

alles over uw zorgverzekering

Bevat praktische informatie en
alle verzekeringsvoorwaarden.
Geldig vanaf 1 januari 2015.

• ZorgZó



Contact en service

Heeft u vragen of wilt u iets doorgeven? We helpen u graag. U kunt ons bereiken per telefoon, per e-mail, per post en in onze winkels én servicepunten. Of kijk op www.menzis.nl/contact.

Onze website

Op www.menzis.nl vindt u alle informatie over uw verzekering. U kunt er bijvoorbeeld uw premie berekenen, online declareren, zorgaanbieders vinden en alle vergoedingen van A tot Z bekijken en vergelijken.

Per e-mail

U kunt ons uw vraag ook per e-mail stellen. Op www.menzis.nl/contact vindt u ons contactformulier.

Bellen met Menzis

Heeft u vragen over zorg of uw zorgverzekering? We helpen u graag. De belangrijkste telefoonnummers vindt u hieronder. Kijk voor de actuele openingstijden op www.menzis.nl/contact.

Telefoonnummers

Klantenservice	088 222 40 40	
Menzis Zorgadviseur	088 222 42 42	
Menzis Servicelijn Kraamzorg	0900 202 50 03	24 uur per dag bereikbaar
Menzis Alarmcentrale	+31 317 455 555	24 uur per dag bereikbaar
Menzis Servicelijn Vervoer	0317 492 051	

Postadres

Menzis
Postbus 75000
7500 KC Enschede

Menzis-winkels en servicepunten

Kijk op www.menzis.nl/contact voor de dichtstbijzijnde winkel of servicepunt. Daar vindt u ook de openingstijden.

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

Klachten

Voor klachten en geschillen, kijk op de [klantenservicepagina](#) van onze website. Of zie artikel A17 in de Algemene voorwaarden.

De voordelen van online declareren

Gemakkelijk declareren zonder veel papierwerk? Dit kan online in Mijn Menzis. U logt eenvoudig in met uw DigiD. Voer uw gegevens in en voeg een duidelijke scan of leesbare foto van de nota bij. De status van uw declaratie kunt u daarna volgen in Mijn Menzis.

U kunt ook mobiel declareren met de declaratie-app. De app is er voor Android en IOS. Na het downloaden van de app moet u deze eenmalig activeren met uw DigiD. Na het activeren kunt u direct gebruik maken van de app.

Kijk voor meer informatie op www.menzis.nl/declareren.

Spaar mee met SamenGezond

Menzis vindt dat gezond gedrag beloond mag worden. Daarom hebben we een uniek, gratis spaarprogramma ontwikkeld: SamenGezond. Met SamenGezond verdient u punten als u gezond en bewust leeft. Uw spaarpunten kunt u bijvoorbeeld inwisselen voor korting op sportartikelen of gezonde dagjes uit. Inmiddels doen al ruim 500.000 Menzisverzekerden mee met SamenGezond. Zo werken we samen aan een gezondere toekomst. Heeft u zich al aangemeld?

Kijk voor meer informatie op www.menzis.nl/samengezond en meld u aan.

