thuisdialyse heeft u ook recht op:

- vergoeding van de kosten van een opleiding van de personen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen,
- bruikleen van dialyseapparatuur met toebehoren,
- regelmatige controle en het onderhoud van de dialyseapparatuur (vervanging inbegrepen),
- chemicaliën en vloeistoffen, die nodig zijn voor de dialyse,
- vergoeding van de kosten van aanpassingen die redelijkerwijs in uw woning verricht moeten worden en het weer ongedaan maken van die aanpassingen, voor zover er geen andere wettelijke regeling is die deze aanpassingen en het ongedaan maken daarvan (gedeeltelijk) vergoedt,
- vergoeding van kosten die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen en niet op grond van een andere regeling worden vergoed,
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse,
- de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij thuisdialyse.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een dialysecentrum.

Verwijzing

U heeft alleen recht op niet-klinische dialyse als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.

⚠ Let op

Bruikleen van dialyseapparatuur en de verstrekking in eigendom van de overige gebruiksartikelen bij thuisdialyse valt onder hulpmiddelenzorg. Zie artikel B19.

B26 Oncologische hulp voor kinderen

Voor een effectieve behandeling van kanker is, naast het stellen van de juiste diagnose, onderzoek naar de uitbreiding van de ziekte en verdere typering van de tumor nodig. Voor kinderen met bloed- en lymfklierkanker beschikt de SKION over een centraal laboratorium, waar bloed, beenmerg en hersenvocht van alle Nederlandse kinderen met deze ziekten worden onderzocht.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van registratie, onderzoek en vergelijking met het aanwezige materiaal voor een zo goed mogelijk behandelplan.

Welke zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION).

Verwijzing

U heeft een schriftelijke verwijzing nodig van de huisarts of de medisch specialist.

B27 Plastische chirurgie

Plastische chirurgie is een chirurgisch specialisme waarin men zich richt op het uit functioneel (soms esthetisch) oogpunt aanpassen van het uiterlijk, bijvoorbeeld het herstellen van aangeboren of opgelopen verminkingen. Plastische chirurgie is zeer beperkt opgenomen in de Basisverzekering.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen,
- verminkingen die gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting,
- verlamde of verslaptte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening,
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen,
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

⚠ Let op

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om:

- correctie van verlamde of verslaptte bovenoogleden die niet het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening,
- liposuctie (het onderhuids wegzuigen van vetophoping) van de buik,
- het operatief plaatsen en vervangen van een borstprothese, behalve nadat één of beide borsten geheel of gedeeltelijk geamputeerd zijn,
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak,
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek,
- sterilisatie,
- het ongedaan maken van een sterilisatie,
- besnijdenis.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor plastische chirurgie naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum als daaraan een medisch specialist verbonden is.

Verwijzing en toestemming

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van plastische chirurgie als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts). U heeft ook voorafgaande toestemming van Menzis nodig.

B28 Revalidatie

Revalidatie is een vorm van medisch specialistische zorg onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts. Revalidatie is gericht op het herstel van mensen met een tijdelijke of chronische aandoening als gevolg van een ongeval, medische ingreep of ernstige ziekte. Indien volledig herstel niet op korte termijn wordt verwacht, probeert de revalidatiearts met behulp van zorgverleners uit verschillende disciplines u te helpen blijvende beperkingen te voorkomen. Als dat ook niet mogelijk is, werkt de revalidatiearts en zijn team samen met u om uw beperking zo goed mogelijk in uw leven, uw omgeving en de maatschappij in te passen.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van revalidatie als deze zorg voor u het meest doeltreffend is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Met revalidatie bent u in staat een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden, die rekening houdend met uw handicap, redelijkerwijs mogelijk is. Het moet gaan om een handicap die het gevolg is van:

- stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen, of
- een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie (de processen van onder andere leren, waarnemen, herinneren, denken) of het gedrag.

⚠ Let op

U heeft recht op vergoeding van kosten van revalidatie in deeltijd- of dagbehandeling. U wordt voor revalidatie alleen opgenomen als daarmee snel betere resultaten zijn te verwachten dan met revalidatie in deeltijd of dagbehandeling.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor revalidatie naar een revalidatiearts die verbonden is aan een instelling voor revalidatie.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van revalidatie als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts). Als de klachten met uw werk te maken hebben, kan de bedrijfsarts ook verwijzen.

Toestemming

Als u voor revalidatie wordt opgenomen, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig.

⚠ Let op

Arbeidsreïntegratie is geen verzekerde zorg.

B28A Second opinion

Een second opinion is het vragen van een beoordeling van een door een arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling aan een tweede, onafhankelijke arts die werkzaam is op hetzelfde specialisme of vakgebied als de eerste geconsulteerde arts.

Welke zorg

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van een second opinion als u:

- een verwijzing heeft voor een second opinion van uw behandelaar;
- de second opinion betrekking heeft op de geneeskundige zorg zoals reeds besproken met de eerste behandelaar, en
- u met de second opinion terugkeert naar de oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over uw behandeling.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een huisarts, medisch specialist, verloskundige, psychotherapeut, klinisch psycholoog, GGZ instelling of een (polikliniek van een) psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

Verwijzing

U heeft alleen recht op een second opinion als u een schriftelijke verwijzing van uw behandelaar heeft.

B29 Tandheelkunde**B29.1 Bijzondere tandheelkunde**

Bijzondere tandheelkunde is bedoeld voor mensen voor wie reguliere tandheelkunde niet toereikend is, door een bijzondere aandoening. U kunt hierbij denken aan een verhemeltespleet of een zeer ernstige overbeet.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van bijzondere tandheelkunde die noodzakelijk is als u:

- een ernstige ontwikkelingstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft. Hieronder zijn tevens begrepen het aanbrengen van implantaten bij een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur. Deze moeten dan dienen om een uitneembare prothese op te bevestigen,
- een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft,
- een niet-tandheelkundige medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder de bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben.

⚠ Let op

- U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van bijzondere tandheelkunde als deze noodzakelijk is om een tandheelkundige functie te behouden of te verwerven, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.

- U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van orthodontische hulp als er sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Eigen bijdrage

Een deel van de kosten voor bijzondere tandheelkunde is voor uw eigen rekening. Hoeveel uw eigen bijdrage is, wordt door de minister van VWS bepaald en kunt u vinden in de Regeling zorgverzekering. Raadpleeg de regeling op www.menzis.nl of vraag deze op bij onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een tandarts, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde, kaakchirurg of orthodontist.

Verwijzing

- U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van bijzondere tandheelkunde door een orthodontist als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw tandarts of kaakchirurg.
- U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van bijzondere tandheelkunde door een kaakchirurg als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw tandarts of huisarts. De kaakchirurg moet verbonden zijn aan een ziekenhuis.
- U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van bijzondere tandheelkunde door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, tandarts of kaakchirurg.

Toestemming

Voor bijzondere tandheelkunde heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig. Stuurt u bij uw aanvraag een schriftelijke motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder.

B29.2 Tandheelkunde

U heeft recht op tandheelkunde. Waar u precies recht op heeft, hangt ervan af of u jonger bent dan 18 jaar of 18 jaar of ouder.

Welke zorg

Tot en met 17 jaar

U heeft recht op vergoeding van kosten van:

- één periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, tenzij u meer keren per jaar zo'n onderzoek nodig heeft,
- incidenteel tandheelkundig consult,
- het verwijderen van tandsteen,
- twee fluorideapplicaties per jaar als u 6 jaar of ouder bent, tenzij u meer keren per jaar zo'n applicatie nodig heeft,
- sealing,
- parodontale hulp (behandeling van tandvlees),
- anesthesie (verdoving),
- endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling),
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen),
- gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtproblemen of knarsen),
- uitneembare prothetische voorzieningen (kunstgebit en frameprothese),
- tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten:
 - als het ter vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden is die niet zijn aangelegd, of
 - als het ontbreken van die tand(en) het directe gevolg is van een ongeval,
- chirurgische tandheelkundige hulp, behalve het aanbrengen van implantaten,
- röntgenonderzoek (foto), behalve röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

⚠ Let op

Gaat u buiten de normale openingstijden naar de tandarts, dan heeft u alleen recht op tandheelkunde als het bezoek niet tot een andere dag kan worden uitgesteld.

Vanaf 18 jaar

U heeft recht op vergoeding van kosten van:

- chirurgische tandheelkundige hulp door een kaakchirurg en het daarbij horende röntgenonderzoek, behalve parodontale chirurgie, het aanbrengen van implantaten en ongecompliceerde extracties,
- uitneembare volledige protheses voor de boven- of onderkaak.

Eigen bijdrage

Als u 18 jaar of ouder bent is een deel van de kosten voor een uitneembare volledige prothese en chirurgische tandheelkundige hulp voor uw eigen rekening. Hoeveel uw eigen bijdrage is, wordt door de minister van VWS bepaald en kunt u vinden in de Regeling zorgverzekering. Raadpleeg de regeling op www.menzis.nl of vraag deze op bij onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een tandarts, kaakchirurg of tandprotheticus.

Verwijzing

U heeft alleen recht op behandeling door een kaakchirurg als u een schriftelijke verwijzing heeft van een tandarts of huisarts.

Toestemming

U heeft voorafgaande toestemming van Menzis nodig:

- voor tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten,
- voor parodontale hulp, behandeling onder narcose, osteotomie en het plaatsen van een implantaat door een kaakchirurg,
- als een tandarts een volledige en uitneembare prothese voor de boven- of onderkaak maakt en de totale kosten (inclusief de techniekkosten) meer dan € 650 per kaak zijn,
- als een niet gecontracteerde tandprotheticus een volledige en uitneembare prothese voor de boven- of onderkaak maakt en de totale kosten (inclusief de techniekkosten) meer dan € 400 per kaak zijn,
- als de volledige en uitneembare prothese voor de boven- en/of onderkaak die u nu draagt, binnen 6 jaar na levering wordt vervangen. Dit geldt niet voor een immediaatprothese,
- als u moet worden behandeld op de plaats waar u verblijft (bijvoorbeeld thuis of in een instelling).

Stuurt u bij uw aanvraag een schriftelijke motivatie en een behandelplan mee van de zorgaanbieder.

B30 Transplantatie

Transplantatie is een vorm van medisch specialistische zorg. Transplantatie is het vervangen van een slecht of niet meer functionerend orgaan of weefsel van een patiënt door dat van een donor. Organen/weefsels die getransplanteerd kunnen worden, zijn bijvoorbeeld het hart, de huid, de longen, de nieren, de pancreas (alvleesklier), de lever, bot en beenmerg. Ook gedeelten van organen kunnen worden getransplanteerd.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van transplantatie van weefsels en organen als de transplantatie wordt verricht:

- in een lidstaat van de Europese Unie,
- in een staat die behoort tot de Europese Economische Ruimte, of
- in de staat waar de donor woont, als de donor uw echtgenoot, geregistreerd partner of bloedverwant in de 1e, 2e of 3e graad is.

U heeft ook recht op vergoeding van de kosten van:

- specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor,
- specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor,
- het onderzoek, het bewaren, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie,
- zorg voor de donor die verband houdt met de opname in een instelling voor selectie en verwijdering van het transplantatiemateriaal, gedurende maximaal 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit die instelling. Deze zorg voor de donor omvat de zorg waar u op grond van deze Basisverzekering recht op heeft,
- vervoer van de donor binnen Nederland in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis of in verband met de zorg zoals omschreven in het vorige punt van deze opsomming. Vergoed worden de kosten van de laagste klasse van openbaar vervoer binnen Nederland, of als dat medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland,
- vervoer naar en van Nederland van een buiten Nederland wonende lever-, nier- of beenmerg donor. Overige kosten gemoeid met de transplantatie en het wonen in het buitenland van de donor worden ook vergoed, behalve kosten van verblijf in Nederland en gederfde inkomsten.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor transplantatie naar een medisch specialist.

Verwijzing

U heeft alleen recht op transplantatie als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.

B31 Trombosedienst

Trombose is een stolsel in een ader of slagader. Dit kan voorkomen in bijvoorbeeld de beenvaten, kransslagaders, longvaten en de vaten van de hersenen. De trombosedienst is verantwoordelijk voor het instellen, controleren en begeleiden van poliklinische patiënten die bepaalde orale antistollingsmiddelen gebruiken.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van:

- het regelmatig afnemen van bloedmonsters,
- het verrichten van laboratoriumonderzoek als dat nodig is voor het bepalen van de stollingstijd van het bloed,
- het gebruik van apparatuur en toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten,
- een opleiding om u wegwijs te maken met de hierboven genoemde apparatuur, en begeleiding bij de metingen,
- adviezen over de toepassing van geneesmiddelen die bloedstolling beïnvloeden.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een trombosedienst.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van zorg door een trombosedienst als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.

B32 Verblijf

Patiënten kunnen in overleg met de medisch specialist voor onderzoek, ingreep of ter observatie worden opgenomen. Als een patiënt meerdere dagen moet blijven, is hij 'klinisch' opgenomen. Het verblijf in een ziekenhuis of instelling kan langdurig zijn. In dat geval zijn 365 dagen verzekerd in de Basisverzekering. De AWBZ verzekert verblijf na 365 dagen.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van verblijf, gedurende het etmaal, dat medisch noodzakelijk is in verband met verloskundige zorg, chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en medisch specialistische zorg. Ook heeft u recht op de bijbehorende noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg en geneesmiddelen. Het verblijf is verzekerd gedurende een ononderbroken periode van 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Een onderbreking wegens weekend- of vakantieverlof telt wel mee.

⚠ Let op

Verblijf in verband met GGZ-zorg is niet hier beschreven, maar onder artikel B16.3.

Welke zorgaanbieder

Het verblijf vindt plaats in een Instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of Zelfstandig Behandel Centrum) of revalidatiecentrum.

Toestemming

Als u voor revalidatie wordt opgenomen, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig.

B33 Verloskundige zorg

Het overgrote deel van de verloskundige zorg aan zwangere vrouwen wordt geleverd door verloskundigen. Zij begeleiden en controleren vrouwen tijdens zwangerschap en bevalling.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van verloskundige zorg en prenatale screening. De prenatale screening bestaat uit:

- counseling (voorlichting en advies),
- een combinatietest (nekplooiemeting en serumonderzoek) als u 36 jaar of ouder bent, of als u een medische indicatie heeft,
- structureel echoscopisch onderzoek in het 2^e trimester (de 20 weken echo).

Welke zorgaanbieder

U kunt voor verloskundige zorg naar een verloskundige of een huisarts.

⚠ Let op

Het structureel echoscopisch onderzoek en de combinatietest mogen alleen worden uitgevoerd door een zorgaanbieder die een WBO-vergunning heeft of een samenwerkingsafpraak heeft met een Regionaal Centrum dat een WBO-vergunning heeft, tenzij er sprake is van een medische indicatie. WBO staat voor Wet op het bevolkingsonderzoek.

Eigen bijdrage kraamzorg (zie ook B21 Kraamzorg)

Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 4 per uur voor kraamzorg bij u thuis. Ook geldt een eigen bijdrage van € 16 per dag voor zowel moeder als kind voor kraamzorg, verleend in een ziekenhuis of instelling zonder dat verblijf in het ziekenhuis of de instelling medisch noodzakelijk is. Bedraagt het tarief van de instelling meer dan € 112,50 per dag, dan komen de meerkosten eveneens voor uw rekening. U kunt de eigen bijdragen terugvinden in de Regeling zorgverzekering.

B34 Verpleging

Als u bent opgenomen in bijvoorbeeld een ziekenhuis, is verpleegkundige zorg bij de medisch specialistische zorg inbegrepen. Als u echter medisch specialistische zorg krijgt in uw eigen omgeving bijvoorbeeld bij u thuis heeft u soms ook verpleging nodig. De verpleging in uw eigen woonomgeving –als onderdeel van medisch specialistische zorg- wordt vergoed.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van verpleging die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg, zonder dat u verblijft in een instelling.

⚠ Let op

Onder deze zorg valt niet de verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg.

Welke zorgaanbieder

Verpleegkundige zorg wordt verleend door een verpleegkundige in dienst van een Instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of ZBC), revalidatie-instelling of een instelling die op grond van de WTZi is toegelaten voor verpleging (thuiszorgorganisatie).

B35 Vervoer per ambulance

Er zijn twee soorten ambulancevervoer: spoedvervoer (meestal aangemeld via 112) en besteld vervoer. De ambulancezorg wordt gedaan door verpleegkundigen en chauffeurs die daarvoor speciaal zijn opgeleid.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van:

- vervoer naar een zorgaanbieder of instelling om zorg te krijgen. Deze zorg moet geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de Basisverzekering,
- vervoer naar een instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zal gaan verblijven,
- vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling dat geheel of gedeeltelijk ten laste komt van de AWBZ,
- vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten, passen en repareren van een prothese, die geheel of gedeeltelijk verzekerd is in de AWBZ,
- vervoer naar uw woning of, als u daar niet de nodige verzorging kunt krijgen, naar een andere woning als u komt van een van de zorgaanbieders of instellingen als hierboven bedoeld.

U heeft recht op vergoeding van kosten van vervoer met een ander vervoermiddel dan een ambulance (bijvoorbeeld een helikopter) als vervoer per ambulance niet mogelijk is.

Welke zorgaanbieder

Ambulancevervoer wordt verleend door een door de provincie aangewezen vergunninghouder.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van vervoer per ambulance als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of arts voor verstandelijk gehandicapten. U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van vervoer per helikopter als u een schriftelijke verwijzing heeft van de Centrale Post Ambulance (CPA) of een centrum voor neonatale en kinderchirurgische intensieve zorg. Voor spoedeisend vervoer heeft u geen verwijzing nodig.

Indicatie

Het vervoer moet geïndiceerd zijn door de behandelend arts.

⚠ Let op

- Het recht op vergoeding van kosten van ambulancevervoer is beperkt tot een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis.
- Indien Menzis u toestemming geeft naar een bepaalde persoon of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
- U heeft geen recht op vergoeding van kosten van ambulancevervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.

B36 Zittend ziekenvervoer

Bij sommige indicaties kunt u een beroep doen op deze verzekering voor vervoer of de kosten daarvan. Er zijn drie soorten zittend ziekenvervoer. U kunt vervoerd worden per auto, met het openbaar vervoer of met een ander vervoermiddel, bijvoorbeeld een boot.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van het openbaar vervoer in de laagste klasse, of op vergoeding van de kosten van een auto. Bij gebruik van een particuliere auto heeft u recht op een vergoeding van € 0,30 per kilometer. U heeft recht op vergoeding van kosten van vervoer met een ander vervoermiddel als vervoer per openbaar vervoer of per auto niet mogelijk is. Als begeleiding noodzakelijk is, of als het gaat om de begeleiding van een kind jonger dan 16 jaar, worden de kosten van het openbaar vervoer, het vervoer per auto of het vervoer met een ander vervoermiddel van de begeleider ook vergoed. In bijzondere gevallen kan Menzis vergoeding van de kosten van het openbaar vervoer, het vervoer per auto of het vervoer met een ander vervoermiddel van twee begeleiders toestaan.

U heeft recht op vergoeding van kosten van vervoer als:

- het gaat om vervoer van en naar personen, instellingen en de woningen als bedoeld onder het artikel over vervoer per ambulance (zie artikel B35), en
- u nierdialyses moet ondergaan, of
- u oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan, of
- u zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen, of
- u zich door uw beperkte gezichtsvermogen niet zonder begeleiding kan verplaatsen, of
- u een langdurige ziekte of aandoening hebt en voor de behandeling hiervan langdurig bent aangewezen op vervoer en het niet toestaan van vervoer of de vergoeding van de kosten voor u zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard. Ook in dit geval heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig.

⚠ Let op

- Het recht op vervoer of de vergoeding van kosten is beperkt tot een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis.
- Als Menzis u toestemming geeft naar een bepaalde persoon of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
- Als u gebruik maakt van eigen vervoer, wordt de vergoeding berekend op de kortst mogelijke gebruikelijke route.
- Het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling wordt niet vergoed.

Eigen bijdrage

U betaalt een eigen bijdrage van € 93 per kalenderjaar.

Welke zorgaanbieder

Het vervoer wordt verleend door een vervoersbedrijf of een particulier (bijvoorbeeld een familielid of kennis). Bij een vervoersbedrijf krijgt u € 0,85 vergoed per beladen kilometer. Bij vervoer door een particulier, krijgt u € 0,30 per kilometer.

Toestemming

U vraagt vooraf toestemming aan Menzis. Belt u met de Servicelijn Vervoer op 0317 49 20 51. Of stuur het aanvraagformulier 'zittend ziekenvervoer' op. Het aanvraagformulier kunt u downloaden van www.menzis.nl. Menzis stelt vast of u toestemming krijgt. En voor welk soort vervoer (openbaar vervoer, eigen vervoer of vervoer met een ander vervoermiddel) u toestemming krijgt.



Uw aanvullende
verzekering
Menzis ZorgPlus

Uw aanvullende verzekering ZorgPlus

Menzis biedt verschillende aanvullende verzekeringen aan. Hieronder vindt u op alfabetische volgorde alle vormen van zorg die in de aanvullende verzekering zijn opgenomen. Bij iedere vorm van zorg staat een tabel. In deze tabel is per aanvullende verzekering aangegeven of de zorg verzekerd is, of hoe hoog de vergoeding is. Op uw zorgpolis staat welke aanvullende verzekering u heeft. Als u niet kunt vinden wat u zoekt, kijkt u dan in de trefwoordenlijst voor andere trefwoorden.

Basisverzekering of aanvullende verzekering?

Uw aanvullende verzekering is een aanvulling op uw Basisverzekering. De aanvullende verzekering biedt geen vervanging van de Basisverzekering. Wat verzekerd is in de Basisverzekering, wordt niet vergoed door uw aanvullende verzekering. Dat geldt ook voor het eigen risico en de eigen bijdragen die in de Basisverzekering zijn bepaald. Tenzij het in de aanvullende verzekering als vergoeding is opgenomen.

Natura of restitutie?

Natura betekent dat u recht heeft op de zorg zelf. Restitutie betekent dat u recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg. Wat voor soort verzekering uw Basisverzekering is, vindt u in B2. Uw aanvullende verzekering is een restitutieverzekering.

Gecontracteerde of erkende zorgaanbieders

Menzis maakt afspraken met zorgaanbieders. Zorgaanbieders zijn bijvoorbeeld ziekenhuizen, artsen en fysiotherapeuten. Die afspraken gaan over het betalen van de rekening, maar ook over de kwaliteit van de zorg. Bijvoorbeeld: waaruit bestaat een algemene check-up. Menzis kan zorgaanbieders erkennen. Bijvoorbeeld bij alternatieve behandelwijzen. Die erkenning hangt af van bijvoorbeeld goede scholing. Voor sommige vormen van zorg krijgt u alleen een vergoeding als u naar een gecontracteerde of erkende zorgaanbieder gaat. Als dat zo is, staat dat bij de vorm van zorg vermeld.

Zorgvinder

Menzis maakt afspraken met zorgaanbieders over de kwaliteit, snelheid, service en prijs van de zorg. Dit noemen we gecontracteerde zorgaanbieders. Welke zorgaanbieders met Menzis een contract hebben, kunt u vinden op onze website www.menzis.nl/zorgvinder. Heeft u geen toegang tot internet? U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Hoe krijgt u vergoeding?

Met veel zorgaanbieders heeft Menzis een contract. Die zorgaanbieder kan de rekening rechtstreeks bij Menzis indienen. Heeft u zelf een rekening ontvangen? Vul dan het declaratieformulier in. Zie ook het hoofdstuk 'Declareren' voorin deze verzekeringsvoorwaarden.

Kostbare behandeling

We raden u aan bij kostbare behandelingen (bijvoorbeeld plastische chirurgie en sterilisatie) vooraf een offerte aan uw zorgaanbieder te vragen. Zo kunt u vooraf nagaan welk deel van de kosten onder uw aanvullende verzekering valt en welk deel van de kosten u eventueel zelf moet betalen.

E1 Acnebehandeling

Acne is een huidaandoening. Een huidtherapeut bepaalt welke vorm van behandeling het beste is en maakt de huid schoon. De behandeling houdt de acne rustig of verwijdert de littekens door peeling. Verder geeft de huidtherapeut adviezen over de dagelijkse verzorging van de huid.

U krijgt een vergoeding tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 0	€ 200	€ 200	€ 200

U heeft recht op deze vergoeding als:

- u een verwijzing heeft van een huisarts of medisch specialist, en
- de behandeling wordt verricht door een huidtherapeut. U kunt de lijst van huidtherapeuten vinden op www.menzis.nl/zorgvinder. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

E2 Algemene check-up

Een algemene check-up is een onderzoek waardoor eventuele ziektes tijdig kunnen worden ontdekt of kunnen worden voorkomen.

U krijgt een vergoeding voor de kosten van een algemene check-up. Deze vergoeding krijgt u eenmaal per 2 kalenderjaren.

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
Volledige vergoeding met een bijdrage van € 25	Volledige vergoeding met een bijdrage van € 25	Volledige vergoeding met een bijdrage van € 25	Volledige vergoeding met een bijdrage van € 25	Volledige vergoeding met een bijdrage van € 25

U heeft recht op deze vergoeding als het onderzoek wordt uitgevoerd volgens de leidraad voor preventief medisch onderzoek opgesteld door de NHG (Nederlandse Huisartsen Genootschap), LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging), de Hartstichting, het Diabetesfonds en de Nierstichting.

! Let op

U krijgt geen vergoeding voor:

- Zelftesten, preventie programma's en (preventieve) onderzoeken die medisch noodzakelijk of aangewezen zijn door uw (huis) arts, medisch specialist of een andere zorgaanbieder en vallen onder de vergoeding van de Basisverzekering;
- (preventieve) onderzoeken naar kanker;
- (preventieve) CT-scans, MRI-scans en Total Body Scans;
- (preventieve) onderzoeken naar een aandoening waarvoor geen behandeling of preventie mogelijk is;
- (preventieve) onderzoeken die vergunningsplichtig zijn op grond van de Wet op het bevolkingsonderzoek;
- (preventieve) onderzoeken, testen en behandelingen van sport-medische aard.

E3 Alternatieve behandelwijzen

Alternatieve behandelwijzen (complementaire behandelwijzen) zijn andere dan de gebruikelijke (reguliere) behandelingen. Zij vormen daar vaak een aanvulling op, maar kunnen ook op zichzelf staan. Het is wenselijk uw huisarts of medisch specialist op de hoogte te stellen als u gebruik maakt van alternatieve behandelwijzen.

Alternatieve behandelwijzen kunnen zijn: homeopathie, antroposofie, acupunctuur, acupressuur, natuurlijke geneeswijzen, zorg voor houding en beweging of alternatieve psychologische hulpverlening. U krijgt een vergoeding voor consulten en behandelingen tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 0	€ 300	€ 300	80% tot € 500

! Let op

- De kosten van alternatieve behandelwijzen worden alleen vergoed als uw behandelaar zelf als gediplomeerd lid is aangesloten bij een door Menzis erkende beroepsvereniging. U kunt de lijst van beroepsverenigingen vinden op www.menzis.nl/zorgvinder. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.
- Behandelingen die al onder de Basisverzekering vallen of onder een andere vergoeding uit de aanvullende verzekering, worden niet uit dit artikel vergoed. Hier is dan geen sprake meer van een alternatieve behandelwijze.
- Alternatieve geneesmiddelen zijn geen onderdeel van de vergoeding voor consulten en behandelingen. Zie artikel E4 voor de vergoeding van Alternatieve geneesmiddelen.

U krijgt geen vergoeding voor:

- Consult per telefoon of email;
- Behandelingen en consulten die als doel hebben om af te vallen, zoals een afslankkuur (bijvoorbeeld Bio-HCG+) of afslankcursus;
- Onderzoekskosten, zoals bloedonderzoek, allergietesten en beeldvormend onderzoek;
- Behandelingen en consulten die als doel hebben om te stoppen met roken, zoals een cursus of lasertherapie;
- Coaching.

E4 Alternatieve geneesmiddelen

Alternatieve geneesmiddelen zijn onder andere homeopathische- en antroposofische geneesmiddelen. Soms worden homeopathische geneesmiddelen speciaal voor u gemaakt (magistrale bereiding). Het is wenselijk uw huisarts of medisch specialist op de hoogte te stellen als u gebruik maakt of wil maken van alternatieve geneesmiddelen.

U krijgt een vergoeding voor homeopathische en antroposofische geneesmiddelen tot een maximumbedrag.

Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 0	€ 250	€ 250	80% tot € 500

U krijgt een homeopathisch geneesmiddel vergoed als:

- het geneesmiddel geregistreerd is volgens de Nederlandse Geneesmiddelenwet (zie www.cbg-meb.nl onder 'Geneesmiddelen Informatiebank voor mensen'),
- het geneesmiddel gemaakt is door een fabrikant die daarvoor een vergunning heeft,
- een arts het geneesmiddel voorschrijft, en
- een apotheek of een apotheekhoudend huisarts het geneesmiddel aflevert.

U krijgt een speciaal voor u gemaakt homeopathisch geneesmiddel (magistrale bereiding) vergoed als:

- een arts het geneesmiddel voorschrijft, en
- een apotheek of een apotheekhoudend huisarts het geneesmiddel aflevert.

U krijgt een antroposofisch geneesmiddel vergoed als:

- het een WALA of Weleda product is,
- een arts het geneesmiddel voorschrijft, en
- een apotheek of een apotheekhoudend huisarts het geneesmiddel aflevert.

⚠ Let op

- U krijgt geen vergoeding voor zelfzorgmiddelen, voedingssupplementen of fytotherapeutische geneesmiddelen.
- U krijgt geen vergoeding voor injecties, infusen of ampullen.
- U krijgt alleen vergoeding voor drinkampullen, als die onder toezicht van uw antroposofisch arts worden toegediend.

E5 Bevalling en kraamzorg

De medische zorg rond de bevalling is voor een deel verzekerd in de Basisverzekering. U kunt daarover meer lezen onder B21 en B33. Naast de Basisverzekering biedt de aanvullende verzekering een vergoeding.

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
-	B	A,B,C,D,E,F	A,B,C,D,E,F	A,B,C,D,E,F

A Verloskamer

U krijgt een vergoeding voor het gebruik van een verloskamer.

U krijgt de vergoeding als u zonder medische noodzaak toch in het ziekenhuis wenst te bevallen. U heeft recht op deze vergoeding als:

- de Basisverzekering van de moeder bij Menzis is afgesloten,
- u in een ziekenhuis of een door Menzis erkende instelling bevalt, en
- de bevalling plaatsvindt onder leiding van een huisarts of verloskundige.

B Kraampakket

U krijgt een kraampakket. U heeft recht op deze vergoeding als:

- u zwanger bent, en
- u voor de 20e week online een aanvraag indient bij de Servicelijn Kraamzorg op www.menzis.nl/kraamzorg. U kunt ook bellen op 0900 202 50 03 (lokaal tarief). Het kraampakket wordt ongeveer 3 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum bij u thuis afgeleverd.

C Eigen bijdrage

In de Basisverzekering betaalt u een wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg. U krijgt deze wettelijke eigen bijdrage vergoed als uw Basisverzekering bij Menzis is afgesloten.

D Adoptie

U krijgt kraamzorg na een adoptie vergoed tot een maximum van zestien uur. U heeft recht op deze vergoeding als:

- het adoptiekind jonger is dan 5 maanden,
- de kraamzorg wordt gegeven door een kraam- of thuiszorgorganisatie, en
- u zich online aanmeldt bij de Servicelijn Kraamzorg op www.menzis.nl/kraamzorg. U kunt ook bellen op 0900 202 50 03 (lokaal tarief).

E Kraamzorg na opname

Nadat uw kind opgenomen is geweest in een ziekenhuis, krijgt u kraamzorg vergoed tot een maximum van zestien uur. U heeft recht op deze vergoeding als:

- de volledige kraamzorgperiode vanuit de Basisverzekering door opname van het kind verstreken is,
- uw kind jonger is dan 4 maanden,
- de kraamzorg wordt gegeven door een kraam- of thuiszorgorganisatie, en
- u zich online aanmeldt bij de Servicelijn Kraamzorg op www.menzis.nl/kraamzorg. U kunt ook bellen op 0900 202 50 03 (lokaal tarief).

F Lactatiekundige

Een lactatiekundige geeft professionele zorg bij borstvoeding. U krijgt de kosten van een lactatiekundige, die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen, vergoed tot maximaal € 100.

E6 Gereserveerd

E7 Brillen en contactlenzen

U krijgt een vergoeding voor brillen (glazen en monturen) en contactlenzen tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per 2 kalenderjaren:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 240	€ 240	€ 240	€ 380

U krijgt geen vergoeding voor:

- een los montuur,
- zonnebril,
- meekleurende glazen,
- gekleurde glazen, gekleurde contactlenzen of partylenzen,
- een speciale bril zoals een duikbril of een lasbril,
- onderhoudsmiddelen zoals lenzenvloeistof, lenzenpotje, brillendoekje of brillenkoker.

U kunt dit bedrag in plaats van voor de vergoeding - éénmalig - aanwenden voor een ooglaserverhandeling of lensimplantaten.

⚠ Let op

Op de nota moet de sterkte van de brillenglazen of contactlenzen staan vermeld.

E8 Buitenland

Bij spoedeisende zorg tijdens verblijf in het buitenland krijgt u service en ondersteuning van de Alarmcentrale van Menzis. De Alarmcentrale verzorgt onder andere contacten met behandelend artsen, repatriëring en garantiestellingen. Extra informatie kunt u vinden op www.menzis.nl/buitenland. U kunt ook de brochure buitenland opvragen bij onze Klantenservice op 088 222 40 40.

E8.1 Spoedeisende zorg en geneesmiddelen

U krijgt een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt uit de Basisverzekering. U kunt daarover meer lezen onder B9. De aanvulling is het verschil tussen de vergoeding uit de Basisverzekering en de in rekening gebrachte kosten.

Voorbeeld

U breekt een been in de Verenigde Staten. Voor de behandeling ontvangt u een nota ter hoogte van € 3.000. In Nederland zou dat € 2.000 hebben gekost. Dat bedrag krijgt u dan uit de Basisverzekering vergoed. De aanvullende verzekering keert dan de resterende € 1.000 uit.

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

U krijgt vergoeding voor zorg als:

- u een deel van de kosten vergoed krijgt uit de Basisverzekering,
- de zorg onvoorzien was,
- niet kon worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland,
- u niet langer dan één jaar in het buitenland bent, en
- de kosten zouden zijn vergoed als deze in Nederland zouden zijn gemaakt.

U krijgt vergoeding voor geneesmiddelen als:

- u een deel van de kosten vergoed krijgt uit de Basisverzekering,
- u niet langer dan één jaar in het buitenland bent,
- u hiervoor een recept heeft gekregen van een huisarts of medisch specialist, en
- de werkzame stof voorkomt in een geneesmiddel dat in Nederland uit de Basisverzekering zou worden vergoed.

⚠ Let op

U krijgt geen vergoeding voor de kosten van ziekenhuisopnames die niet of niet direct bij de Alarmcentrale van Menzis zijn gemeld.

Alarmcentrale ++31 317 455 555

U krijgt geen vergoeding voor reddingskosten. Reddingskosten zijn kosten, die worden gemaakt voor opsporing, redding of berging.

Voor spoedeisende tandheelkundige zorg in het buitenland zie het onderdeel tandartsvergoedingen T3.

E8.2 Gereserveerd

E8.3 Preventie

In bepaalde landen komen (tropische) infectieziekten voor waartegen u zich kunt laten inenten.

U krijgt een vergoeding voor consulten, inentingen, geneesmiddelen en (herhalings)recepten in verband met een reis naar het buitenland. De vergoeding is tot een maximumbedrag.

Dit maximumbedrag is per kalenderjaar voor consulten, inentingen en geneesmiddelen samen:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 140	€ 140	€ 140	€ 140	€ 140

U heeft recht op deze vergoeding als:

- het geneesmiddelen of inentingen zijn die de volgende (infectie)ziekten of parasitaire aandoeningen voorkomen:
- Bof;
- (Buik)tyfus;
- Difterie;
- Fruh sommer meningo encephalitis;
- Gele koorts;
- Hepatitis A en B;
- Japanse encephalitis;
- Kinkhoest;
- Malaria;
- Mazelen;
- Meningitis A en C;
- Rabies;
- Rode Hond;
- Pneumococcen;
- Polio;
- Tetanus;
- Tuberculose, en
- de geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een arts die is geregistreerd bij het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (de GGD en de Travel Health Clinic zijn aangesloten), of
- u wordt ingeënt door een arts die is geregistreerd bij het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (de GGD en de Travel Health Clinic zijn aangesloten). U vindt meer informatie op de website www.lcr.nl.

E8.4 Vervoer bij ziekte, ongeval of overlijden

Het kan gebeuren dat u in het buitenland ziek wordt of een ongeval krijgt en naar Nederland terug moet keren.

U krijgt vervoer vanuit het buitenland naar een instelling in Nederland vergoed als:

- de Alarmcentrale van Menzis het vervoer regelt, en
- de medische noodzaak van terugkeer naar Nederland is vastgesteld door de Alarmcentrale van Menzis.

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

⚠ Let op

- Als een reisgenoot mee wil reizen, vergoedt Menzis deze kosten wanneer de Alarmcentrale van Menzis begeleiding door deze reisgenoot nodig vindt.
- Bij overlijden worden de vervoerskosten van het stoffelijk overschot van de verzekerde van de plaats van overlijden naar Nederland vergoed.

Alarmcentrale ++31 317 455 555

E9 Camouflagemiddelen

Camouflagemiddelen zijn producten die gebruikt worden om ernstige huidafwijkingen of littekens in het gezicht of de hals te camoufleren.

U krijgt een vergoeding tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 0	€ 100	€ 100	€ 100

U heeft recht op deze vergoeding als:

- u een ernstige huidafwijking of littekens in het gezicht of de hals heeft, en
- de middelen zijn geleverd door een huidtherapeut of een door Menzis erkende schoonheidsspecialist. U kunt de lijst van huidtherapeuten en erkende schoonheidsspecialisten vinden op www.menzis.nl/zorgvinder. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

E10 Camouflagetherapie

Camouflagetherapie is bedoeld om mensen met een ernstige huidafwijking of littekens in het gezicht of hals, te leren hoe deze huidafwijking het beste gecamoufleerd kan worden met camouflagemiddelen.

U krijgt een vergoeding tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 0	€ 100	€ 100	€ 250

U heeft recht op deze vergoeding als:

- u een ernstige huidafwijking of littekens in het gezicht of de hals heeft, en
- de therapie wordt gegeven door een huidtherapeut of een door Menzis erkende schoonheidsspecialist. U kunt de lijst van huidtherapeuten en erkende schoonheidsspecialisten vinden op www.menzis.nl/zorgvinder. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

E11 Gereserveerd

E12 Cursussen (EHBO- en gezondheidscursussen)

Als u een EHBO-cursus volgt, leert u hoe u de juiste eerste hulp verleent als er iets gebeurt in uw omgeving. Bij de cursus leert u wat u moet doen, maar ook wat u vooral moet laten. De cursus wordt gegeven door een arts en een instructeur Eerste Hulp. Een gezondheidscursus is gericht op het verbeteren van leefgewoonten of op verzorging van anderen, zoals stoppen met roken, hoe te leven als diabetes patiënt of omgaan met een dementerend familielid.

U krijgt een vergoeding tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 100	€ 100	€ 100	€ 100	€ 100

EHBO-cursus

U heeft recht op vergoeding van een EHBO-cursus als:

- het examen en diploma van de cursus is gecertificeerd door het Oranje Kruis, en
- u geslaagd bent voor het examen.

Vergeet niet om een kopie van uw diploma mee te sturen bij uw declaratie.

Gezondheidscursus

U heeft recht op vergoeding van een gezondheidscursus als:

- de cursus georganiseerd is door de Thuiszorg, GGD of NISB, en
- de cursus gericht is op het verbeteren van uw eigen leefgewoonten of op verzorging van anderen en
- het een zwangerschapscursus betreft van een erkend kraamcentrum.

⚠ Let op

De volgende cursussen worden niet vergoed:

- zwangerschapsyoga,
- zwangerschapsgymnastiek.

E13 Gereserveerd

E14 Dieetadvies

Dieetadvies is voorlichting over voeding en eetgewoonten met een medisch doel. Een diëtist is de deskundige die voedingspatronen ontdekt, bestudeert en zo nodig adviseert over aanpassingen. De diëtist kan door middel van het adviseren van een bepaald eetpatroon (dieet) de lichamelijke gezondheid bevorderen.