Inhoud

Contact en service	2	Cursussen (EHBO-, Reanimatie/AED- en gezondheids cursussen)	52
Uw Basisverzekering ZorgZó.....	6	Diabetes Zelfcontrole	53
Buitenland.....	8	Dieetadvisering	53
Audiologische hulp	9	Dieetpreparaat.....	54
Dieetadvisering	9	Epilatie.....	54
Dieetpreparaten	10	Ergotherapie	54
Erfelijkheidsonderzoek	11	Fysiotherapie en Oefentherapie	
Fysiotherapie, oefentherapie, bekkenfysiotherapie.....	12	Cesar/Mensendieck.....	55
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	15	Geneesmiddelen (eigen bijdrage GVS).....	56
Geneesmiddelen	18	Griepvaccinatie	56
Huisartsenzorg.....	21	Herstel en Balans.....	56
Hulpmiddelen.....	22	Herstellingsoord en zorghotel	57
In-vitrofertilisatie (IVF)	24	Hospice	57
Kraamzorg.....	26	Kinderopvang bij ziekenhuisopname	57
Logopedie.....	26	Mantelzorg	57
Medisch specialistische zorg	27	Overgangsconsulent	59
Niet-klinische dialyse	29	Patiëntenverenigingen.....	59
Oncologische hulp voor kinderen.....	30	Plaswekker.....	60
Plastische chirurgie of reconstructieve chirurgie.....	30	Pruiken en alternatieven.....	61
Revalidatie	31	Reiskosten	61
Second opinion.....	33	Softbrace of spalk	61
Stoppen met roken	34	Sport Medisch Advies	62
Tandheelkunde.....	35	Sterilisatie (man).....	62
Transplantatie.....	37	Sterilisatie (vrouw).....	63
Trombosedienst.....	38	Steunpessarium	63
Verblijf	39	Stottertherapie.....	63
Verloskundige zorg	39	Vaat- en/of pigmentbehandeling.....	64
Vervoer per ambulance	40	Verblijfskosten logeer- of gasthuis bezoekend gezinslid.....	64
Verpleging en verzorging	41	Verblijfskosten logeer- of gasthuis patiënt	64
Voorwaardelijke toelating.....	42	Voetzorg	65
Zintuiglijk gehandicaptenzorg	43	Voorbehoedsmiddelen (anticonceptiemiddelen)	65
Zittend ziekenvervoer.....	45		
Uw aanvullende verzekering	47	Uw tandartsverzekering	
Acnebehandeling	48	TandVerzorgd	67
Alternatieve behandelwijzen en geneesmiddelen.....	48	Basisverzekering en tandartsverzekering	67
Besnijdenis (circumcisie)	49	Systeem van codes.....	67
Bevalling en kraamzorg	49	Wet- en regelgeving	67
Brillen en contactlenzen	50	Welke zorgaanbieder.....	67
Buitenland.....	50	Beugels (orthodontie) in de TandVerzorgd 750 ...	67
Camouflagetherapie en camouflagemiddelen...	52	Wachttijd kronen, bruggen en implantaten in de TandVerzorgd 500 en 750	68
		Fronttandvervanging in de JongerenVerzorgd, TandVerzorgd 250, 500 en 750.....	68

Hoe declareert u de nota	68
Vergoeding TandVerzorgd 250, 500 en 750.....	68
Lage premie bij volledig kunstgebit.....	69
Vergoeding JongerenVerzorgd.....	70

De algemene voorwaarden 71

De algemene voorwaarden (1).....	71
A1 Algemeen	71
A2 Werkgebied	71
A3 Verzekeringsduur	71
A4 Terugwerkende kracht.....	72
A5 Hoe kunt u de verzekering wijzigen?	72
A6 Hoe kunt u de verzekering opzeggen?	72
A7 Wanneer kunt u opzeggen?.....	72
A8 Kan Menzis de verzekering beëindigen?	73
A9 Wanneer eindigt de Basisverzekering van rechtswege?.....	73
A10 Bedenktijd	74
A11 Waarover informeert u Menzis?	74
A12 Premie, manier van betalen en betaling eigen risico	74
A13 Wat er gebeurt als u de premie niet betaalt... 75	75
A14 Mag Menzis de voorwaarden en premie wijzigen?	77
A15 Collectieve verzekering.....	77
A16 Als u een nota indient.....	77
A17 Klachten en geschillen	78
A18 Wie is Menzis?	79
A19 Molest	79
A20 Terrorisme	79
A21 Gereserveerd	79
A22 Aansprakelijkheid	79
A23 Geen vergoeding voor niet nagekomen afpraak	80
A24 Fraudebestrijding	80
A25 Gedragscode persoonsgegevens	80
A26 Overig	80
Algemeen	81
A27 Opzeggen	81
A28 Kan Menzis de verzekering beëindigen?.....	81
A29 Wijziging.....	81
A30 Premie	81
A31 Voor uw kind.....	82
A32/A33 Samenloop	82
A34 Terrorisme	82
A35 Atoomkernreacties.....	82
A36 Afwijzing aanvraag	82

Uw Basisverzekering ZorgZó

Hierna vindt u op alfabetische volgorde de zorg omschreven waarvoor u verzekerd bent.

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.

Als een wettelijke regeling kan zorgen voor betaling van dezelfde zorg, heeft u geen recht op die zorg vanuit deze Basisverzekering. Forensische zorg als bedoeld in artikel 2 van het Interimbesluit forensische zorg en geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van de Jeugdwet is niet verzekerd in uw Basisverzekering. Ten behoeve van integrale zorgverlening hebben we afspraken met gemeenten gemaakt (artikel 14a van de Zorgverzekeringswet). Voor zover deze van belang zijn voor de verzekeringsvoorwaarden, zijn ze conform artikel 14a lid 1 in deze verzekeringsvoorwaarden verwerkt.

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 in redelijkheid passend is te achten. Op de volgende bladzijden staat alle zorg beschreven waarvoor u verzekerd bent.

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.