U krijgt dieetadvies vergoed voor een maximum aantal behandelingen per kalenderjaar:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
4	4	4	4	4

U heeft recht op deze vergoeding als de dieetadvies wordt gegeven door een diëtist.

⚠ Let op

Een behandeling bestaat uit de geplande tijd die de diëtist met u in gesprek is en de gemiddelde tijd die nodig is voor de werkzaamheden rondom het consult (bijvoorbeeld informatie opzoeken, een dieetadvies op papier zetten of een rapportage aan de arts maken).

E15 Dieetpreparaat

Dieetpreparaten zijn bij bepaalde ziektes verzekerd in de Basisverzekering. U kunt daarover meer lezen onder B12. Naast de Basisverzekering biedt de aanvullende verzekering een vergoeding.

U krijgt dieetpreparaten vergoed tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 0	€ 280	€ 280	€ 280

U heeft recht op deze vergoeding als:

- u daarvoor een voorschrift heeft van een arts of diëtist,
- het preparaat wordt geleverd door een apotheek, apotheekhoudend huisarts of een leverancier die met Menzis een contract heeft, en
- er sprake is van ernstige ondervoeding of ernstig ondergewicht.

U krijgt geen vergoeding voor babyvoeding of aangepast voedsel, zoals glutenvrij voedsel.

E16 Epilatie

Abnormale haargroei in het gezicht of de hals kan verholpen worden. Epilatie door middel van elektrische stroom, laser, flitslicht of hiermee gelijk te stellen apparatuur maakt nagroei, na verwijdering van het haar, praktisch onmogelijk.

U krijgt 75% van de kosten vergoed tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar.

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 0	€ 570	€ 570	€ 570

U heeft recht op deze vergoeding als:

- u abnormale haargroei in het gezicht of de hals heeft, en
- de behandeling wordt gegeven door of onder verantwoordelijkheid van een dermatoloog, plastisch chirurg, een huidtherapeut of een door Menzis erkende schoonheidsspecialist. U kunt de lijst van huidtherapeuten en erkende schoonheidsspecialisten vinden op www.menzis.nl/zorgvinder. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

E17 Fysiotherapie, Oefentherapie Cesar/Mensendieck en Beweegprogramma

U krijgt vergoeding voor behandelingen fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck of een beweegprogramma.

Behandelingen fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck en beweegprogramma's worden samengeteld tot het vermelde maximum is bereikt.

Voorbeeld 1

U heeft een ZorgPlus 2 (max. 12 behandelingen). Na 5 behandelingen fysiotherapie en 7 behandelingen oefentherapie Cesar/Mensendieck is het maximum van 12 behandelingen bereikt.

Voorbeeld 2

U heeft een ZorgPlus 2 (max. 12 behandelingen). Na een beweegprogramma van 6 maanden (6 behandelingen) en 6 behandelingen fysiotherapie is het maximum van 12 behandelingen bereikt.

E17.1 Fysiotherapie

De fysiotherapeut stabiliseert, vermindert of herstelt de functiestoornis of de gevolgen daarvan door het toepassen van oefentherapie, massage, elektrotherapie, advisering of begeleiding. Hiermee probeert hij de functie van het houdings- en bewegingsapparaat te verbeteren. Normale houding en beweging is weer mogelijk of u leert zo goed mogelijk met uw beperkingen om te gaan.

Fysiotherapie is voor een deel verzekerd in de Basisverzekering. U kunt daarover meer lezen onder B15.1. Daarnaast biedt uw aanvullende verzekering een vergoeding. Verzekerd zijn de kosten van behandeling door de fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut, kinderfysiotherapeut, psychosomatisch therapeut, geriatriefysiotherapeut, oedeemtherapeut en huidtherapeut (alleen voor oedeemtherapie en littekentherapie). U krijgt een vergoeding voor:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
6 behandelingen per kalenderjaar	6 behandelingen per kalenderjaar	12 behandelingen per kalenderjaar	18 behandelingen per kalenderjaar	alle behandelingen behalve als u daar recht op hebt volgens de Basisverzekering

U heeft recht op deze vergoeding als:

- het medisch noodzakelijke behandelingen zijn die verbetering brengen, en
- uw therapeut met Menzis een contract heeft. Welke therapeuten dat zijn, kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

! Let op

- Als u kiest voor een therapeut die geen contract met Menzis heeft, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. U kunt deze bedragen vinden op www.menzis.nl. U kunt ze ook opvragen bij onze Klantenservice op 088 222 40 40. De therapeut moet wel ingeschreven staan in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR), zie www.defysiotherapeut.com.
- Per dag wordt één paramedische behandeling (fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck of beweegprogramma vergoed.
- Heeft u een ZorgPlus 2 of 3? Dan krijgt u manuele therapie per indicatie vergoed tot maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum aantal behandelingen per kalenderjaar.
- Heeft u een ZorgPlus 4? Dan krijgt u manuele therapie per indicatie vergoed tot maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar.

Voorbeeld 1

U heeft een ZorgPlus 2 (max. 12 behandelingen). Na 9 behandelingen manuele therapie heeft u alleen nog recht op 3 behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck. Of 3 behandelingen manuele therapie als er sprake is van een nieuwe indicatie.

Voorbeeld 2

U heeft een ZorgPlus 4 (alle behandelingen). Na 9 behandelingen manuele therapie heeft u voor dezelfde indicatie alleen nog recht op behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck. Heeft u een nieuwe indicatie voor manuele therapie? Dan heeft u opnieuw recht op 9 behandelingen manuele therapie per kalenderjaar.

Verwijzing

- Voor sommige gecontracteerde therapeuten is verwijzing niet nodig (de Direct Toegankelijke Fysiotherapeut). U kunt de lijst met direct toegankelijke therapeuten vinden op www.menzis.nl/zorgvinder. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40;
- Voor therapeuten die niet direct toegankelijk zijn of geen contract met Menzis hebben, heeft u een verwijzing van uw huisarts of medisch specialist nodig;
- Als de klachten met uw werk te maken hebben, kunt u ook een verwijzing krijgen van uw bedrijfsarts;
- Bij kaakklachten kunt u ook een verwijzing krijgen van uw tandarts;
- Voor bekkentherapie en oedeemtherapie kunt u ook een verwijzing krijgen van uw verloskundige.

! Let op

U krijgt geen vergoeding voor: conditietraining, medische fitness, hydrotherapie, zwangerschapsgymnastiek, preventieve behandelingen en behandelingen aan zwellingen die het gevolg zijn van een cosmetische ingreep zoals een facelift, ooglidcorrectie of liposuctie.

E17.2 Oefentherapie Cesar/Mensendieck

Oefentherapie is een behandeling volgens de theorieën van Cesar of Mensendieck. Het houdt zich bezig met de verbetering van de houding en manier van bewegen van mensen met lichamelijke klachten. Marie Cesar en Bess Mensendieck zijn de

grondlegsters van oefentherapie. De gedachte achter de therapie is dat houdingen en bewegingen onbewust aangepast worden aan klachten en dat deze klachten hierdoor in stand worden gehouden. De therapie bestaat uit oefeningen om de houding en beweging te corrigeren.

Oefentherapie is voor een deel verzekerd in de Basisverzekering. U kunt daarover meer lezen onder B15.2. Daarnaast biedt uw aanvullende verzekering een vergoeding. Verzekerd zijn de kosten van de oefentherapeut Cesar/Mensendieck, de kinderoefentherapeut en de psychosomatisch oefentherapeut. U krijgt een vergoeding voor:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
6 behandelingen per kalenderjaar	6 behandelingen per kalenderjaar	12 behandelingen per kalenderjaar	18 behandelingen per kalenderjaar	alle behandelingen behalve als u daar recht op hebt volgens de Basisverzekering

U heeft recht op deze vergoeding als:

- het medisch noodzakelijke behandelingen zijn die verbetering brengen, en
- uw therapeut met Menzis een contract heeft. Welke therapeuten dat zijn, kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

⚠ Let op

- Als u kiest voor een therapeut die geen contract met Menzis heeft, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. U kunt deze bedragen vinden op www.menzis.nl/zorgvinder. U kunt ze ook opvragen bij onze Klantenservice op 088 222 40 40.
- Per dag wordt één paramedische behandeling (fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck of beweegprogramma) vergoed.

Verwijzing

- Voor sommige gecontracteerde therapeuten is verwijzing niet nodig (de Direct Toegankelijke Oefentherapeut). U kunt de lijst met direct toegankelijke therapeuten vinden op www.menzis.nl/zorgvinder. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice op 088 222 40 40;
- Voor therapeuten die niet direct toegankelijk zijn of geen contract met Menzis hebben, heeft u een verwijzing van uw huisarts of medisch specialist nodig;
- Als de klachten met uw werk te maken hebben, kunt u ook een verwijzing krijgen van uw bedrijfsarts.

⚠ Let op

U krijgt geen vergoeding voor: conditietraining, medische fitness, hydrotherapie, zwangerschapsgymnastiek en preventieve behandelingen.

E17.3 Fysiofitheidsscan

De Fysiofitheidsscan is een instrument waarmee de fysiotherapeut een beweegadvies op maat kan geven. Binnen een half uur en in zeven stappen leert u uw fitheid kennen. Na afloop van de test worden de resultaten besproken en krijgt u een persoonlijk bewegingsadvies.

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
Volledige vergoeding	Volledige vergoeding	Volledige vergoeding	Volledige vergoeding	Volledige vergoeding

U heeft recht op deze vergoeding als:

- u 18 jaar of ouder bent, en
- uw therapeut met Menzis afspraken heeft gemaakt voor het afnemen van de fysiofitheidsscan. Welke therapeuten dat zijn, kunt u vinden op onze website. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

⚠ Let op

U heeft recht op vergoeding van de fysiofitheidsscan, eenmaal per kalenderjaar.

E17.4 Beweegprogramma

Een beweegprogramma wordt uitgevoerd door een fysiotherapeut of een oefentherapeut. Elk beweegprogramma richt zich op het ontwikkelen van een gezonde (actieve) leefstijl bij mensen met een chronische aandoening. Een beweegprogramma vindt in groepsverband plaats en duurt gemiddeld 6 maanden. U begint met een intakegesprek met uw therapeut en het afnemen van een aantal testen. De testen laten zien wat uw beperkingen zijn en wat er verbeterd kan worden. Daarmee kan uw therapeut met u het beweegprogramma op maat samenstellen. Na afloop van het beweegprogramma neemt uw therapeut een soortgelijke test af en bespreekt met u de resultaten. U krijgt een persoonlijk trainingsschema met advies mee om zelf te gaan sporten en bewegen. 6 maanden na afloop van het beweegprogramma worden de testen voor het laatst herhaald en krijgt u een definitief beweegadvies mee.

U krijgt vergoeding voor 1 beweegprogramma per 18 maanden:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

U heeft recht op deze vergoeding:

- als u Diabetes Mellitus type II heeft, of
- als u COPD - Gold I, II of III heeft, of
- als u Artrose heeft, of
- als u Osteoporose heeft, of
- als u Chronische aspecifieke lage rugklachten heeft, of
- als u jonger bent dan 18 jaar met een chronische of langdurige aandoening (uitgezonderd obesitas), of
- bij CVRM (Cardiovasculair Risico Management).

U moet:

- een verwijzing van uw huisarts of medisch specialist hebben, en
- uw therapeut moet door Menzis gecontracteerd zijn voor het geven van het beweegprogramma. Welke therapeuten dat zijn, kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

! Let op

- U krijgt vergoeding voor 1 beweegprogramma per 18 maanden.
- Voor het volgen van een beweegprogramma geldt een eigen bijdrage van € 15 per maand.
- Een beweegprogramma wordt geteld als 6 behandelingen. Heeft u een ZorgPlus 2 en al meer dan 6 behandelingen fysio- of oefentherapie gehad? Dan betaalt u het deel van de beweegprogramma dat boven de maximale vergoeding uitkomt zelf.
- Volgt u een beweegprogramma, maar heeft uw therapeut geen contract daarvoor met Menzis? Dan krijgt u geen vergoeding.
- Bent u voor dezelfde aandoening al in behandeling bij een fysiotherapeut of oefentherapeut en wilt u een beweegprogramma volgen? Dan krijgt u alleen een vergoeding voor een beweegprogramma als de individuele behandeling bij de fysiotherapeut of oefentherapeut is gestopt.
- Per dag wordt één paramedische behandeling (fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck of beweegprogramma)vergoed.
- Een overzicht met beweegprogramma's kunt vinden op www.menzis.nl/zorgvinder. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

E17.5 Ergotherapie

Ergotherapie helpt mensen die door lichamelijke, geestelijke, zintuiglijke of emotionele aandoeningen problemen ondervinden bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. De ergotherapeut zorgt voor praktische oplossingen in de omgeving van de cliënt, zodat dagelijkse handelingen weer mogelijk zijn. De ergotherapeut kan ook advies geven over het gebruik van hulpmiddelen. Ergotherapie is voor een deel verzekerd in de Basisverzekering. U kunt daarover meer lezen onder B14. Daarbovenop biedt de aanvullende verzekering een vergoeding.

U krijgt ergotherapie vergoed voor een maximum aantal uren per kalenderjaar:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
0	0	3	5	5

U heeft recht op deze vergoeding als:

- de ergotherapie wordt gegeven door een ergotherapeut,
- u voor de Basisverzekering verzekerd bent bij Menzis,
- deze ergotherapie een voortzetting is van de behandeling uit de Basisverzekering, en uw ergotherapeut met Menzis een contract heeft. Welke therapeuten dat zijn, kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder.

U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

! Let op

Als u kiest voor een ergotherapeut die geen contract met Menzis heeft, krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Als er een Nederlands wettelijk tarief geldt, krijgt u 60% van dat tarief vergoed. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, krijgt u 60% van het bedrag dat in Nederland marktconform is.

E18 Geneesmiddelen (eigen bijdrage GVS)

Geneesmiddelen worden vergoed uit de Basisverzekering, maar soms moet u een eigen bijdrage betalen. De hoogte van de eigen bijdrage wordt geregeld in het GVS (Geneesmiddelenvergoedingensysteem).

U krijgt de eigen bijdrage vergoed tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 50	€ 100	€ 100	€ 100

U heeft recht op deze vergoeding als:

- u voor de Basisverzekering verzekerd bent bij Menzis, en
- het geneesmiddel wordt vergoed vanuit de Basisverzekering.

E19 Gereserveerd

E20 Griepvaccinatie

Griepvaccinatie tegen de 'gewone' seizoensgriep wordt vergoed uit de AWBZ, maar alleen als u tot een bepaalde risicogroep behoort. Behoort u niet tot een risicogroep? Dan kunt u een beroep doen op uw aanvullende verzekering. U krijgt een vergoeding van het griepvaccin en het toedienen ervan, eenmaal per kalenderjaar.

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
Nee	Nee	Ja	Ja	Ja

! Let op

U heeft recht op deze vergoeding als het vaccin wordt toegediend door een huisarts.

E21 Herstel en Balans

Herstel en Balans is een nazorg programma voor personen van 18 jaar of ouder die een vorm van kanker hebben (gehad). Het programma is aansluitend op de medische behandeling. Doel van het programma is de lichamelijke en geestelijke conditie op peil te brengen.

Verzekerd zijn de kosten van Herstel en Balans tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag geldt per diagnose en bedraagt:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 0	€ 500	€ 500	€ 1.000

U heeft recht op deze vergoeding als:

- de zorg wordt verleend onder licentie van de Stichting Herstel en Balans, en
- u de primaire behandelingen heeft afgerond.

U kunt de lijst van zorgaanbieders en instellingen die een licentie hebben, vinden op www.menzis.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

E22 Herstellingsoord

Een herstellingsoord biedt kortdurende hulpverlening aan mensen, die na ziekte of operatie tijdelijke verpleegkundige ondersteuning en opvang wensen. De hulpverlening is gericht op de terugkeer naar zelfstandig functioneren in de thuissituatie. Een herstellingsoord is soms ook bedoeld voor mensen met psychische problemen.

U krijgt een vergoeding van € 70 per dag tot een maximum aantal dagen. Dit maximum aantal dagen is per kalenderjaar:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
-	-	42	42	42

U heeft recht op deze vergoeding als u verblijft in een herstellingsoord dat door Menzis is erkend. U kunt de lijst van erkende herstellingsoorden vinden op www.menzis.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

E23 Hospice

In een hospice (soms hospitium genoemd) wordt zorg verleend aan mensen die ongeneeslijk ziek zijn. Zij kunnen hier tot aan hun overlijden worden verzorgd.

Een verzekerde krijgt een vergoeding van € 35 per dag tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 0	€ 0	€ 1.050	€ 1.050

U heeft recht op deze vergoeding als:

- het hospice door Menzis is erkend. U kunt de lijst van erkende hospices vinden op www.menzis.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40,

- de verzekerde terminaal ziek is en niet meer thuis verzorgd kan worden, en
- het Centrum Indicatiestelling Zorg aan de verzekerde een indicatiestelling gegeven heeft. De huisarts of medisch specialist kan deze indicatie voor de verzekerde aanvragen.

E24 Gereserveerd

E25 Kuurreizen

Mensen met reumatoïde artritis, de ziekte van Bechterew, Morbus Forrester of artritis psoriatica of psoriasis kunnen er baat bij hebben een kuur te ondergaan. De kuur vindt plaats in een gespecialiseerd kuuroord onder verantwoordelijkheid van een kuurarts en begeleiding van gekwalificeerd personeel. Onderdeel van de kuurreis zijn meerdaagse (para)medische behandelingen. Deze behandelingen maken onderdeel uit van een behandelplan dat minstens twee weken duurt. Na afloop ontvangt men een kuurverslag voor de huisarts of medisch specialist die de kuur heeft voorgeschreven.

E25.1 Kuurreis Reumatoïde artritis, ziekte van Bechterew, Morbus Forrester of artritis psoriatica

U krijgt een vergoeding tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 0	€ 0	€ 1.250	€ 1.250

U heeft recht op deze vergoeding als:

- u reumatoïde artritis, de ziekte van Bechterew, Morbus Forrester of artritis psoriatica heeft,
- u daarvan een verklaring heeft van uw huisarts of medisch specialist,
- de kuurreis minstens 2 weken duurt,
- u minimaal 3 kuurbehandelingen (individueel of in groep) per dag volgt, en
- u minimaal 5 dagen per week kuurt.

Declareren

De nota van de reis moet u samen met het kuurverslag bij Menzis indienen. Het kuurverslag is een opgave van de gevolgde kuren tijdens de reis.

⚠ Let op

- U krijgt geen vergoeding bij annulering.
- Wilt u meer zekerheid? Kiest u dan voor een reisorganisatie die is aangesloten bij ANVR, SGR en het Calamiteitenfonds.

E25.2 Gereserveerd

E25.3 Kuurreis psoriasis

U krijgt een vergoeding tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 0	€ 0	€ 2.150	€ 2.150

U heeft recht op deze vergoeding als:

- u psoriasis heeft,
- u daarvan een verklaring heeft van uw huisarts of medisch specialist,
- de kuurreis minstens 3 weken duurt,
- u minimaal 3 kuurbehandelingen (individueel of in groep) per dag volgt, en
- u minimaal 5 dagen per week kuurt.

Declareren

De nota van de reis moet u samen met het kuurverslag bij Menzis indienen. Het kuurverslag is een opgave van de gevolgde kuren tijdens de reis.

⚠ Let op

- U krijgt geen vergoeding bij annulering.
- Wilt u meer zekerheid? Kiest u dan voor een reisorganisatie die is aangesloten bij ANVR, SGR en het Calamiteitenfonds.

E26 Gereserveerd

E27 Orthopedische steunzolen

Een orthopedische steunzool is een losse inlegzool voor een schoen. Orthopedische steunzolen kunnen een ontlastende of ondersteunende functie of een corrigerende functie hebben. De voet- en loopstand verbetert hierdoor.

U krijgt vergoeding voor maximaal 2 orthopedische steunzolen tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per 2 kalenderjaren:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 25	€ 50	€ 50	€ 100

U heeft recht op deze vergoeding als:

- de orthopedische steunzolen zijn voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist, en
- de leverancier met Menzis een contract heeft voor orthopedisch schoeisel of van de SEMH de erkenning 'Orthopedische Schoentechnische Bedrijven' of 'Orthopedische Instrumentenmakers' heeft.
- U kunt de lijst van leveranciers vinden op www.menzis.nl/zorgvinder. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

! Let op

Zolen gemaakt door een podotherapeut of podoloog worden vergoed als onderdeel van de behandeling, zie het onderdeel podotherapie en podologie (E34 en E35).

E28 Overgangsconsulent

Een overgangsconsulent is een ervaren verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd in de overgang (menopauze).

De consulent geeft informatie en advies en stelt samen met de klant een behandelplan op dat past bij de persoonlijke situatie.

U krijgt een vergoeding tot een maximumbedrag. Dit bedrag is voor de gehele verzekeringsduur.

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 160	€ 160	€ 160	€ 160

U heeft recht op deze vergoeding als:

- de overgangsconsulent een verpleegkundige is, en
- aangesloten is bij de koepelorganisatie Care for Women, of
- aangesloten is bij de VVOC (Vereniging Verpleegkundige Overgangsconsulenten) en ook lid is van de V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland).

E29 Patiëntenverenigingen

Een patiëntenvereniging is een vereniging die de belangen van mensen met een bepaalde aandoening behartigt.

De verenigingen hebben meestal tot doel het geven van voorlichting over de aandoening en het organiseren van themabijeenkomsten. De leden kunnen met andere lotgenoten contact zoeken en informatie uitwisselen.

E29.1 Cursus

U krijgt cursussen vergoed tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 75	€ 75	€ 75	€ 75

U heeft recht op deze vergoeding als:

- de cursus is georganiseerd door een patiëntenvereniging die aangesloten is bij de NPCF of de CG-Raad, en
- de cursus is gericht op het verbeteren van de eigen leefgewoonten of op de verzorging van anderen.

Declareren

Als u een cursus heeft gevolgd, vergeet dan niet om bij uw declaratie een bewijs te voegen dat u de cursus gevolgd en betaald heeft.

E29.2 Lidmaatschap

U krijgt een vergoeding voor het lidmaatschapsgeld tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 25	€ 25	€ 25	€ 25

U heeft recht op deze vergoeding als de patiëntenvereniging aangesloten is bij de NPCF of de CG-Raad.

Declareren

Als u de kosten van het lidmaatschap wilt declareren, vergeet dan niet om bij uw declaratie een bewijs te voegen dat u het lidmaatschap betaald heeft. Daaruit moet blijken welke patiëntenvereniging het betreft en voor welk jaar.

! Let op

U krijgt geen vergoeding voor donaties of giften.

E29.3 Therapie

U krijgt therapieën vergoed tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 100	€ 100	€ 100	€ 100

U heeft recht op deze vergoeding als de therapie is georganiseerd door een patiëntenvereniging die aangesloten is bij de NPCF of de CG-Raad.

Declareren

Als u een therapie heeft gevolgd, vergeet dan niet om bij uw declaratie een bewijs te voegen dat u de therapie gevolgd en betaald heeft.

! Let op

Sportactiviteiten die georganiseerd worden door een patiëntenvereniging worden niet vergoed. Hydrotherapie en therapeutisch zwemmen in groepsverband voor verzekerden met reumatoïde artritis, fibromyalgie, Bechterew of hartproblemen worden wel vergoed.

E30 Pedicurezorg

Een pedicure verzorgt voeten, tenen en nagels bij klachten.

U krijgt een vergoeding voor pedicurezorg tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 0	€ 50	€ 50	€ 150

U heeft recht op deze vergoeding als:

- u reumatoïde artritis of diabetes mellitus en (dreigende) voetproblemen heeft en een verwijzing van uw huisarts, medisch specialist of diabetesverpleegkundige, of
- er sprake is van een andere aandoening waarbij behandeling volgens uw medische specialist noodzakelijk is (Medische Voet) en u een verwijzing heeft van uw medisch specialist,
- de pedicurezorg verleend wordt door een pedicure die in het bezit is van het certificaat 'Diabetische voet' en/of 'Reumatische voet' en/of 'Medische Pedicure', en
- uw pedicure is ingeschreven in het ProCERT KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP).

! Let op

U krijgt geen vergoeding voor het verwijderen van eelt en het knippen van teennagels als dit een cosmetische of verzorgende reden heeft.

E31 Gereserveerd

E32 Plastische chirurgie

Met plastische chirurgie worden operaties bedoeld die bedoeld zijn om iemands uiterlijk te verbeteren. Veel voorkomende behandelingen zijn de buikwandcorrectie en de correctie van de oorstand. Bij een buikwandcorrectie wordt overtollige huid van uw buik weggehaald. Bij een correctie van de oorstand worden de oren dichter tegen het hoofd gezet.

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
Nee	Ja	Ja	Ja	Ja

A Correctie van de bovenoogleden

- U krijgt een eenmalige vergoeding voor correctie van de bovenoogleden tot € 1.250. U heeft recht op deze vergoeding als de ingreep wordt verricht door een medisch specialist.

B Correctie van de buikwand

- U krijgt een eenmalige vergoeding voor correctie van de buikwand tot € 1.000. U heeft recht op deze vergoeding als de ingreep wordt verricht door een medisch specialist.

C Correctie van de oorstand

- U krijgt een eenmalige vergoeding voor correctie van de oorstand bij afstaande oren tot € 500 per oor. U heeft recht op deze vergoeding als de ingreep wordt verricht door een medisch specialist.
- U krijgt een eenmalige vergoeding voor correctie van de oorstand bij afstaande oren tot € 2.000 per oor. U heeft recht op deze vergoeding als u jonger bent dan 13 jaar en de ingreep wordt verricht door een medisch specialist.

! Let op

Eenmalige vergoeding wil zeggen: eenmaal voor de gehele verzekeringsduur, niet eenmalig per jaar.

E33 Plaswekker

Wanneer iemand van 7 jaar of ouder regelmatig in bed plast, zonder dat er sprake is van een lichamelijke oorzaak, spreken we van bedplassen. Een lastig probleem, maar er is wel iets aan te doen. Een plaswekker is een apparaatje dat, door middel van een alarmtoon, direct reageert op het eerste ongewenste urineverlies.

U krijgt een plaswekker, eenmaal voor de gehele verzekeringsduur.

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
Nee	Nee	Ja	Ja	Ja

U heeft recht op deze vergoeding als:

- er sprake is van bedplassen,
- u 7 jaar of ouder bent,
- u nog niet eerder een plaswekker van Menzis heeft gekregen, en
- de leverancier met Menzis een contract heeft.

Hoe vraagt u een plaswekker aan?

U heeft een verklaring nodig van een huisarts, medisch specialist of specialistisch verpleegkundige. Vervolgens neemt u contact op met de gecontracteerde leverancier voor plaswekkers. U kunt de leverancier vinden op www.menzis.nl/zorgvinder. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

E34 Podologie

De podoloog behandelt voetfunctiestoornissen en voetklachten. Dit kan met het aan de voet toepassen van corrigerende of beschermende technieken, zoals schoen- en zoolcorrecties, en het adviseren over voetaandoeningen.

U krijgt een vergoeding voor podologie en podozolen tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 0	€ 50	€ 100	€ 150

U heeft recht op deze vergoeding als de zorgaanbieder is aangesloten bij:

- het Omni Podo Genootschap (zie www.omnipodogenootschap.nl), of
- de Stichting LOOP (zie www.loop.nl).

⚠ Let op

Orthopedische steunzolen gemaakt door een daartoe erkende leverancier worden vergoed als onderdeel van de vergoeding Orthopedische steunzolen (E27).

E35 Podotherapie

De podotherapeut behandelt alle voorkomende klachten aan voeten, tenen en nagels en klachten elders in het lichaam die door voet-, teen- en nagelcorrectie beïnvloed kunnen worden.

U krijgt een vergoeding voor podotherapie en podozolen tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 0	€ 75	€ 150	€ 150

U heeft recht op deze vergoeding als de zorgaanbieder geregistreerd podotherapeut is (zie www.podotherapie.nl).

⚠ Let op

Orthopedische steunzolen gemaakt door een daartoe erkende leverancier worden vergoed als onderdeel van de vergoeding Orthopedische steunzolen (E27).

E36 Pruiken en alternatieven, batterijen voor hoortoestellen, orthopedisch schoeisel en mammaprothese

E36.1 Pruiken

Pruiken zijn tot een maximumbedrag verzekerd in de Basisverzekering. Aanvullend biedt de aanvullende verzekering een vergoeding.

U krijgt een vergoeding tot een maximumbedrag. Dit bedrag is niet hoger dan het verschil tussen de prijs van de pruik en de vergoeding uit de Basisverzekering.

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 0	€ 100	€ 100	€ 100

U heeft recht op deze vergoeding als:

- u een Basisverzekering heeft afgesloten bij Menzis, en
- u voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding uit de Basisverzekering.

! Let op

U krijgt een vergoeding voor een pruik of het alternatief (zie artikel E36.2). U kunt kiezen uit één van deze vergoedingen per kalenderjaar.

E36.2 Alternatieven voor een pruik

Niet alle mensen die een indicatie hebben voor een pruik willen deze dragen. Zij kiezen liever voor een andere hoofdbedekking, zoals sjaals, hoofddoekjes, bandana's, buffs en mutsja's.

U krijgt een vergoeding voor alternatieven voor een pruik tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 25	€ 25	€ 25	€ 25	€ 25

U heeft recht op deze vergoeding als

- u een voorschrift voor een pruik heeft van een huisarts of een medisch specialist, en
- Menzis u vooraf toestemming heeft gegeven.

Hoe vraagt u toestemming?

Bel met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.

! Let op

U krijgt een vergoeding voor een pruik (zie artikel E36.1) of het alternatief. U kunt kiezen uit één van deze vergoedingen per kalenderjaar.

E36.3 Batterijen voor hoortoestellen

U krijgt een vergoeding tot een maximumbedrag per verzekerde, per kalenderjaar.

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 0	€ 35	€ 35	€ 35

U heeft recht op deze vergoeding als u op het dragen van een hoortoestel aangewezen bent.

E36.4 Eigen bijdrage orthopedisch schoeisel

Voor orthopedisch schoeisel krijgt u een vergoeding uit de Basisverzekering (zie hiervoor B19), onder aftrek van een eigen bijdrage die verband houdt met kosten die u anders zou besteden aan normale schoenen. Deze eigen bijdrage betaalt u aan de leverancier.

U krijgt een vergoeding voor deze eigen bijdrage tot een maximum per kalenderjaar. Dit is:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 0	€ 50	€ 50	€ 50

U heeft recht op deze vergoeding als:

- u een Basisverzekering heeft afgesloten bij Menzis, en
- u voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding van orthopedisch schoeisel uit de Basisverzekering.

E36.5 Mammaprothese

U krijgt een vergoeding voor artikelen die worden gebruikt na een borstamputatie en die verband houden met de mammaprothese. Het betreft plakstrips en reinigingsartikelen.

U krijgt hiervoor een maximumbedrag per 2 kalenderjaren. Dit is:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 0	€ 50	€ 50	€ 50

U heeft recht op deze vergoeding als u een aankoopnota overlegt.

E37 Gereserveerd

E38 Psychologische zorg

Eerstelijns psychologische zorg is gericht op diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van mensen met enkelvoudige psychische of psychosociale problemen.

Psychologische zorg is voor een deel verzekerd in de Basisverzekering. U kunt daarover meer lezen onder B16.1. Aanvullend hierop biedt uw aanvullende verzekering een vergoeding. U krijgt de kosten vergoed tot een maximum aantal zittingen. Dit maximum aantal zittingen is per kalenderjaar:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
0	2	4	4	8

U heeft recht op deze vergoeding als:

- uw zorgaanbieder een contract met Menzis heeft, en
- de psychologische zorg verleend wordt door een gezondheidszorgpsycholoog, Europees gecertificeerde therapeut (European Certificate of Psychotherapy, verleend door de European Association for Psychotherapy te Wenen), Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP, seksuologische hulpverlener die als seksuoloog geregistreerd staat in het betreffende register van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie, of een Orthopedagoog Generalist.

⚠ Let op

Er geldt een eigen bijdrage van € 20 per zitting en € 50 voor een internetbehandeltraject. Gaat u naar een zorgaanbieder die met Menzis een contract heeft dan gelden deze eigen bijdragen niet. U kunt de lijst met zorgaanbieders vinden op www.menzis.nl/zorgvinder. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen contract met Menzis heeft, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is € 45 per zitting.

Extra informatie

Gaat u naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder, dan krijgt u een maximumbedrag van € 45 voor een hele zitting. Daarnaast geldt een eigen bijdrage van € 20 per zitting en € 50 voor een internetbehandeltraject. Het kan zijn dat uw zorgaanbieder een gedeelte van een zitting of een dubbele zitting in rekening brengt. In dat geval wordt uw vergoeding daarop aangepast.

E38.1 Preventief consult

U krijgt een eerste preventief consult vergoed als dat plaatsvindt bij een gezondheidszorgpsycholoog of een Europees gecertificeerd psychotherapeut die een contract met Menzis heeft, zonder dat daarvoor een verwijzing nodig is. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar mag deze zorg ook worden verleend door een Kinder- jeugdpsycholoog NIP of Orthopedagoog Generalist die door Menzis is gecontracteerd.

Vergoed worden de kosten van een eerste preventief consult tot een maximum bedrag per kalenderjaar. Dit bedrag is:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 60	€ 60	€ 60	€ 60	€ 60

De zorg kan plaatsvinden in een vrijgevestigde praktijk.

U heeft alleen recht op deze vergoeding als u hiervoor vooraf een brief van Menzis aan de zorgaanbieder overlegt. U kunt deze brief downloaden van onze website www.menzis.nl/zorgplus of telefonisch opvragen bij de klantenservice, T 088-222 4040

⚠ Let op

Eventuele noodzakelijke vervolgbehandelingen eerstelijnspsychologische zorg komen alleen in aanmerking voor vergoeding uit de Basisverzekering van Menzis, als u hiervoor een verwijzing heeft van uw huisarts, specialist of bedrijfsarts.

E38.2 Eigen bijdrage Basisverzekering

In de Basisverzekering betaalt u een wettelijke eigen bijdrage voor eerstelijns psychologische zorg. U krijgt deze wettelijke eigen bijdrage volledig vergoed als uw Basisverzekering bij Menzis is afgesloten.

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

U heeft recht op deze vergoeding als uw zorgaanbieder een contract met Menzis heeft.

E39 Gereserveerd

E40 Gereserveerd

E41 Softbrace of spalk

Een softbrace is een hulpmiddel om een gewricht (bijvoorbeeld een knie) te stabiliseren. In bepaalde gevallen is een brace of spalk verzekerd in de Basisverzekering.

U krijgt de aanschafkosten van een softbrace of spalk vergoed, tot een maximumbedrag per kalenderjaar:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 25	€ 25	€ 25	€ 25	€ 25

U heeft recht op deze vergoeding als u een voorschrift heeft van een huisarts, medisch specialist of (sport)fysiotherapeut.

⚠ Let op

U krijgt geen vergoeding als de brace of spalk onderdeel is van een behandeling in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

E42 Sport Medisch Advies

Een sport medisch advies is voor mensen die (willen) sporten, een blessure hebben of klachten hebben tijdens het sporten en willen weten welke sport het beste bij hen past. Gespecialiseerde instellingen bieden diverse onderzoekspakketten om hier een gedegen advies over te geven. De pakketten zijn aangepast aan sportintensiteit en leeftijd en kunnen onder andere bestaan uit een hartfilmpje, longfunctietests, een uitgebreid onderzoek van het houdings- en bewegingsapparaat en een inspanningstest.

U krijgt een vergoeding voor:

- Basis Sport Medisch onderzoek SMI;
- Basisplus Sportmedisch onderzoek SMI;
- Groot Sportmedisch onderzoek SMI;
- Behandeling en advisering voor sporters met een chronische blessure. Ook voor sporters met vragen over schoeisel, voeding, training en alle andere medische problemen in relatie met sportbeoefening.

U krijgt een sport medisch advies vergoed, tot een maximumbedrag per kalenderjaar:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 100	€ 100	€ 100	€ 100	€ 100

U heeft recht op deze vergoeding als het advies wordt gegeven door:

- een sportarts (of iemand die onder zijn verantwoordelijkheid werkt),
- die werkt bij een Sport Medisch Adviescentrum of een Sport Medische Instelling, die zijn aangesloten bij de Federatie van Sport Medische Instellingen. Welke centra en instellingen zijn aangesloten bij de Federatie van Sport Medische Instellingen kunt u vinden op de website www.sportgeneeskunde.com.

⚠ Let op

U krijgt geen vergoeding voor prestatiebegeleiding of een cursus.

E43 Sterilisatie (man)

Sterilisatie bij de man (vasectomie) is een ingreep waardoor u definitief onvruchtbaar wordt. De vasectomie is op zich geen bijzonder lastige of ingewikkelde ingreep. De ingreep kan goed onder plaatselijke verdoving worden uitgevoerd.

De kosten van sterilisatie worden vergoed tot een maximumbedrag van:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 300	€ 300	€ 300	€ 300	€ 300

⚠ Let op

Hersteloperaties worden niet vergoed.

E44 Sterilisatie (vrouw)

Bij sterilisatie van de vrouw worden de eileiders afgesloten. Daardoor kunnen zaadcellen de eikel niet meer bereiken en kan de eikel zich niet meer naar de baarmoeder toe bewegen. Zo wordt voorkomen dat zwangerschap ontstaat.

De kosten van sterilisatie worden vergoed tot een maximumbedrag van:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 1.200	€ 1.200	€ 1.200	€ 1.200	€ 1.200

U heeft recht op deze vergoeding als de sterilisatie wordt uitgevoerd door een medisch specialist.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts.

Toestemming

U heeft vooraf toestemming van Menzis nodig als u voor de behandeling in het ziekenhuis moet worden opgenomen.

! Let op

Hersteloperaties worden niet vergoed.

E45 Gereserveerd

E46 Stottertherapie of SpeechEasy

Sommige mensen hebben moeite met vloeiend spreken. Zij kunnen dan baat hebben bij stottertherapie of een SpeechEasy. Een SpeechEasy wordt gedragen als een gehoortoestel. In plaats van het geluid te versterken, wordt een echo-effect opgewekt. Dit effect kan het stotteren verminderen. Stottertherapie is voor een deel verzekerd in de Basisverzekering. U kunt daarvoor terecht bij een gespecialiseerde logopedist (zie artikel B22). Uit de aanvullende verzekering krijgt u stottertherapie vergoed die is ontwikkeld door ervaringsdeskundigen.

E46.1 Stottertherapie

U krijgt stottertherapie vergoed tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 0	€ 0	€ 700	€ 700

! Let op

U heeft alleen recht op stottertherapie van Del Ferro, het Hausdörfer-instituut Voor Natuurlijk Spreken of Instituut De Pauw (BOMA-therapie). Heeft u een ZorgPlus 3 of 4? Dan krijgt u de stottertherapie of de SpeechEasy vergoed. U kunt kiezen uit één van deze vergoedingen per kalenderjaar.

E46.2 SpeechEasy

U krijgt een vergoeding voor een SpeechEasy gedurende 3 jaren, tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 0	€ 0	€ 700	€ 700

U heeft recht op deze vergoeding als de SpeechEasy wordt geleverd door een gecontracteerde leverancier. U kunt de leverancier vinden op www.menzis.nl/zorgvinder. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

! Let op

U krijgt de stottertherapie of de SpeechEasy vergoed. U kunt kiezen uit één van deze vergoedingen per kalenderjaar. De SpeechEasy wordt in delen vergoed uit het maximumbedrag van 3 achtereenvolgende jaren.

Voorbeeld

In 2012 schaft u een SpeechEasy aan voor € 4.000. U kunt nu in 2012 € 700 declareren, in 2013 € 700 en in 2014 € 700. Als u deze verzekering wijzigt of opzegt, kunt u niet meer declareren.

E47 Gereserveerd

E48 Vakantiekamp voor kinderen

Voor kinderen met een ziekte, aandoening of handicap organiseren gespecialiseerde organisaties therapeutische vakanties. De doelstelling van de vakantiekampen is het vergroten van de zelfredzaamheid en daarbij ook gewoon genieten. De kinderen leren in een vakantiesfeer haast ongemerkt hoe om te gaan met hun beperking. Zonder angst te hoeven concurreren met anderen die geen of een andere handicap of beperking hebben, ervaren de kinderen een nuttige maar vooral plezierige vakantie. Er zijn ervaren begeleiders. Artsen en verpleegkundigen bieden medische ondersteuning.