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, vindt u via 'De Zorgvinder' op www.menzis.nl/zorgvinder. Heeft u geen toegang tot internet? U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. Als u vragen heeft over de zorg, belt u dan met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.

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 geneesmiddelen en hulpmiddelen. 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.

Indicatie en doelmatigheid

Natuurlijk heeft u alleen recht op vergoeding van kosten van 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.

Verzekeringsreglement

In de verzekeringsvoorwaarden 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. Het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering vindt u op www.overheid.nl.

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.

Eigen risico

U heeft een verplicht eigen risico van € 375 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 € 20.

i 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 verbruiksartikelen van het hulpmiddel geldt het eigen risico wel),
- de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent,
- 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,
- wijkverpleegkundige zorg,

- vervoer van de donor bij transplantatie dat wordt genoemd in het artikel 'Transplantatie', bij de 8^e en 9^e punt van de opsomming onder 'Welke zorg',
- nacontroles van de donor bij transplantatie, nadat de periode genoemd in het artikel Transplantatie, bij de 7^e punt van de opsomming 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 uw zorgnota 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 € 375. 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 € 375.
3. U wordt op 20 december 2015 opgenomen in het ziekenhuis, en op 10 januari 2016 weer ontslagen. Het eigen risico wordt nu éénmaal toegepast in het jaar 2015.

Volgorde van de eigen betalingen

Op de vergoeding van een nota kunnen verschillende soorten eigen betalingen van toepassing zijn. De volgorde waarin deze worden toegepast is als volgt:

1. van een ingediende nota wordt eerst het eventuele niet verzekerde deel afgetrokken, daarna
2. het eventuele deel dat niet vergoed wordt omdat de zorgaanbieder een hoger dan marktconform tarief rekent, daarna
3. de eventuele eigen bijdrage, daarna
4. het nog openstaande deel van het verplichte eigen risico, daarna
5. het nog openstaande deel van het eventuele vrijwillig gekozen eigen risico.

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 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 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 of in een ander EU/EER-land of Verdragsland 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 1 nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als de vraag en noodzaak voor die zorg ontstond terwijl u in het buitenland verbleef en de zorg redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.

Alarmcentrale

Als u in het buitenland bent en u heeft daar zorg nodig, belt u dan 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 direct in bij spoedeisende zorg.

Extra informatie

U kunt extra informatie over zorg in het buitenland vinden op www.menzis.nl.

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 vergoeding van kosten van audiologische hulp als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist (kinderarts of keel-, neus- en oorarts).

Extra informatie

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

Dieetadvisering

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

Welke zorg

U heeft per kalenderjaar recht op vergoeding van kosten van maximaal 3 behandelingen dieetadvies met een medisch doel over voeding en eetgewoonten. Een behandeluur 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).

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een diëtist die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening 'Kwaliteitsgereregistreerd' heeft. U kunt dit register vinden op www.kwaliteitsregisterparamedici.nl.

Verwijzing

U heeft geen verwijzing nodig als u naar een gecontracteerde diëtist gaat die direct toegankelijk is. U kunt in het Kwaliteitsregister Paramedici vinden of een diëtist direct toegankelijk is. In de volgende gevallen heeft u altijd vooraf een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts, medisch specialist of jeugdarts, of van uw bedrijfsarts als de klachten met uw werk te maken hebben:

- Als u naar een gecontracteerde diëtist gaat die niet direct toegankelijk is.
- Als u naar een niet-gecontracteerde diëtist gaat.
- Als u naar een diëtist gaat die in een ziekenhuis, verzorgingshuis of revalidatiecentrum werkt.
- Als u dieetadvies buiten de praktijk van de diëtist wilt.

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.

Behandeladvies

U heeft een behandeladvies nodig van een huisarts, medisch specialist of diëtist.

Maximale periode

Per recept heeft u recht op vergoeding van kosten van dieetpreparaten voor maximaal 1 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. U vindt het aanvraagformulier op www.menzis.nl.

i 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.

Erfelijkheidsonderzoek

Erfelijkheidsonderzoek is een vorm van medisch specialistische zorg (zie ook artikel B24). 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. Dit is een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

Verwijzing

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

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 behandelingen 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 die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening 'Kwaliteitsgeregistreerd' heeft. U kunt dit register vinden op www.kwaliteitsregisterparamedici.nl.

Verwijzing

U heeft geen verwijzing nodig als u naar een gecontracteerde ergotherapeut gaat die direct toegankelijk is. U kunt in het Kwaliteitsregister Paramedici vinden of een ergotherapeut direct toegankelijk is.