U krijgt een vergoeding voor de kosten van verblijf in een vakantiekamp tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 0	€ 230	€ 230	€ 230

U heeft recht op deze vergoeding als het vakantiekamp wordt georganiseerd door een organisatie die door Menzis is erkend. U kunt de lijst met erkende organisaties vinden op www.menzis.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

! Let op

U krijgt geen vergoeding als u ouder bent dan twintig jaar, voor reiskosten, voor hulpmiddelen, of als u een vergoeding ontvangt uit de Basisverzekering of de AWBZ.

E49 Gereserveerd

E50 Verblijskosten logeer- of gasthuis patiënt

Een logeer- of gasthuis is een huis buiten het ziekenhuis waar u tijdelijk kunt verblijven als u naar het ziekenhuis moet of bent geweest. Voorbeeld van een logeer- of gasthuis is het Gasthuis van het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis.

U krijgt een vergoeding voor verblijfskosten in een logeer- of gasthuis tot een maximumbedrag.

Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 0	€ 0	€ 350	€ 350

U heeft recht op deze vergoeding als:

- u in het logeer- of gasthuis verblijft direct voor of na uw ziekenhuisopname of poliklinische behandeling, en
- het logeer- of gasthuis is verbonden aan het ziekenhuis.

E51 Verblijskosten logeer- of gasthuis bezoekend gezinslid

Een logeer- of gasthuis is een huis buiten het ziekenhuis waar uw gezinslid tijdelijk kan verblijven als u in het ziekenhuis bent opgenomen. Voorbeelden van logeer- of gasthuizen zijn het Ronald McDonalddhuis, het Familiehuis Daniel den Hoed, het Prinses Margriethuis en het Kiwanishuis.

U krijgt een vergoeding voor verblijfskosten in een logeer- of gasthuis van een bezoekend gezinslid tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 150	€ 150	€ 450	€ 450

U heeft recht op deze vergoeding als:

- u bent opgenomen in een ziekenhuis,
- het logeer- of gasthuis is verbonden aan het ziekenhuis waar u bent opgenomen, en
- de bezoeker op uw zorgpolis is vermeld en op hetzelfde adres woont, of de bezoeker uw partner is die bij Menzis verzekerd is.

E52 Mantelzorg

Met mantelzorg wordt bedoeld dat u langdurig, onbetaald en intensief zorgt voor een familielid of iemand in uw nabije omgeving. Mensen die mantelzorg verlenen noemen we mantelzorger. U bent mantelzorger als u meer dan 8 uur per week en langer dan 3 maanden mantelzorg verleent.

E52.1 Vervangende mantelzorg tijdens vakantie

Mantelzorg kan voor u, hoe graag u het ook doet, een hele belasting zijn. Daarom is er de mogelijkheid een vervanger in te schakelen als u vakantie neemt.

U krijgt maximaal vijftien dagen per kalenderjaar vervangende mantelzorg vergoed.

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
Nee	Nee	Ja	Ja	Ja

U heeft recht op deze vergoeding als:

- u mantelzorger bent,
- de verzorgde bij u thuis woont, en
- de verzorgde bij Menzis is verzekerd.

Hoe krijgt u vervangende mantelzorg?

- U neemt contact op met de Stichting Mantelzorgvervanging Nederland 'Handen in Huis' op 030 659 09 70.
- Deze stichting regelt in overleg met u en Menzis de vervangende mantelzorg.
- Menzis betaalt de kosten rechtstreeks aan de Stichting Mantelzorgvervanging Nederland 'Handen in Huis'.

E52.2 Mantelzorgers-arrangement

Een Mantelzorgers-arrangement geeft de mantelzorger de mogelijkheid een aantal dagen per jaar te ontspannen en op adem te komen. Dit kan door een aantal dagen alleen of samen met de verzorgde te verblijven in een prettige omgeving waar ontspanning en ontmoeting van lotgenoten centraal staat. Ook is er een arrangement voor de verzorgde alleen, zodat

de mantelzorgers de mogelijkheid heeft om thuis tot rust te komen. Er is tijdens een arrangement aandacht voor opleiding en ontwikkeling, waarvoor deskundige begeleiding aanwezig is.

U krijgt een tegemoetkoming in de kosten van een Mantelzorgers-arrangement van € 125 per dag tot een maximum aantal dagen. Het maximum aantal dagen is per kalenderjaar:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
-	-	4 dagen	4 dagen	6 dagen

U heeft recht op deze vergoeding als:

- u mantelzorgers bent, en
- het Mantelzorgers-arrangement wordt georganiseerd door een organisatie die is aangesloten bij Mezzo (zie www.mezzo.nl).

! Let op

Is de verzorgde verzekerd bij Menzis? En kiest u voor een Mantelzorgers-arrangement voor u en de verzorgde samen? Dan is de vergoeding € 250 per dag tot het maximum aantal genoemde dagen.

Declareren

Als u heeft deelgenomen aan een Mantelzorgers-arrangement, vergeet dan niet om bij uw declaratie een bewijs van deelname en betaling te voegen.

E52.3 Mantelzorgmakelaar

De mantelzorgmakelaar biedt professionele ondersteuning aan mantelzorgers door regeltaken over te nemen. De mantelzorgers wordt zo minder belast. De mantelzorgmakelaar maakt in overleg met de mantelzorgers een overzicht van diens taken. Naast de zorgtaken zijn dit ook de regeltaken en verplichtingen op het gebied van werk. Vervolgens wordt bekeken wat er geregeld moet worden om al deze taken te combineren en daarnaast tijd over te houden voor sociale contacten en ontspanning. Denk hierbij aan regelingen op het gebied van wonen, zorg, welzijn, inkomen, wet en regelgeving en verzekeringen. De mantelzorgmakelaar beschikt over kennis van regelingen op divers gebied.

U krijgt een vergoeding voor de mantelzorgmakelaar tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per 2 kalenderjaren:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 0	€ 350	€ 350	€ 350

U heeft recht op deze vergoeding als:

- u mantelzorgers bent,
- Menzis u vooraf toestemming heeft gegeven, en
- de mantelzorgmakelaar is ingeschreven in het kwaliteitsregister van de Beroepsvereniging van mantelzorgmakelaars (BMZM).

Hoe vraagt u toestemming?

Bel met de Menzis Mantelzorgservice op 088 222 42 42.

E52.4 Mantelzorgcursussen

Zorgen voor een ander kan voldoening geven, maar vraagt ook veel tijd en energie. De kans om overbelast te raken is groot. Een mantelzorgcursus is niet alleen gericht op het verbeteren van de verzorging van anderen, maar ook op verbetering voor jezelf. Om zelf bewust te zijn van de eigen grenzen.

U krijgt een vergoeding tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 0	€ 75	€ 75	€ 75

U heeft recht op vergoeding van een mantelzorgcursus als:

- u mantelzorgers bent, en
- de mantelzorgcursus georganiseerd is door een Thuiszorgorganisatie, MEE of Mezzo-lidorganisatie.

E53 Voorbehoedsmiddelen (anticonceptiva)

Anticonceptiemiddelen of voorbehoedsmiddelen zijn middelen die gebruikt worden om een zwangerschap te voorkomen.

Verzekerd zijn de kosten van de volgende voorbehoedsmiddelen: anticonceptiepil, hormoonhoudende vaginale ring, anticonceptie per injectie, anticonceptie per implantatie, koperhoudend spiraaltje, pessarium en een hormoonhoudend spiraaltje.

U krijgt een vergoeding voor anticonceptiepillen tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 30	€ 30	€ 30	€ 30	€ 30

U krijgt een vergoeding voor de hormoonhoudende vaginale ring, anticonceptie per injectie, anticonceptie per implantatie, koperhoudend spiraaltje, pessarium en een hormoonhoudend spiraaltje tot een maximumbedrag.

Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 50	€ 50	€ 50	€ 50	€ 50

U heeft recht op deze vergoeding als:

- u 21 jaar of ouder bent,
- het voorbehoedsmiddel wordt voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist,
- het voorbehoedsmiddel wordt geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts, en
- het eventueel inbrengen van het voorbehoedsmiddel wordt uitgevoerd door een huisarts of medisch specialist.

E54 Gereserveerd

Tandartsvergoedingen in Menzis ZorgPlus



Tandartsvergoedingen in Menzis ZorgPlus

U vindt hierna de voorwaarden betreffende tandartsvergoedingen die in ZorgPlus Budget en ZorgPlus 1, 2, 3 en 4 opgenomen zijn. Op uw zorgpolis staat welke Menzis ZorgPlus verzekering u heeft.

T1 Basisverzekering en aanvullende (tandarts)verzekering

Wat in de Basisverzekering is verzekerd vindt u onder B29 van de verzekeringsvoorwaarden van de Basisverzekering. Wat in uw aanvullende verzekering is verzekerd, vindt u hier en in de tabel hierna. Wat verzekerd is in de Basisverzekering wordt niet vergoed door uw tandartsverzekering. Dat geldt ook voor tandartskosten die niet uit de Basisverzekering vergoed worden omdat ze onder het eigen risico vallen.

Ook de eigen bijdragen die in de Basisverzekering zijn bepaald worden niet vergoed uit uw tandartsverzekering, tenzij dit nadrukkelijk in de tandartsverzekering als vergoeding is opgenomen.

- De volledige prothese (het kunstgebit) is verzekerd in de Basisverzekering. U heeft wel een (wettelijke) eigen bijdrage.
- Voor jongeren tot en met 17 jaar is de mondzorg grotendeels verzekerd in de Basisverzekering, maar orthodontie, kroon- en brugwerk is niet verzekerd in de Basisverzekering.

T2 Systeem van codes

Zorgaanbieders declareren in codes. Deze codes staan voor bepaalde prestaties. Bijvoorbeeld: E111-eenvlaksvulling. De prestaties en codes zijn wettelijk vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). U kunt ze vinden op de website www.nza.nl. Tot en met 2011 werden ook de tarieven vastgesteld door de NZa. Vanaf 1 januari 2012 bepaalt elke zorgaanbieder zelf wat hij voor een prestatie in rekening brengt.

⚠ Let op

Uw tandartsverzekering vergoedt alleen als de wet- en regelgeving wordt nageleefd. De zorgaanbieder moet daarbij voldoen aan de regels die zijn opgenomen in de Prestatie-beschrijvingbeschikking en de Regeling Mondzorg. Zowel de Prestatie-beschrijvingbeschikking als de Regeling Mondzorg kunt u vinden op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit (www.nza.nl). Declareert uw zorgaanbieder in strijd met de wet- of regelgeving? Dan zullen wij deze nota afwijzen. U krijgt dan geen vergoeding. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn als uw zorgaanbieder een behandeling uitvoert waartoe hij niet bevoegd is.

T3 Welke zorgaanbieder

U kunt naar elke tandarts, kaakchirurg, orthodontist, vrijgevestigd mondhygiënist of tandprotheticus. U krijgt een vergoeding tot een maximum bedrag. U vindt deze bedragen onderaan de tabellen hierna.

⚠ Let op

Alleen de kosten van een zorgaanbieder gevestigd in Nederland of de grensstreek worden vergoed. De grensstreek is tot 15 kilometer van de Nederlandse grens. Voor spoedeisende tandartshulp in het buitenland (hiervan is sprake als een behandeling niet kan worden uitgesteld tot terugkomst in Nederland) krijgt u een vergoeding tot een maximum van € 350 per gebeurtenis. Deze uitkeringen tellen mee bij het bereiken van het maximumbedrag voor tandheelkunde dat u in een kalenderjaar vergoed krijgt (tabel 1).

T4 Vergoeding

U krijgt vergoeding van kosten volgens de tabel met prestaties die hierna volgt. De meest recente versie van de tabel is geldig. Deze is te vinden op de website www.menzis.nl. De gedrukte versie kan dus verouderd zijn.

⚠ Let op

Niet elke prestatie is verzekerd. De code staat dan niet vermeld, of er staat een streepje.

T5 Techniek- en materiaalkosten

Bij diverse prestaties kan de tandarts techniekkosten en/of materiaal-kosten apart in rekening brengen. Als een prestatiecode voor vergoeding in aanmerking komt krijgt u ook de techniek- en materiaalkosten vergoed.

T6 Beugels (orthodontie)

Bent u op 1-1-2012 17 jaar of jonger en heeft u Menzis ZorgPlus 1,2,3 of 4? Uw beugel wordt vergoed tot een maximum bedrag voor de gehele verzekeringsduur. Deze vergoeding eindigt bij het bereiken van de 18 jarige leeftijd. Bent u op 1-1-2012 18 jaar of ouder en heeft u Menzis ZorgPlus 2,3 of 4? U heeft aanspraak op een vergoeding tot een maximum bedrag. De hoogte van dit maximum bedrag is afhankelijk van het door u gekozen pakket en is eenmalig voor de gehele verzekeringsduur. Heeft u al een vergoeding gehad voor een beugel toen u jonger was dan 18 jaar? Dan wordt die vergoeding afgetrokken van het maximum bedrag voor een beugel boven de 18 jaar.

Overgangsbepaling orthodontie: Bent u tussen de 18 en 21 jaar oud, is uw behandeling aangevangen voor 01-11-2011 en werd deze behandeling door Menzis vergoed? Dan wordt de voortzetting van uw behandeling nog vergoed tot het maximumbedrag, dat gold voor uw tandartsverzekering in 2011, is bereikt, of - als dit eerder is - tot u de 22 jarige leeftijd heeft bereikt.

⚠ Let op

Een behandeling geldt als aangevangen als de aanvangstoeslag is gedeclareerd. Een consult of foto alleen geldt niet als een aangevangen behandeling.

T7 Gereserveerd

T8 Fronttandvervangning in Menzis ZorgPlus

Bent u op of na 1-1-2012 tussen de 18 en 22 jaar? Dan krijgt u vergoeding voor tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten als het ter vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden is die niet zijn aangelegd, of als het ontbreken van die tand(en) het directe gevolg is van een ongeval. U heeft vooraf toestemming van Menzis nodig.

T9 Hoe declareert u de nota

Gaat u naar een zorgaanbieder die met Menzis een betaalovereenkomst heeft? Dan betaalt Menzis direct aan de zorgaanbieder. Kiest u voor een zorgaanbieder die geen betaalovereenkomst heeft, dan betaalt u de nota zelf. U kunt deze nota dan indienen bij Menzis. Gebruikt u daarvoor het declaratieformulier.

⚠ Let op

Als Menzis aan de zorgaanbieder meer betaalt dan waarop u volgens uw verzekering recht heeft, ontvangt u voor het verschil een nota van Menzis.

Code	Beschrijving	Zorg-Plus-Budget	Zorg-Plus 1	Zorg-Plus 2	Zorg-Plus 3	Zorg-Plus 4
------	--------------	------------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Tabel 1. prestatiecodes mondzorg algemeen

Consultatie en diagnostiek

A111	Periodieke controle	100%	100%	100%	100%	100%
A211	Probleemgericht consult	100%	100%	100%	100%	100%
A231	Intake consult	100%	100%	100%	100%	100%
A261	Multidisciplinair consult	100%	100%	100%	100%	100%
A311	Maken en beoordelen kleine röntgenfoto	100%	100%	100%	100%	100%
A321	Maken en beoordelen kleine kaakoverzichtsfoto	100%	100%	100%	100%	100%
A324	Maken en beoordelen schedelfoto	100%	100%	100%	100%	100%
A327	Maken en beoordelen meer-dimensionale kaakfoto	100%	100%	100%	100%	100%
A511	Vaststellen wortelkanaalclassificatiescore	100%	100%	100%	100%	100%
A531	vaststellen conditie tandvlees	100%	100%	100%	100%	100%
A611	Microbiologisch- en/of speekselonderzoek	100%	100%	100%	100%	100%
A611	Techniek- of materiaalkosten	100%	100%	100%	100%	100%
A711	Opstellen en bespreken zorgplan	-	-	-	-	-
A721	Aanvullend onderzoek prothetische en restauratieve zorg	-	-	-	-	-
A721	Techniek- of materiaalkosten	-	-	-	-	-
A722	Onderzoek tandvleesbehandelingen	100%	100%	100%	100%	100%
A723	Aanvullend onderzoek implantologie	-	-	100%	100%	100%
A723	Techniek- of materiaalkosten	-	-	100%	100%	100%
A724	Aanvullend onderzoek kaakgewrichtsbehandeling	-	-	-	-	-
A724	Techniek- of materiaalkosten	-	-	-	-	-
A725	Aanvullend onderzoek orthodontie (beugels)	-	-	-	-	-
A726	Aanvullend onderzoek naar slaapafhankelijke ademhalingsstoornissen	-	-	-	-	-
A727	Aanvullend onderzoek vaststellen behandelbaarheid	-	-	-	-	-

Preventieve mondzorg

C112	Preventieve voorlichting en/of instructie standaard	100%	100%	100%	100%	100%
C114	Preventieve voorlichting en/of instructie uitgebreid	100%	100%	100%	100%	100%
C124	Consult voor evaluatie van preventie	100%	100%	100%	100%	100%
C212	Gebitsreiniging standaard	100%	100%	100%	100%	100%
C214	Gebitsreiniging uitgebreid	100%	100%	100%	100%	100%
C511	Sealen per element	100%	100%	100%	100%	100%
C611	Beslijpen en/of fluorideren melkelement	-	-	-	-	-
C811	Fluoridebehandeling boven- en ondergebit	-	-	-	-	-
C821	Medicinale handeling per element	-	-	-	-	-

Vullingen

E111	Eévlaksvulling	100%	100%	100%	100%	100%
E112	Tweevlaksvulling	100%	100%	100%	100%	100%
E113	Drievlaksvulling	100%	100%	100%	100%	100%
E114	Vier- of vijfvlaksvulling	100%	100%	100%	100%	100%

Chirurgie

J111	Terugzetten verplaatst element door ongeval	100%	100%	100%	100%	100%
J311	Trekken tand of kies	100%	100%	100%	100%	100%
J315	Moeizaam trekken tand of kies	100%	100%	100%	100%	100%
J411	Chirurgische verrichting	100%	100%	100%	100%	100%
J511	Aanbrengen botvervangers	-	-	-	-	-
J511	Techniek- of materiaalkosten	-	-	-	-	-

Code	Beschrijving	Zorg-Plus-Budget	Zorg-Plus 1	Zorg-Plus 2	Zorg-Plus 3	Zorg-Plus 4
J611	Kijkoperatie	-	-	-	-	-
J631	Endodontische chirurgie snij/hoektaand	100%	100%	100%	100%	100%
J633	Endodontische chirurgie premolaar	100%	100%	100%	100%	100%
J635	Endodontische chirurgie molaar	100%	100%	100%	100%	100%

Wortelkanaalbehandelingen (endodontologie)

L111	Start wortelkanaalbehandeling per element met 1 kanaal	100%	100%	100%	100%	100%
L112	Start wortelkanaalbehandeling per element met 2 kanalen	100%	100%	100%	100%	100%
L113	Start wortelkanaalbehandeling per element met 3 kanalen	100%	100%	100%	100%	100%
L114	Start wortelkanaalbehandeling per element met 4 of meer kanalen	100%	100%	100%	100%	100%
L311	Volledige wortelkanaalbehandeling per element met 1 kanaal	100%	100%	100%	100%	100%
L312	Volledige wortelkanaalbehandeling per element met 2 kanalen	100%	100%	100%	100%	100%
L313	Volledige wortelkanaalbehandeling per element met 3 kanalen	100%	100%	100%	100%	100%
L314	Volledige wortelkanaalbehandeling per element met 4 of meer kanalen	100%	100%	100%	100%	100%
L411	Toeslag moeilijke wortelkanaal-behandeling per element	100%	100%	100%	100%	100%
L421	Toeslag extra moeilijke wortelkanaalbehandeling per kanaal	100%	100%	100%	100%	100%
L511	Gedeeltelijk of geheel weghalen pulpaweefsel	100%	100%	100%	100%	100%
L711	Wortelpuntfixatie eerste zitting per element per kanaal	100%	100%	100%	100%	100%
L713	Wortelpuntfixatie volgende zitting per element per kanaal	100%	100%	100%	100%	100%
L715	Afsluiting van wortelpunt na fixatie per element	100%	100%	100%	100%	100%

Tandvleesbehandelingen (paradontologie)