In de volgende gevallen heeft u altijd vooraf een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts, medisch specialist of jeugdarts, of van uw bedrijfsarts als de klachten met uw werk te maken hebben:

- Als u naar een gecontracteerde ergotherapeut gaat die niet direct toegankelijk is.
- Als u naar een niet-gecontracteerde ergotherapeut gaat.
- Als u naar een ergotherapeut gaat die werkzaam is in een ziekenhuis, verzorgingshuis of revalidatiecentrum.

Fysiotherapie, oefentherapie, bekkenfysiotherapie

Fysiotherapie

De fysiotherapeut stabiliseert, vermindert of herstelt een functiestoornis of de gevolgen daarvan door het toepassen van fysiotherapie, 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 van fysiotherapie vanaf de 21^e behandeling, als het gaat om een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst. Bij een aantal aandoeningen heeft u recht op vergoeding van kosten van fysiotherapie voor een maximale periode. Of dat het geval is vindt u op de lijst die de minister van VWS heeft vastgesteld. Dit is de lijst opgenomen in Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering. Deze lijst vindt u op www.menzis.nl. U kunt ook bellen met de Klantenservice op 088 222 40 40.

i Let op

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van de 1^e 20 behandelingen per aandoening. 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. Als u een aandoening heeft die niet op de lijst die de minister van VWS heeft vastgesteld staat, heeft u recht op vergoeding van kosten van ten hoogste 9 behandelingen per aandoening per kalenderjaar. Als de 1^e 9 behandelingen niet toereikend zijn, heeft u recht op vergoeding van kosten van nog eens ten hoogste 9 behandelingen per kalenderjaar.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een fysiotherapeut, een kinderfysiotherapeut, een manueel therapeut, een oedeemtherapeut, een geriatriefysiotherapeut of een bekkentherapeut die staat ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie. Voor oedeemtherapie en littekentherapie kunt u ook naar een huidtherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening 'Kwaliteitsgeregistreerd' heeft.

Verwijzing

In de volgende gevallen heeft u vooraf een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts, medisch specialist, jeugdarts of tandarts, of van uw bedrijfsarts als de klachten met uw werk te maken hebben:

- Als het gaat om een aandoening die staat op de hierboven bedoelde lijst (Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering). Uw medisch specialist moet in dat geval de diagnose gesteld hebben.
- Als u jonger bent dan 18 jaar: als u voor de 1^e 9 behandelingen naar een niet-gecontracteerde therapeut gaat of naar een gecontracteerde therapeut gaat die niet direct toegankelijk is.
- Als u jonger bent dan 18 jaar: als het gaat om de 2^e behandelreeks van 9 behandelingen.
- Voor een behandeling buiten de praktijk van de therapeut.

***i* 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.
- Het is mogelijk dat Menzis navraag doet over nut en noodzaak van de behandeling bij de fysiotherapeut. Bijvoorbeeld als u meer dan 50 behandelingen per jaar krijgt. Menzis en de beroepsgroep van fysiotherapeuten vinden doelmatige zorgverlening belangrijk. Zo zorgen we ervoor dat u de juiste behandeling krijgt en kunnen we de kosten voor u zo laag mogelijk houden.

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. 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. Bij een aantal aandoeningen heeft u recht op vergoeding van kosten van oefentherapie voor een maximale periode. Of dat het geval is vindt u op de lijst die de minister van VWS heeft vastgesteld. De lijst is opgenomen in bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering. Deze lijst vindt u op www.menzis.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

i Let op

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van de 1^e 20 behandelingen per aandoening. 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. Als u een aandoening heeft die niet op de lijst staat, heeft u recht op vergoeding van kosten van ten hoogste 9 behandelingen per aandoening per kalenderjaar. Als de 1^e 9 behandelingen niet toereikend zijn, heeft u recht op vergoeding van kosten van nog eens ten hoogste 9 behandelingen per kalenderjaar.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een oefentherapeut Cesar/Mensendieck of een kinderoefentherapeut, die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening 'Kwaliteitsgeregistreerd' heeft.

Verwijzing

In de volgende gevallen heeft u vooraf een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts of medisch specialist of van uw bedrijfsarts als de klachten met uw werk te maken hebben:

- Als het gaat om een aandoening die staat op de hierboven bedoelde lijst (Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering). Uw medisch specialist moet in dat geval de diagnose gesteld hebben.
- Als u jonger bent dan 18 jaar: als u voor de 1^e 9 behandelingen naar een niet-gecontracteerde therapeut gaat of naar een gecontracteerde therapeut gaat die niet direct toegankelijk is.
- Als u jonger bent dan 18 jaar: als het gaat om de 2^e behandelreeks van 9 behandelingen.
- Voor een behandeling buiten de praktijk van de therapeut.

i 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.
- Wanneer de kinderoefentherapeut hiervoor een overeenkomst met Menzis heeft gesloten kan een behandeling ook in de vorm van een beweegprogramma worden gegeven.