N111	Grondig reinigen worteloppervlak per element	100%	100%	100%	100%	100%
N211	Tussentijdse beoordeling tandvleesbehandeling	100%	100%	100%	100%	100%
N215	Evaluatie tandvleesbehandeling	100%	100%	100%	100%	100%
N311	Flapoperatie tussen 2 elementen	100%	100%	100%	100%	100%
N315	Flapoperatie per sextant (zesde deel)	100%	100%	100%	100%	100%
N411	Tuber- of retromolaarplastiek	100%	100%	100%	100%	100%
N511	Aanbrengen regeneratiemateriaal per element	100%	100%	100%	100%	100%
N511	Techniek- of materiaalkosten	100%	100%	100%	100%	100%
N515	Aanbrengen regeneratiemateriaal per sextant	100%	100%	100%	100%	100%
N515	Techniek- of materiaalkosten	100%	100%	100%	100%	100%
N551	Operatieve verwijdering regeneratiemateriaal	100%	100%	100%	100%	100%
N611	Tandvleescorrectie per element, zonder opklap	100%	100%	100%	100%	100%
N615	Tandvleescorrectie per element, met opklap	100%	100%	100%	100%	100%
N615	Techniek- of materiaalkosten	100%	100%	100%	100%	100%
N811	Behandeling tandvleesabces	100%	100%	100%	100%	100%

Diversen

X111	Toeslag avond-, nacht-, en weekendbehandeling	100%	100%	100%	100%	100%
X211	Spalken per element	100%	100%	100%	100%	100%
X221	Verwijderen spalk per element	100%	100%	100%	100%	100%
X311	Inwendig bleken per element	100%	100%	100%	100%	100%
X331	Uitwendig bleken per kaak	-	-	-	-	-
X331	Techniek- of materiaalkosten	-	-	-	-	-
X411	Maken van gebitsmodellen	100%	100%	100%	100%	100%
X431	Mondbeschermer	100%	100%	100%	100%	100%
X431	Techniek- of materiaalkosten	100%	100%	100%	100%	100%
X551	Afgeven tandheelkundige verklaring	-	-	-	-	-
X555	Second opinion	-	-	-	-	-
X611	Verdoving door middel van een roesje (sedatie)	-	-	-	-	-

Code	Beschrijving	Zorg-Plus-Budget	Zorg-Plus 1	Zorg-Plus 2	Zorg-Plus 3	Zorg-Plus 4
X631	Verdoving door middel van algehele narcose (anesthesie)	-	-	-	-	-
X711	Tijdtarief begeleiding moeilijk behandelbare patiënten	-	-	-	-	-
X731	Tijdtarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen	-	-	-	-	-
X731	Techniek- of materiaalkosten	-	-	-	-	-
X751	Tijdtarief mondzorg AWBZ	-	-	-	-	-
X751	Techniek- of materiaalkosten	-	-	-	-	-
X781	Tijdtarief topreferente mondzorg	-	-	-	-	-
X781	Techniek- of materiaalkosten	-	-	-	-	-
X811	Snurk en slaapstoornis behandeling	-	-	-	-	-
X811	Techniek- of materiaalkosten	-	-	-	-	-
X911	Mondzorg aan huis	-	-	-	-	-
X911	Techniek- of materiaalkosten	-	-	-	-	-
X951	Mondzorg op locatie	-	-	-	-	-
X991	Gedeeltelijk voltooid werk	-	-	-	-	-
X991	Techniek- of materiaalkosten	-	-	-	-	-
X993	Onderlinge dienstverlening	-	-	-	-	-
W112	Nazorg standaard	-	-	-	-	-
W114	Nazorg uitgebreid	-	-	-	-	-

De bovenstaande vergoedingen voor prestatiecodes (Tabel 1) gelden voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Er geldt een maximum bedrag per verzekerde, per kalenderjaar voor alle verichtingen en kosten samen. Dit is voor

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 350	€ 500	€ 1.000	€ 1.000	€ 1.250

Tabel 2. Prestatiecodes kronen, bruggen, inlay's en implantologie

E131	Opbouw van plastisch materiaal bij extreme gebitslijtage per element	-	-	75%	75%	75%
E131	Techniek- of materiaalkosten	-	-	75%	75%	75%
E151	Aanbrengen schildje van tandkleurig plastisch materiaal	-	-	75%	75%	75%
E211	Hoektandfunctie herstellen	-	-	75%	75%	75%
E211	Techniek- of materiaalkosten	-	-	75%	75%	75%
E311	Eénvlaks inlay	-	-	75%	75%	75%
E311	Techniek- of materiaalkosten	-	-	75%	75%	75%
E312	Tweevlaks inlay	-	-	75%	75%	75%
E312	Techniek- of materiaalkosten	-	-	75%	75%	75%
E313	Drievlaks inlay	-	-	75%	75%	75%
E313	Techniek- of materiaalkosten	-	-	75%	75%	75%
E321	Kroon	-	-	75%	75%	75%
E321	Techniek- of materiaalkosten	-	-	75%	75%	75%
E325	Brugtussendeel	-	-	75%	75%	75%
E325	Techniek- of materiaalkosten	-	-	75%	75%	75%
E331	Kroon in melkgebit	-	-	75%	75%	75%
E335	Schildje van keramiek of kunststof	-	-	75%	75%	75%
E335	Techniek- of materiaalkosten	-	-	75%	75%	75%
E341	Plakbrug met één tussendeel aan één element	-	-	75%	75%	75%
E341	Techniek- of materiaalkosten	-	-	75%	75%	75%
E345	Volgende tussendeel of steunpunt bij plakbrug	-	-	75%	75%	75%
E345	Techniek- of materiaalkosten	-	-	75%	75%	75%
E351	Brugverankering aan element	-	-	75%	75%	75%
E351	Techniek- of materiaalkosten	-	-	75%	75%	75%
E411	Plaatsen wortelkanaalpin	-	-	75%	75%	75%

Code	Beschrijving	Zorg-Plus-Budget	Zorg-Plus 1	Zorg-Plus 2	Zorg-Plus 3	Zorg-Plus 4
E421	Opbouw van plastisch materiaal	-	-	75%	75%	75%
E423	Opbouw niet plastisch materiaal	-	-	75%	75%	75%
E423	Techniek- of materiaalkosten	-	-	75%	75%	75%
E431	Plaatsen opbouw ten behoeve van implantaatkroon	-	-	75%	75%	75%
E431	Techniek- of materiaalkosten	-	-	75%	75%	75%
E441	Wortelkap	-	-	75%	75%	75%
E441	Techniek- of materiaalkosten	-	-	75%	75%	75%
E511	Aanbrengen precisie koppelingen per stuk	-	-	75%	75%	75%
E511	Techniek- of materiaalkosten	-	-	75%	75%	75%
E611	Afdruk ten behoeve van fixatie bij moeilijk kroon- en brugwerk	-	-	75%	75%	75%
E711	Tijdelijke (nood)kroon	-	-	75%	75%	75%
E711	Techniek- of materiaalkosten	-	-	75%	75%	75%
E721	Tijdelijke voorziening (kroon) voor langere periode	-	-	75%	75%	75%
E721	Techniek- of materiaalkosten	-	-	75%	75%	75%
E811	Opnieuw vastzetten kroon	-	-	75%	75%	75%
E815	Opnieuw vastzetten plakbrug	-	-	75%	75%	75%

Implantaten (implantologie)

P111	Plaatsen implantaat	-	-	75%	75%	75%
P111	Techniek- of materiaalkosten	-	-	75%	75%	75%
P131	Plaatsen afdekschroef voor implantaat	-	-	75%	75%	75%
P131	Techniek- of materiaalkosten	-	-	75%	75%	75%
P211	Plaatsen micro-implantaat (voor beugel)	-	-	-	-	-
P211	Techniek- of materiaalkosten	-	-	-	-	-
P311	Maken proefopstelling ten behoeve van implantologie	-	-	-	-	-
P311	Techniek- of materiaalkosten	-	-	-	-	-
P331	Maken boormal	-	-	-	-	-
P331	Techniek- of materiaalkosten	-	-	-	-	-
P411	Ophoging bodem bijholte per kaakhelft	-	-	-	-	-
P411	Techniek- of materiaalkosten	-	-	-	-	-
P431	Kaakverbreding en/of verhoging per kaakhelft	-	-	-	-	-
P431	Techniek- of materiaalkosten	-	-	-	-	-
P451	Aanvullende ophoging bodem bijholte tijdens plaatsen implantaat	-	-	-	-	-
P451	Techniek- of materiaalkosten	-	-	-	-	-
P511	Oogsten eigen botweefsel	-	-	-	-	-
P611	Transplantatie tandvlees/bindweefsel	-	-	-	-	-
P911	Verwijderen implantaat	-	-	-	-	-
P915	Verwijderen kapotte schroef en/of abutment	-	-	-	-	-

Kaakchirurg

238060	Plaatsen eerste implantaat in kaak	-	-	75%	75%	75%
238061	Elk volgende implantaat	-	-	75%	75%	75%
238062	Techniek- en materiaalkosten	-	-	75%	75%	75%
238063	Vrijleggen van implantaten	-	-	75%	75%	75%

De bovenstaande prestatiecodes (Tabel 2) zijn verzekerd tot een maximum bedrag per verzekerde, per kalenderjaar voor alle verrichtingen en kosten samen. Als de voorbereidende verrichtingen voor het plaatsen van kronen, bruggen, inlay's of implantaten in enig jaar hebben plaatsgevonden, worden alle daarop volgende verrichtingen en kosten die op het plaatsen betrekking hebben toegerekend aan dat jaar. Het maximumbedrag per kalenderjaar is:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 0	€ 350	€ 750	€ 1.000

Code	Beschrijving	Zorg-Plus-Budget	Zorg-Plus 1	Zorg-Plus 2	Zorg-Plus 3	Zorg-Plus 4
------	--------------	------------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Tabel 3. Prestatiecodes protetische voorzieningen

G111	Eigen bijdrage volledig kunstgebit boven- en onderkaak	100%	100%	100%	100%	100%
G111	Eigen bijdrage techniek- of materiaalkosten	100%	100%	100%	100%	100%
G112	Eigen bijdrage volledig kunstgebit onderkaak	100%	100%	100%	100%	100%
G112	Eigen bijdrage techniek- of materiaalkosten	100%	100%	100%	100%	100%
G113	Eigen bijdrage volledig kunstgebit bovenkaak	100%	100%	100%	100%	100%
G113	Eigen bijdrage techniek- of materiaalkosten	100%	100%	100%	100%	100%
G211	Eigen bijdrage Klikgebit per kaak	-	-	100%	100%	100%
G211	Eigen bijdrage techniek- of materiaalkosten	-	-	100%	100%	100%
G251	Eigen bijdrage vervangend klikgebit op niet verbonden implantaten	-	-	100%	100%	100%
G251	Eigen bijdrage techniek- of materiaalkosten	-	-	100%	100%	100%
G253	Eigen bijdrage vervangend klikgebit op verbonden implantaten	-	-	100%	100%	100%
G253	Eigen bijdrage techniek- of materiaalkosten	-	-	100%	100%	100%
G311	Maken mesostructuur bestaande uit twee drukknoppen	-	-	-	-	-
G311	Techniek- of materiaalkosten	-	-	-	-	-
G313	Vervaardigen extra drukknop	-	-	-	-	-
G313	Techniek- of materiaalkosten	-	-	-	-	-
G331	Maken mesostructuur bestaande uit een staaf tussen twee implantaten of tanden of kiezen	-	-	-	-	-
G331	Techniek- of materiaalkosten	-	-	-	-	-
G333	Vervaardigen extra staaf in dezelfde kaak	-	-	-	-	-
G333	Techniek- of materiaalkosten	-	-	-	-	-
G411	Gedeeltelijke (kunst)arsgebit (plaatje) per kaak	-	-	100%	100%	100%
G411	Techniek- of materiaalkosten	-	-	100%	100%	100%
G451	Gedeeltelijk kunstgebit met metaalbasis (frame) per kaak	-	-	€ 200	€ 400	€ 400
G451	Techniek- of materiaalkosten	-	-	-	-	-
G611	Aanpassing bestaand kunstgebit na plaatsing implantaten	-	-	-	-	-
G611	Techniek- of materiaalkosten	-	-	-	-	-
G651	Uitbreiding gedeeltelijk kunstgebit of frame	-	-	100%	100%	100%
G651	Techniek- of materiaalkosten	-	-	100%	100%	100%
G711	Opvullen bestaand kunstgebit per kaak	-	-	100%	100%	100%
G711	Techniek- of materiaalkosten	-	-	100%	100%	100%
G731	Opvullen bestaand klikgebit per kaak	-	-	-	-	-
G731	Techniek- of materiaalkosten	-	-	-	-	-
G733	Opvullen bestaand klikgebit met (de) montage per kaak	-	-	-	-	-
G733	Techniek- of materiaalkosten	-	-	-	-	-
G811	Reparatie kunstgebit zonder afdruk per kaak	-	-	100%	100%	100%
G811	Techniek- of materiaalkosten	-	-	100%	100%	100%
G815	Reparatie kunstgebit met afdruk per kaak	-	-	100%	100%	100%
G815	Techniek- of materiaalkosten	-	-	100%	100%	100%
G831	Techniek- of materiaalkosten	-	-	-	-	-
G831	Reparatie kunstgebit inclusief (de)monteren mesostructuur	-	-	-	-	-
G911	Tijdelijke zachte laag in kunstgebit	-	-	-	-	-
G921	Tijdelijke voorziening (prothese) voor langere periode per kaak	-	-	100%	100%	100%
G921	Techniek- en materiaalkosten	-	-	100%	100%	100%

Code	Beschrijving	Zorg-Plus-Budget	Zorg-Plus 1	Zorg-Plus 1	Zorg-Plus 2	Zorg-Plus 2	Zorg-Plus 3	Zorg-Plus 3	Zorg-Plus 4
Tabel 4. Prestatiecodes orthodontie			jonger dan 18 jaar	18 jaar en ouder	jonger dan 18 jaar	18 jaar en ouder	jonger dan 18 jaar	18 jaar en ouder	
V211	Orthodontie gedurende de eerste 2 levensjaren	-	70%	-	70%	-	70%	-	100%
A725	Aanvullend onderzoek orthodontie (beugels)	-	70%	-	70%	100%	70%	100%	100%
V411	Plaatsen beugel categorie 1	-	70%	-	70%	100%	70%	100%	100%
V411	Techniek- of materiaalkosten	-	70%	-	70%	100%	70%	100%	100%
V421	Plaatsen beugel categorie 2	-	70%	-	70%	100%	70%	100%	100%
V421	Techniek- of materiaalkosten	-	70%	-	70%	100%	70%	100%	100%
V431	Plaatsen beugel categorie 3	-	70%	-	70%	100%	70%	100%	100%
V431	Techniek- of materiaalkosten	-	70%	-	70%	100%	70%	100%	100%
V441	Plaatsen beugel categorie 4	-	70%	-	70%	100%	70%	100%	100%
V441	Techniek- of materiaalkosten	-	70%	-	70%	100%	70%	100%	100%
V451	Plaatsen beugel categorie 5	-	70%	-	70%	100%	70%	100%	100%
V451	Techniek- of materiaalkosten	-	70%	-	70%	100%	70%	100%	100%
V461	Plaatsen beugel categorie 6	-	70%	-	70%	100%	70%	100%	100%
V461	Techniek- of materiaalkosten	-	70%	-	70%	100%	70%	100%	100%
V471	Plaatsen beugel categorie 7	-	70%	-	70%	100%	70%	100%	100%
V471	Techniek- of materiaalkosten	-	70%	-	70%	100%	70%	100%	100%
V511	Beugelconsult per maand categorie 1	-	70%	-	70%	100%	70%	100%	100%
V512	Beugelconsult per maand categorie 2	-	70%	-	70%	100%	70%	100%	100%
V513	Beugelconsult per maand categorie 3	-	70%	-	70%	100%	70%	100%	100%
V514	Beugelconsult per maand categorie 4	-	70%	-	70%	100%	70%	100%	100%
V515	Beugelconsult per maand categorie 5	-	70%	-	70%	100%	70%	100%	100%
V516	Beugelconsult per maand categorie 6	-	70%	-	70%	100%	70%	100%	100%
V517	Beugelconsult per maand categorie 7	-	70%	-	70%	100%	70%	100%	100%
V612	Plaatsen intermaxillaire correctieveren	-	70%	-	70%	100%	70%	100%	100%
V612	Techniek- of materiaalkosten	-	70%	-	70%	100%	70%	100%	100%
V711	Verwijderen beugel categorie 5 of 6	-	70%	-	70%	100%	70%	100%	100%
V712	Plaatsen extra retentiebeugel, per kaak	-	70%	-	70%	100%	70%	100%	100%
V712	Techniek- of materiaalkosten	-	70%	-	70%	100%	70%	100%	100%
V713	Nacontrole bij iedere beugelcategorie	-	70%	-	70%	100%	70%	100%	100%
V811	Reparatie of vervanging van beugel	-	-	-	-	-	-	-	-
V811	Techniek- of materiaalkosten	-	-	-	-	-	-	-	-
V812	Herstel of vervanging van retentieapparatuur	-	-	-	-	-	-	-	-
V812	Techniek- of materiaalkosten	-	-	-	-	-	-	-	-

De bovenstaande vergoedingspercentages voor prestatiecodes (Tabel 4) gelden voor verzekerden **jonger dan 18 jaar**, tot een gezamenlijk maximum bedrag per verzekerde, eenmalig voor de gehele duur van de verzekering. Dit bedrag is:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 1.500	€ 2.000	€ 2.500	€ 2.500

De bovenstaande vergoedingspercentages voor prestatiecodes (Tabel 4) gelden voor verzekerden van **18 jaar en ouder**, tot een gezamenlijk maximum bedrag per verzekerde, eenmalig voor de gehele duur van de verzekering. Dit bedrag is:

ZorgPlus Budget	ZorgPlus 1	ZorgPlus 2	ZorgPlus 3	ZorgPlus 4
€ 0	€ 0	€ 500	€ 1.000	€ 1.500

N.B. Op deze bedragen worden vergoedingen die zijn gegeven vóór het bereiken van de 18-jarige leeftijd in mindering gebracht.



De algemene
voorwaarden

Hierna vindt u de algemene voorwaarden. In De algemene voorwaarden (1) vindt u regels die gelden voor uw Basisverzekering, aanvullende verzekering en tandartsverzekering. Bijvoorbeeld over opzeggen, premiebetaling en de wijze waarop u een klacht kan indienen. In De algemene voorwaarden (2) vindt u nog (aanvullende) voorwaarden die niet gelden voor de Basisverzekering maar wel voor de aanvullende verzekering en de tandartsverzekering.

Waar in de algemene voorwaarden (1 en 2) gesproken wordt van aanvullende verzekering en tandartsverzekering, wordt tevens bedoeld de gecombineerde aanvullende- en tandartsverzekering Menzis ZorgPlus.

De algemene voorwaarden (1)

A1 Algemeen

- De overheid stelt het verzekerde pakket van de Basisverzekering vast. De Zorgverzekeringswet en de daarbij horende regelgeving, schrijft voor waarvoor u verzekerd moet zijn. Elke zorgverzekeraar moet zich strikt aan de wet houden.
- In deze verzekeringsvoorwaarden hebben wij zo duidelijk mogelijk aangegeven waarvoor u verzekerd bent. Als er iets in deze verzekeringsvoorwaarden onverhoopt niet helemaal overeenkomt met de wettelijke regeling, dan geldt voor u wat in die wettelijke regeling staat.
- De verzekeringsovereenkomst bestaat uit: uw zorgpolis, deze algemene voorwaarden en de voorafgaande hoofdstukken, voor zover voor u de verzekering geldt die daarin wordt beschreven.
- Deze algemene voorwaarden zijn van toepassing op uw Basisverzekering en ook op uw aanvullende verzekering en tandartsverzekering.
- Als hieronder 'verzekering' staat, bedoelen wij daarmee de Basisverzekering, de aanvullende verzekering en de tandartsverzekering.
- Welke verzekeringen u heeft gesloten, vindt u op uw zorgpolis.
- Uw rechten als verzekerde zijn beschreven in de hoofdstukken hiervóór. De toepasselijke hoofdstukken, én deze algemene voorwaarden samen, vormen de verzekeringsvoorwaarden.
- De verzekeringnemer is degene die de verzekering met Menzis heeft gesloten. De verzekerde is degene van wie de ziektekosten verzekerd zijn. Vaak zijn verzekeringnemer en verzekerde dezelfde persoon. Met 'u' bedoelt Menzis u als verzekerde. Als een bepaling alleen voor de verzekeringnemer geldt, staat dat vermeld. De artikelen A9 tot en met A13 gelden alleen voor de verzekeringnemer.

A2 Werkgebied

Menzis ZorgZó is een Basisverzekering die bestemd is voor iedereen die in Nederland woont of daarbuiten, en die een Basisverzekering moet sluiten.

A3 Verzekeringsduur

De verzekering gaat in op de datum die u vindt op uw zorgpolis. Uw verzekering is geldig tot 1 januari van het volgende kalenderjaar. De verzekering wordt per 1 januari steeds met een jaar verlengd zolang u als verzekeringnemer de verzekering niet opzegt. U als verzekeringnemer wordt elk jaar geïnformeerd over de verlenging.

! Let op

'Verzekeringsduur' is niet hetzelfde als 'kalenderjaar'. De verzekeringsduur kan uit vele kalenderjaren bestaan.

A4 Terugwerkende kracht

- Als u binnen 4 maanden nadat u verzekeringsplichtig bent geworden, een Basisverzekering bij Menzis heeft gesloten, werkt de Basisverzekering terug tot en met de dag waarop de verzekeringsplicht ontstond.
- Als u bij Menzis een Basisverzekering heeft gesloten binnen een maand nadat een eerdere Basisverzekering met ingang van 1 januari of wegens een voor u nadelige wijziging van de voorwaarden door opzegging is geëindigd, werkt de Basisverzekering terug tot en met de dag waarop de eerdere Basisverzekering is geëindigd.

A5 Hoe kunt u de verzekering wijzigen?

Als u verzekeringnemer bent, kunt u uw verzekering wijzigen per 1 januari van ieder jaar. U kunt uw eigen risico wijzigen of een andere aanvullende verzekering of tandartsverzekering kiezen. Menzis moet uw verzoek dan op zijn laatst op 31 december ontvangen hebben. U ontvangt ieder jaar van Menzis daarvoor een wijzigingsformulier. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

A6 Hoe kunt u de verzekering opzeggen?

- Als u verzekeringnemer bent, kunt u opzeggen met een brief.
- Als uw e-mail adres bij ons geregistreerd is, kunt u ook per e-mail opzeggen.
- Geef bij opzegging duidelijk aan welke verzekering u precies wilt opzeggen: uw Basisverzekering, uw aanvullende verzekering of uw tandartsverzekering. Wilt u ook duidelijk aangeven voor welke verzekerden de opzegging geldt?

A7 Wanneer kunt u opzeggen?

Als u verzekeringnemer bent, kunt u:

- altijd opzeggen per 1 januari. Menzis moet uw opzegging dan op zijn laatst op 31 december ontvangen hebben,
- tussentijds de verzekering van een andere verzekerde opzeggen als die verzekerde ergens anders een Basisverzekering heeft gesloten. De opzegging gaat in op de dag waarop de verzekerde krachtens een andere Basisverzekering verzekerd wordt. Voorwaarde is dan wel dat de opzegging voorafgaande aan die dag is ontvangen door Menzis. Als de opzegging later ontvangen is gaat de opzegging in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop is opgezegd,
- tussentijds opzeggen als u collectief bent verzekerd bij uw werkgever en wilt deelnemen aan de collectiviteit van een nieuwe werkgever. Menzis moet uw opzegging dan binnen 30 dagen nadat uw nieuwe dienstverband is ingegaan ontvangen hebben. De opzegging gaat in op de dag waarop u krachtens een andere Basisverzekering verzekerd wordt. Voorwaarde is dan wel dat de opzegging voorafgaande aan die dag is ontvangen door Menzis. Als de opzegging later ontvangen is gaat de opzegging in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop is opgezegd,
- uw verzekering ook opzeggen als Menzis de voorwaarden verandert en de nieuwe voorwaarden voor u nadelig zijn. Menzis moet uw opzegging dan op zijn laatst één maand nadat de wijziging u is meegedeeld, ontvangen hebben. De opzegging gaat dan in op de dag dat de wijziging ingaat.

Verzekeraars hebben een overstapservice in het leven geroepen. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een zorgverzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u bij Menzis de zorgverzekering, en als u dat aangeeft ook de aanvullende verzekering en tandartsverzekering, opzegt. Als u niet van deze service gebruik wilt maken, moet u dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.

! Let op

Opzeggen kan niet met terugwerkende kracht. U kunt de verzekering niet opzeggen als Menzis wettelijk verplicht is deze te veranderen. U kunt de Basisverzekering niet opzeggen als u de premie niet heeft betaald en daarvoor bent aangemaand, tenzij Menzis de dekking heeft geschorst of de opzegging binnen twee weken heeft bevestigd.

Voorbeelden

1. Uw dochter gaat uit huis en wil zich zelf verzekeren. U kunt dan als verzekeringnemer de verzekering van uw dochter opzeggen per de datum dat zij een eigen verzekering heeft gesloten.
2. Wegens echtscheiding wensen u en uw ex-partner beiden een eigen verzekering. U kunt dan als verzekeringnemer de verzekering van de verzekerde (ex-partner) opzeggen. Dit kan zodra hij of zij een eigen verzekering heeft gesloten.
3. U bent individueel verzekerd. Op 1 mei treedt u in dienst bij een andere werkgever. U wilt toetreden tot de collectiviteit van uw nieuwe werkgever. Dat kan niet per 1 mei, maar wel per 1 januari.

A8 Kan Menzis de verzekering beëindigen?

Menzis kan de verzekering beëindigen als:

- de premie niet is betaald, zie artikel A13,
- u informatie heeft achtergehouden of verkeerde informatie heeft gegeven, zie artikel A24,
- u zich tegenover Menzis of haar personeel heeft misdragen.

A9 Wanneer eindigt de Basisverzekering van rechtswege?

Uw Basisverzekering eindigt van rechtswege op de dag nadat:

- uw verzekeringsplicht eindigt,
- u komt te overlijden,
- Menzis het werkgebied wijzigt en u buiten dat gebied woont,
- Menzis geen Basisverzekeringen meer mag aanbieden.

Uw Basisverzekering eindigt van rechtswege op de eerste dag van de tweede maand volgende op de dag waarop u ten gevolge van verhuizing komt te wonen buiten het werkgebied van Menzis. Als Menzis het werkgebied wijzigt of geen Basisverzekeringen meer mag aanbieden stelt Menzis u daarvan uiterlijk twee maanden voordat uw Basisverzekering eindigt, op de hoogte.

A10 Bedenktijd

U heeft een verzekering bij Menzis afgesloten en u bedenkt zich. U kunt dan tot uiterlijk veertien dagen na ontvangst van uw zorgpolis de verzekering ontbinden. U hoeft hiervoor geen reden op te geven. Wanneer u binnen deze veertien dagen uw verzoek beschouwd. Dat betekent dat u geen premie of kosten hoeft te betalen. U krijgt ook geen kosten vergoed. U kunt de verzekering ontbinden op dezelfde wijze als genoemd in artikel A6.

A11 Waarover informeert u Menzis?

- U informeert Menzis schriftelijk en binnen 30 dagen over verhuizing, overlijden, wijziging van (post) bankrekeningnummer, in diensttreding als militair in actieve dienst, begin en einde van detentie, het niet langer voldoen aan de voorwaarden om deel te nemen aan een collectiviteit, het vervallen van de verzekeringsplicht voor de Basisverzekering en wie uw nieuwe zorgverzekeraar is als u de verzekering bij Menzis heeft opgezegd.
- U verleent uw medewerking als Menzis informatie nodig heeft. Bijvoorbeeld de reden van een opname, voor een onderzoek naar fraude, of voor controle. Als u niet meewerkt, kan het zijn dat uw recht op zorg of vergoeding van kosten vervalt.
- U informeert en helpt Menzis als u ziektekosten hebt gemaakt waarvoor iemand anders aansprakelijk is, bijvoorbeeld na een verkeersongeval of medische fout. U kunt dan bellen met onze Klantenservice of onze afdeling Verhaal. Menzis kan dan de schade verhalen en daarmee de premies zo laag mogelijk houden. U mag zelf geen regeling treffen met deze aansprakelijke derde of zijn verzekeraar als dit nadelig is voor Menzis.

Als Menzis op grond van de door u verstrekte gegevens tot de conclusie komt dat uw Basisverzekering eindigt of geëindigd is, informeert Menzis u daarover direct.

A12 Premie

- Per 1 januari 2012 bedraagt de premiegrondslag voor de Basisverzekering € 111,00 per kalendermaand. De te betalen premie is de geldende premiegrondslag verminderd met de eventueel van toepassing zijnde premiekorting bij deelname aan een collectiviteit en de premiekorting behorende bij een eventueel gekozen vrijwillig eigen risico. De te betalen premie vindt u in de zorgpolis.
- U bent verplicht voor de Basisverzekering premie te betalen als u 18 jaar of ouder bent. Tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin u de leeftijd van 18 jaar bereikt, bent u voor de Basisverzekering geen premie verschuldigd.
- Menzis moet uw premie hebben ontvangen voor het begin van de periode waarop de premie betrekking heeft.
- U mag de premie niet verrekenen met een uitkering die u verwacht.
- Als u een betaling doet zonder vermelding van het betalingskenmerk van Menzis bepaalt Menzis waarop de betaling wordt afgeboekt.
- Als u niet per automatische incasso betaalt, kan Menzis administratiekosten in rekening brengen.
- Als u met Menzis een betalingsregeling heeft, kan Menzis administratiekosten in rekening brengen.

A13 Wat er gebeurt als u de premie niet betaalt

1. Menzis stuurt u een aanmaning. Als u binnen 14 dagen alsnog de premie betaalt, blijft dit verder zonder gevolg.
2. Betaalt u niet binnen 14 dagen na deze aanmaning dan heeft dat de volgende gevolgen:
 - Menzis kan de dekking van alle verzekeringen schorsen. U krijgt dan geen vergoeding meer vanaf het begin van de periode waarop de niet door u betaalde premie betrekking heeft.
 - U blijft verplicht de premie te voldoen.
 - Betalingskortingen vervallen.
 - U moet de incassokosten betalen, vanwege de extra werkzaamheden van Menzis, zoals het sturen van een acceptgiro en de aanmaningen, en de werkzaamheden van de deurwaarder.
 - U moet wettelijke rente betalen over de totale vordering.
3. Als Menzis de premie, incassokosten en de wettelijke rente heeft ontvangen, wordt de dekking de dag na ontvangst van de betaling weer van kracht. Kosten die zijn gemaakt tijdens de schorsing krijgt u niet vergoed. Ook niet als u van Menzis toestemming had voor een behandeling of verstrekking.
4. Als u, zelfs na aanmaning, de premie niet betaalt, kan Menzis de verzekeringen van alle verzekerden beëindigen.
5. Als u, zelfs na aanmaning, de premie niet betaalt, kan Menzis op grond van de Zorgverzekeringswet uw Basisverzekering bij het College voor zorgverzekeringen aanmelden voor bronheffing. Er wordt u dan een bestuursrechtelijke premie van 130% van de gemiddelde marktpremie opgelegd. Die premie wordt ingehouden op bijvoorbeeld uw salaris of uitkering.

A14 Mag Menzis de voorwaarden en premie wijzigen?

Menzis mag de voorwaarden, de premie en de kortingen op elk moment wijzigen. Een wijziging van de grondslag van de premie van de Basisverzekering treedt niet eerder in werking dan 6 weken na de dag waarop deze aan u is meegedeeld.

A15 Collectieve verzekering

Menzis kan met uw werkgever of belangenbehartigers afspraken maken over collectieve verzekeringen. U kunt aan een collectieve verzekering deelnemen als u voldoet aan de voorwaarden. Uw werkgever of belangenbehartiger weet welke voorwaarden dat zijn. Voor een collectieve verzekering geldt het volgende:

- de collectiviteitskorting op de premie vindt u op het premieoverzicht bij uw zorgpolis,
- er kunnen voor de aanvullende verzekering en tandartsverzekering ook afwijkende collectieve afspraken gelden die met uw werkgever of belangenbehartiger zijn gemaakt. Zij kunnen u daarover informeren,
- de tussen uw werkgever of belangenbehartiger en Menzis overeengekomen afwijkende collectieve afspraken kunnen vanaf een bepaalde datum wijzigen. Vanaf deze datum gelden voor u de gewijzigde afwijkende collectieve afspraken.

! Let op

Vanaf het moment dat u niet meer voldoet aan de voorwaarden voor deelname aan de collectieve verzekering, vervallen voor u de premiekorting en de afwijkende collectieve afspraken. De premiekorting en de afwijkende collectieve afspraken vervallen ook vanaf het moment dat de overeenkomst tussen uw werkgever of belangenbehartiger en Menzis is beëindigd. Uw verzekeringen blijven dan zonder premiekorting en afwijkende collectieve afspraken doorlopen.

A16 Als u een nota indient

Vaak betaalt Menzis rechtstreeks aan de zorgaanbieder. Soms komt het voor dat u zelf een nota ontvangt. Als u die indient, let u dan op het volgende:

- het moet een originele nota zijn, geen kopie, duplicaat of aanmaning,
- in geval van online declareren wordt een gescande nota gezien als origineel,
- Menzis kan u vragen de originele nota alsnog in te sturen,
- een nota moet zo gespecificeerd zijn dat het recht op vergoeding kan worden vastgesteld,
- nota's worden niet aan u teruggestuurd,
- als een nota vertaald moet worden, komen de vertaalkosten voor uw rekening.

Laat een nota niet liggen. Spaar uw nota's liever niet op. U kunt een nota het beste direct indienen.

! Let op

- Als een nota aan het voorgaande niet voldoet, ontvangt u geen vergoeding.
- Als u online declareert, moet u zelf de originele nota 3 jaren bewaren.
- Voor alle verzekeringen (Basisverzekeringen, aanvullende verzekeringen en tandartsverzekeringen) op de zorgpolis geldt het volgende. Menzis mag elke vergoeding aan iedere verzekerde genoemd op de zorgpolis uit elke verzekering verrekenen met elke vordering van Menzis uit elke verzekering op iedere verzekerde genoemd op de zorgpolis.
- Een nota in buitenlandse valuta rekent Menzis om in euro's. Dat gebeurt tegen de omrekenkoers die bij de Nederlandse banken geldt op de dag waarop de nota is uitgeschreven.

A17 Klachten en geschillen

Als u niet tevreden bent over de dienstverlening, wil Menzis dit graag van u weten.

Hoe pakt u dat dan aan en bij wie moet u zijn?

Hoe pakt u dat aan?

- U vult het online klachtenformulier in, u belt onze Klantenservice op 088 222 40 40, of u stuurt Menzis een brief waarin u zegt waarover u ontevreden bent en waarom.
- Die brief kunt u sturen naar de afdeling Klachten en Bezwaar.
- Menzis zal uw brief zorgvuldig lezen en zorgen dat u antwoord krijgt.
- Als u het niet eens bent met het antwoord van Menzis of binnen 30 dagen geen antwoord heeft gekregen, kunt u uw probleem voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).
- De SKGZ zal uw probleem eerst voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen. De Ombudsman probeert door bemiddeling voor een oplossing te zorgen. Als bemiddeling niet mogelijk is, of als de poging tot bemiddeling niet slaagt, kunt u uw probleem voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ.
- Behandeling door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen kost 37. De behandeling door de Geschillencommissie

- Zorgverzekeringen eindigt met een bindend advies. Aan dit advies moeten Menzis en u zich houden.
- Ook kunt u uw zaak voorleggen aan één van de volgende instanties:
 - als het gaat over formulieren: de Nederlandse Zorgautoriteit;
 - de burgerlijke rechter.

! Let op

Voor klachten over premieachterstand geldt een afwijkende termijn:

Als u een premieachterstand van vier maanden heeft zult u van Menzis een brief krijgen waarin staat dat Menzis u gaat melden bij het College voor zorgverzekeringen. Als u het daarmee niet eens bent kunt u bij Menzis een klacht indienen. Uiterlijk vier weken nadat Menzis een beslissing over deze klacht heeft genomen kunt u een klacht indienen bij de SKGZ.

Bij wie moet u zijn?

Als u niet precies weet bij wie u moet zijn, kan de afdeling Klachten en Bezwaar u daarbij helpen.

- Afdeling Klachten en Bezwaar van Menzis, Postbus 75000, 7500 KC Enschede
- Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist
- Nederlandse Zorgautoriteit, t.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

A18 Wie is Menzis?

Menzis is de risicodragers van uw verzekering. Met Menzis wordt bedoeld: Menzis Zorgverzekeraar N.V. als het om de Basisverzekering gaat en Menzis N.V. als het om de aanvullende verzekering of de tandartsverzekering gaat.

De Coöperatie Menzis U.A. is enig aandeelhouder van Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V. Door het afsluiten van de verzekering wordt u als verzekerde van Menzis lid van de Coöperatie Menzis U.A. Deze Coöperatie is gericht op het behartigen van de belangen van haar leden. De Coöperatie Menzis U.A., Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V. hebben geen winstoogmerk.

A19 Molest

U heeft geen recht op zorg of vergoeding van kosten als deze het gevolg zijn van gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij. Op grond van de Wet op het financieel toezicht is het Menzis verboden deze schade te verzekeren. Deze zes genoemde vormen van molest, evenals de definities daarvan, kunt u vinden in de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage is gededoneerd onder nummer 136/1981.

A20 Terrorisme

Als één of meer terroristische handelingen plaatsvinden waardoor u zorg nodig heeft, geldt voor de Basisverzekering het volgende:

Als de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij N.V. verwacht dat de totale schade die in een kalenderjaar als gevolg van zulke handelingen wordt gedeclareerd bij schade-, levens-, of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is, hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximum bedrag per kalenderjaar, heeft u slechts recht op zorg of de vergoeding daarvan tot een door die maatschappij voor alle verzekeringen te bepalen gelijk percentage van de kosten of de waarde van de zorg of overige diensten. Het is mogelijk dat Menzis na een terroristische handeling een aanvullende bijdrage krijgt op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringwet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering. Als dit het geval is, heeft u in aanvulling op de prestaties bedoeld in de eerste zin van dit artikel, recht op prestaties waarvan de omvang wordt bepaald bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringwet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering.

A21 Gereserveerd

A22 Aansprakelijkheid

Menzis is niet aansprakelijk voor schade die u lijdt als gevolg van enig handelen of nalaten van een zorgaanbieder van wiens zorg u gebruik heeft gemaakt. De eventuele aansprakelijkheid van Menzis voor schade als gevolg van eigen tekortkomingen van Menzis is beperkt tot het bedrag van de kosten die bij juiste uitvoering van de verzekering voor rekening van Menzis zouden zijn gekomen.

A23 Geen vergoeding voor niet nagekomen afspraak

U heeft geen recht op vergoeding van kosten die aan u in rekening worden gebracht omdat u een afspraak met uw zorgaanbieder niet bent nagekomen.

A24 Fraudebestrijding

Als u of de verzekeringnemer Menzis opzettelijk misleidt, vervallen uw rechten. U krijgt dan geen vergoeding. Menzis beëindigt al uw verzekeringen. Wat Menzis eventueel al heeft betaald, aan u of rechtstreeks aan een zorgaanbieder, moet u terugbetalen. Ook moet u de onderzoekskosten aan Menzis betalen. Menzis doet aangifte en uw gegevens worden geregistreerd. Dat gebeurt in de registers volgens het Protocol Fraudebestrijding van het Verbond van Verzekeraars.

A25 Gedragscode persoonsgegevens

- U heeft ons persoonsgegevens toevertrouwd, zoals uw naam, adres en geboortedatum. Menzis zal met deze gegevens zorgvuldig omgaan. Uw gegevens worden gebruikt voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekering. Menzis gebruikt uw gegevens voor het uitvoeren van wettelijke verplichtingen en statistische analyses. Ook gebruikt Menzis uw persoonsgegevens om u te informeren over producten en diensten die voor u van betekenis kunnen zijn. Als u inzage wenst in uw gegevens of geen prijs stelt op informatie over onze producten en diensten, kunt u ons dit schriftelijk laten weten. Meer informatie kunt u vinden op de website.
- Op verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. Menzis houdt zich aan de regels van de Gedragscode. Materiële controle, het verwerken van medische gegevens en fraudeonderzoek worden verricht op de manier zoals in de Gedragscode is vastgelegd.
- Bij de uitvoering van uw verzekering zijn behalve Menzis ook anderen betrokken, zoals zorgaanbieders of een factoringbureau dat nota's incasseert. Het is voor de goede uitvoering van uw verzekering soms nodig dat Menzis uw persoonsgegevens aan die personen verstrekt en zij aan ons. U wordt geacht hiervoor uw toestemming te hebben gegeven.
- In het geval u een nota online declareert, heeft Menzis het recht bij de zorgaanbieder te controleren of de zorgaanbieder deze nota aan u heeft verzonden. U wordt geacht hiervoor uw toestemming te hebben gegeven.
- Menzis neemt uw burgerservicenummer (BSN) in de administratie op. Uw zorgaanbieder, andere dienstverleners van zorg en Menzis gebruiken uw BSN bij elke vorm van communicatie.

A26 Overig

- De datum waarop u bent behandeld, een geneesmiddel is bereid of een hulpmiddel is afgeleverd, is bepalend voor de vergoeding. De datum waarop de nota is uitgeschreven of betaald is niet van belang. Als een behandeling in twee kalenderjaren valt en de zorgaanbieder dat in één bedrag in rekening mag brengen, is de datum waarop de behandeling is gestart bepalend.
- U verleent Menzis volmacht te veel betaalde vergoeding terug te vorderen.
- U kunt Menzis bellen of bezoeken. Een eventuele mondelinge toezegging wordt na uw verzoek schriftelijk bevestigd. Een eventuele mondelinge toezegging wordt zonder schriftelijke bevestiging niet geacht te zijn gedaan.
- Op de verzekering is Nederlands recht van toepassing.

De algemene voorwaarden (2)

Algemeen

De algemene voorwaarden (2) zijn alleen van toepassing op de aanvullende verzekering en de tandartsverzekering. Waar in deze algemene voorwaarden gesproken wordt van aanvullende verzekering en tandartsverzekering, wordt tevens bedoeld de gecombineerde aanvullende- en tandartsverzekering Menzis ZorgPlus.

A27 Opzeggen

Als u verzekeringnemer bent en de Basisverzekering opzegt, kunt u uw aanvullende verzekering en tandartsverzekering bij Menzis laten doorlopen of per dezelfde datum opzeggen.

A28 Kan Menzis de verzekering beëindigen?

Menzis kan de aanvullende verzekering en de tandartsverzekering beëindigen als:

- u in een ander land dan Nederland gaat wonen, of
- u langer dan 12 maanden in een ander land dan Nederland verblijft, of
- Menzis de betrokken aanvullende verzekering of tandartsverzekering uit de markt neemt en niet langer aanbiedt.

A29 Wijziging

Als u verzekeringnemer bent en de aanvullende verzekering of de tandartsverzekering wijzigt, dan onderbreekt dat de verzekeringsduur niet. Ook niet als de wijziging komt doordat u of andere op de zorgpolis genoemde verzekerden gaan deelnemen aan een collectieve verzekering of de deelname daaraan eindigt. Of na schorsing van de dekking wegens wanbetaling. Een bestaande termijn voor een vergoeding gaat dan niet opnieuw in. De verzekeringsduur wordt wel onderbroken als u de aanvullende en tandartsverzekering beëindigt.

A30 Premie

- Menzis N.V. heeft Menzis Zorgverzekeraar N.V. gemachtigd om de premie voor de aanvullende verzekeringen en tandartsverzekeringen te incasseren en eventuele andere vorderingen (zoals eigen bijdragen) voor haar te innen. Zelfs als daarvoor een deurwaarder wordt ingeschakeld of een procedure wordt aangespannen.
- Menzis kan een eigen bijdrage in rekening brengen bij de verzekeringnemer of de verzekerde om wie het gaat.
- Als u verzekeringnemer bent en ook na aanmaning de premie niet betaalt, kan Menzis de aanvullende verzekering en tandartsverzekering beëindigen op de begindatum van de periode waarop de premie betrekking heeft.
- U bent verplicht voor de aanvullende verzekeringen en tandartsverzekeringen premie te betalen als u 18 jaar of ouder bent. Eigen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen, jonger dan 30 jaar zijn premievrij meeverzekerd, als er aanspraak is op kinderbijslag, een uitkering uit hoofde van de Wet studiefinanciering 2000, een uitkering op grond van de Wet tegemoetkoming onderwijsbijdrage en schoolkosten WTOS), of op persoonsgebonden aftrek wegens uitgaven voor levensonderhoud van kinderen op grond van de Wet inkomstenbelasting 2001/Uitvoeringsregeling inkomstenbelasting 2001. Bij huwelijk, geregistreerd partnerschap of duurzaam samenwonen van een kind is betrokkene niet meer als kind aan te merken. Menzis kan premie in rekening brengen voor de aanvullende verzekering van een verzekerde jonger dan 18 jaar. Dat kan als er geen verzekerde van 18 jaar of ouder op de zorgpolis staat vermeld die voor datzelfde pakket, of een pakket met een hoger nummer, premie betaalt.

A31 Voor uw kind

Menzis accepteert u zonder medische selectie voor de aanvullende verzekeringen. Voor een kind dat in aanmerking komt voor premievrije medeverzekering kan geen aanvullende verzekering met een hoger nummer worden afgesloten, dan die van de hoogst verzekerde ouder, tenzij van premievrije medeverzekering wordt afgezien. In dat geval wordt voor het kind een volwassenenpremie in rekening gebracht.

A32 Samenloop

Als u de aanvullende verzekering of tandartsverzekering niet zou hebben afgesloten. En u aanspraak zou kunnen maken op een vergoeding of verstrekking op grond van een andere verzekering die al of niet van oudere datum is, een verdrag, een wet, een overeenkomst of een andere voorziening. Dan is de aanvullende verzekering of tandartsverzekering eerst in de laatste plaats geldig. In dat geval heeft u alleen aanspraak op een vergoeding of verstrekking waarop u elders geen aanspraak heeft.

A33 Excedentbepaling

Als uw reisverzekering of een andere schadeverzekering dekking biedt, bieden de aanvullende verzekering en tandartsverzekering geen dekking. Dat is niet het geval voor niet vergoede medische kosten als die bij uw reisverzekering of

schadeverzekering onder een eigen risico vallen of geheel of gedeeltelijk niet vergoed worden. Als u niet binnen een redelijke termijn van uw reisverzekeraar of schadeverzekeraar de zekerheid krijgt over vergoeding of verstrekking, zal Menzis de kosten aan u voorschieten. Hiervoor geldt als voorwaarde dat u uw rechten op uw reisverzekeraar of schadeverzekeraar aan Menzis overdraagt.

A34 Terrorisme

Wanneer er sprake is van terroristisch handelen, geldt voor de aanvullende verzekering en tandartsverzekering het volgende: u heeft geen recht op zorg of vergoeding van kosten als deze het gevolg zijn van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen om het gevaar van terrorisme of kwaadwillige besmetting af te wenden. Dit is anders als deze kosten zijn herverzekerd bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. Het Clausuleblad Terrorismedekking maakt deel uit van de verzekering en is te raadplegen via onze website of www.terrorismeverzekerd.nl en wordt op verzoek toegezonden.

A35 Atoomkernreacties

Zorg of vergoeding van de kosten van zorg die het gevolg zijn van atoomkernreacties zijn niet verzekerd voor de aanvullende verzekering en tandartsverzekering. Onder atoomkernreacties valt iedere kernreactie waarbij energie vrijkomt, zoals kernfusie, kernsplitsing, kunstmatige en natuurlijke radioactiviteit.

A36 Afwijzing aanvraag

Menzis kan een verzoek tot het aangaan van een aanvullende verzekering of tandartsverzekering onder andere weigeren als:

- u nog premie moet betalen voor een andere verzekering van Menzis;
- u zich schuldig heeft gemaakt aan (verzekerings)fraude.

Trefwoordenlijst

A

Aansprakelijkheid	A22	Cesar/Mensendieck (oefen)therapie	B15.2
Acnébehandeling	E1	Check up	E2
Adressen van Menzis	blz. 5	Chiropractie	E3
Alarmcentrale	B9, E8.1, E8.4	Codesysteem	T3
Alarmeringsapparatuur (persoonlijk)	E31	Collectieve verzekering	A15
Algemene check-up	E2	Comfort bij ziekenhuisopname	E11
Algemene voorwaarden	A1	Consultatiebureau	E5
Alternatieve behandelwijzen	E3	Contactlenzen	E7
Alternatieve geneesmiddelen	E4	Correcties, plastische chirurgie	B27
Ambulancevervoer	B35	Cursussen (EHBO-en gezondheids cursussen)	E12
Antroposofie	E3		
Antroposofische geneesmiddelen	E4		
Apotheek, apotheekhoudend huisarts	B17	Declaratieformulier	blz. 7
Audiologische hulp	B10	Declareren tandartskosten	T7
AWBZ		Declareren, nota	A16
	blz. 9	Diabetes Zelfcontrole	E13

B

Basisverzekering	B1	Diabetes (startpakket en teststrips)	E13.1
Basisverzekering en tandartsverzekering	T1	Diabetespakket	E13.1
Beademingscentrum, mechanische beademing	B23	Dialyse	B25
Bedenktijd	A10	Dieetadvisering	E14
Beëindiging verzekering	A8, A9, A27	Dieetpreparaten	B12, E15
Bekentherapeut	B15.1, B15.3	Dieetvoeding	B12
Besluit zorgverzekering	B6	Diëtisten	E14
Betaalkorting	A13	Digitale nota	A16 en A25
Betalingsachterstand	A13	Donor	B30
Bevalling, kraampakket	E5	Dyslexie	B12.A
Bevalling, kraamzorg	E5		
Bevalling, kraamzorg aanvragen	E5	E	
Bevalling, kraamzorg Eigen bijdrage	E5	Eerstelijnspsychologische zorg	B16.1
Bevalling, kraamzorg Lactatiekundige	E5	EHBO cursus	E12
Bevalling, kraamzorg na adoptie	E5	Eigen bijdrage	E5, E18
Bevalling, kraamzorg na opname	E5	Eigen bijdrage, bijzondere tandheelkunde	B29.1
Bevalling, meerling	E5	Eigen bijdrage, geestelijke gezondheidszorg	B16.1, B16.2
Beweegprogramma	E17.3	Eigen bijdrage, geneesmiddelen (medicijnen)	B17
Bezwaar maken, klachten en geschillen	A17	Eigen bijdrage, hulpmiddelen en verbandmiddelen	B19
Bijzondere tandheelkunde	B29.1	Eigen bijdrage, kraamzorg	B21
Boete	A13	Eigen bijdrage, tandheelkunde	B29.2
Brillen en contactlenzen	E7	Eigen bijdrage, zittend ziekenvervoer	B36
Bronheffing	A13	Eigen risico	B8
Bruggen en kronen	T4, T7	Epilatie (gezicht en hals)	E16
Buitenland	B9, E8	Erfelijkheidsonderzoek	B13
Buitenland (niet-spoedeisende zorg en geneesmiddelen)	E8.2	Ergotherapeut, ergotherapie	B14, E16B
Buitenland (preventie)	E8.3		
Buitenland (spoedeisende zorg en geneesmiddelen)	E8.1	F	
Buitenland (vervoer bij ziekte, ongeval of overlijden)	E8.4	Farmacie	B17 en E18

C

Camouflagemiddelen	E9	Flaporen	B27
Camouflagetherapie	E10	Foto (röntgendiagnostiek)	T4
		Foto tandarts	T4
		Fraude	A24
		Fronttandvervanging	T8

Fysiotherapeut (fysio-, kinderyfysio-, manueel-, oedeem-, bekken-)	B15.1, E17.1	Kraamzorg	B21
Fysiotherapie E17, E17.1		Kraamzorg na adoptie	E5
Fysiotherapie (manueel-, bekken-, kinder-,oedeem-en huidtherapie)	B15.1, B15.3, E17.1,	Kraamzorg na opname	E5
Fysiotherapie (oefentherapie Cesar/Mensendieck)	E17.1	Kraamzorg, aanvragen	E5
Fysiotherapie en oefentherapie	B15	Kraamzorg, eigen bijdrage	E5
		Kraamzorg, lactatiekundige	E5
		Kronen en bruggen	T4, T7
		Krukken	E25B
		Kunstgebit	B29.2, T11, T12
		Kuurreis Psoriasis	E25.3
		Kuurreis Reuma, Bechterew, arthritis psoriatica	E25.1
G		L	
Gasthuis/Logeerhuis (verblijfskosten patiënt)	E50	Lactatiedeskundige	E5
Gasthuis/Logeerhuis (verblijfskosten bezoekend gezinslid)	E51	Langdurige zorg	blz. 9
Gecontracteerde zorgaanbieders	B3	Laserbehandeling (epilatie)	E16
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ, ambulante-, klinische-)	B16, B16.2, B16.3	Laserbehandeling (ogen)	E7
Gehandicaptenzorg	blz. 9	Lensimplantaten	E7
Geneesmiddelen (eigen bijdrage)	E18	Leverancier (hulpmiddel)	B19
Geneesmiddelen (medicijnen)	B17	Lidmaatschap, patiëntenverenigingen	E29.2
Geschillencommissie Zorgverzekeringen, bezwaar maken, klachten	A17	Logopedie, logopedist	B22
Gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsychologische zorg	B16.1		
Griepvaccinatie, griep prik	B18, E20	M	
		Machtiging, toestemming	B7
H		Mantelzorgers-arrangement	E52.2
Haemodialyse	B25	Mantelzorgmakelaar	E52.3
Handicap	blz. 9	Mantelzorgcursus	E52.4
Helikoptervervoer	B35	Manuele therapie, manueel therapeut	B15.1
Herstel en Balans	E21	Mechanische beademing	B23
Herstellingsoord	E22	Medicijnen (geneesmiddelen)	B17
Homeopathische geneesmiddelen	E4	Medisch specialistische zorg	B24
Hospice (hospitium)	E23	Meerlingenuitkering	E5
Huidaandoening, Huidtherapeut	E1	Mensendieck	B15.2
Huisarts	B18	Menzis ZorgZó	B2
Hulpmiddelen en verbandmiddelen	B19	Mondhygiëne en preventie	T4
		Mondhygiënist	T3
I		N	
ICSI	B20.1	Nederlandse Zorgautoriteit	A17
Implantaten	B29.1, B29.2, T4	Niet nagekomen afspraak	A23
Indicatie	B5	Niet-klinische dialyse	B25
Inenten	E8.3	Nota indienen	A16
In-vitrofertilisatie (IVF)	B20		
Invriezen semen	E54	O	
IUI, OI, KI	B20.2	Oedeemtherapie, oedeemtherapeut	B15.1
		Oefentherapie Cesar/Mensendieck	B15.2, E17.2
K		Ombudsman Zorgverzekeringen	A17
Kaakchirurg	T3	Oncologische hulp voor kinderen	B26
Kinderfysiotherapie, kinderyfysiotherapeut	B15.1	Ooglaserbehandeling (refractiechirurgie) en lensimplantaten	E7
Kinderopvang bij ziekenhuisopname ouder	E24		
Klachten, geschillen en bezwaar maken	A17		
Kraampakket	E5		

Opzeggen	A6, A7, A27	Steunzolen	E27
Orthodontist	T3	Stichting Herstel en Balans	E21
Orthodontist (behandeling)	T4, T6	Stottertherapie	E46.1
Orthopedagoog generalist	B12.A, B16.1	Systeem van codes	T2
Orthopedische steunzolen	E27		
Overeenkomsten	B3	T	
Overgangsconsulent	E28	Tandarts	T3
Overlijden	A9, A11, E8.4	Tandheilkunde	B29
		Tandprotheticus	T3
		Taxi vervoer	B36
P		Telefoonnummers van Menzis	blz. 5
Parodontologie (tandvleesbehandeling)	T4	Thuisdialyse	B25
Patiëntenverenigingen	E29	Thuiszorg	blz. 9
Patiëntenverenigingen (declareren kosten cursus)	E29.1	Toestemming	E8.2
Patiëntenverenigingen (declareren kosten lidmaatschap)	E29.2	Toestemming vergoeding kroon-en brugwerk tot 18 jaar	T7
Patiëntenverenigingen (declareren kosten therapie)	E29.3	Toestemming, machtiging	B7
Patiëntenverenigingen (lidmaatschap)	E29.2	TopZorg	blz. 9
Patiëntenverenigingen (therapie georganiseerd door)	E29.3	Transplantatie	B30
Pedicurezorg	E30	Trombosedienst	B31
Persoonlijke alarmeringsapparatuur	E31		
Plaatsing implantaat door een kaakchirurg	T4	V	
Plastische chirurgie, plastisch chirurg	B27, E32	Vaat en/of pigmentbehandeling	E16A
Plaswekker	E33	Vaccinatie	E8.3, E20
Podologie	E34	Vakantiekamp voor kinderen	E48
Podotherapie	E35	Vakantiereizen Rode kruis of Zonnebloem	E49
Premie	A12, A13, A14, A30	Verbandmiddelen	B19
Preventie	E8.4	Verblijf	B32
Prothese	T3, T11, T12	Verblijfskosten bezoekend gezinslid logeer-of gasthuis	E51
Pruiken (hulpmiddel, vergoeding eigen bijdrage)	E36.1	Verblijfskosten logeer-of gasthuis patiënt	E50
Pruiken (hulpmiddel), (vergoeding alternatief)	E36.2	Verdoving (tandarts)	B29
Psoriasis kuurreizen	E25	Vergoeding Zie tabel	
Psychologische zorg (eerstelijns)	B16.1, E38	Verloskamer (zonder medische noodzaak)	E5
		Verloskundige (zorg)	B21, B33, E5
R		Verpleeghuiszorg	blz. 9
Regeling zorgverzekering	B6	Verpleging	B34
Reiskosten (declareren reiskosten)	E39	Vervangende mantelzorg tijdens vakantie	E52.1
Reiskosten ziekenbezoek gezinslid	E39	Vervoer (bij overlijden vanuit het buitenland)	E8.4
Restauraties (kronen en bruggen)	T4, T7	Vervoer (ziekenvervoer vanuit het buitenland)	E8.4
Restitutie	B2	Vervoer per ambulance	B35
Revalidatie, revalidatiearts	B28	Vervoer per helikopter	B35
Röntgendiagnostiek (foto)	T4	Vervoer (zittend)	B36
Royement	A8, A28	Verwijzing	E17
		Verzekerde	A1
S		Verzekeringnemer	A1
Second opinion	B28A	Verzekeringsduur	A3
Softbrace of spalk	E41	Verzekeringsreglement	B6
SpeechEasy	E46.2	Voedingssupplementen	E4
Sport Medisch Advies	E42	Voetzorg (podotherapie)	E35
Sterilisatie (man)	E43	Voorbehoedsmiddel	E53
Sterilisatie (vrouw)	E44	Vullingen	T4
Steunpessarium	E45		

W

Wanbetalers	A13
Werkgebied Menzis	A2
Wie is Menzis	A18
Wijzigingen	A5, A11, A14, A29
Winkels van Menzis	blz. 5
Wortelkanaalbehandeling (endodontologie)	T3

Z

Zaad (semen) invriezen	E54
Zelfstandige behandelcentra	B24, B27, B34
Ziekenhuis	B24 B27 B34
Ziekenvervoer, ambulance of helikopter	B35
Ziekenvervoer, zittend	B36
Zorgaanbieders, welke	T4
Zorgkantoor	blz. 9
Zwangerschap	B21, B33, E5

Alles over uw zorgverzekering.

ZorgZó

ZorgZó Modelnummer Zvw 1.99.12
Menzis ZorgPlus Modelnummer AV 1.49.12



Postbus 75000
7500 KC Enschede
t 088 222 40 40
i www.menzis.nl

Statutaire naam: Menzis Zorgverzekeraar N.V. Adres: Lawickse Allee 130, 6709 DZ Wageningen.
Handelsnaam: Menzis Zorgverzekeraar N.V. KvK-nummer 50544810 Aard van de dienstverlening: aanbieden schadeverzekeringen AFM registratienummer: 12020806
Statutaire naam: Menzis N.V. Adres: Lawickse Allee 130, 6709 DZ Wageningen.
Handelsnaam: Menzis N.V. KvK-nummer 50544101 Aard van de dienstverlening: aanbieden schadeverzekeringen AFM registratienummer: 12020807