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 dagelijkse 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 die staat ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie.

Verwijzing

U heeft alleen recht op bekkenfysiotherapie als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, 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.

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 psychologische zorg geleverd door de huisarts, generalistische basis GGZ (GBGGZ) en gespecialiseerde GGZ. Gespecialiseerde GGZ (SGGZ) is weer onderverdeeld in ambulante gespecialiseerde GGZ (zonder opname) en klinische gespecialiseerde GGZ (met opname). Geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van de Jeugdwet is niet verzekerd.

Generalistische Basis GGZ

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van generalistische basis GGZ indien er sprake is van een erkende psychische DSM-stoornis. DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Behandeling vindt plaats op basis van een zorgproduct Kort, Middel, Intensief of Chronisch. Een zorgproduct duurt maximaal 365 dagen. Het zorgproduct wordt bepaald door een behandelplan dat uw behandelaar samen met u vaststelt. De omvang van de zorg is begrensd door wat klinisch-psychologen en psychiaters plegen te bieden.

Let op

Niet elke behandeling van een psychische stoornis of GGZ-behandeling is verzekerd in de Basisverzekering. Laat u hierover goed informeren door uw zorgaanbieder voordat u de behandeling start of informeer bij onze afdeling Zorgadvies 088 222 42 42.

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van behandeling van aanpassingsstoornissen en de hulp bij psychische klachten die verband houden met werk- en relatieproblemen.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een gezondheidszorgpsycholoog, een psychotherapeut, een psychiater of een klinisch psycholoog. U kunt ook naar een verpleegkundig specialist GGZ als de behandeling

plaatsvindt op grond van zorgproduct Chronisch. U kunt naar een GGZ-instelling waar een gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, psychiater of klinisch psycholoog hoofdbehandelaar is. Andere bij uw behandeling betrokken behandelaren in die instelling moeten dan formeel onder verantwoordelijkheid en toezicht van die hoofdbehandelaar hun taken uitvoeren.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van Generalistische basis GGZ als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts. De datum op de verwijsbrief moet dus eerder zijn dan de datum van uw eerste bezoek aan de zorgaanbieder GBGGZ. In de verwijsbrief moet in ieder geval staan welke stoornis uw huisarts denkt dat u heeft.

Gespecialiseerde GGZ zonder opname

Bij gespecialiseerde GGZ krijgt u zorg op specialistisch niveau. Ambulante gespecialiseerde 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 psychische stoornissen kunnen ambuland behandeld worden.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van diagnostiek en behandeling bij complexe en/of meervoudige psychische stoornissen waarbij de actieve betrokkenheid van een psychiater of klinisch psycholoog noodzakelijk is en vaak ook een multidisciplinaire aanpak gewenst is. De omvang van de zorg binnen de SGGZ is begrensd door wat klinisch-psychologen en psychiaters plegen te bieden.

Let op

Niet elke behandeling van een psychische stoornis of GGZ-behandeling is verzekerd in de Basisverzekering. Laat u hierover goed informeren door uw zorgaanbieder voordat u de behandeling start of informeer bij onze afdeling Zorgadvies 088 22 42 42.

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van behandeling van aanpassingsstoornissen en de hulp bij psychische klachten die verband houden met werk- en relatieproblemen.

Welke zorgaanbieder

Voor gespecialiseerde GGZ zonder opname kunt u naar een zelfstandig gevestigde psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut. U kunt ook naar een GGZ-instelling, waar een psychiater of klinisch psycholoog hoofdbehandelaar is. Andere bij uw behandeling betrokken behandelaren in die instelling moeten dan formeel onder verantwoordelijkheid en toezicht van die hoofdbehandelaar hun taken uitvoeren. Ook kunt u naar de polikliniek van een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van gespecialiseerde GGZ zonder opname als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts. Deze verwijsbrief dient gedateerd te zijn van voor het bezoek aan de SGGZ, dient specifiek naar de SGGZ te verwijzen en dient tenminste te vermelden wat de door de huisarts vermoede psychische stoornis is. Als er sprake is van spoedeisende zorg waarvoor in redelijkheid geen verwijzing mogelijk was dan heeft u zo'n schriftelijke verwijzing niet nodig.

Let op

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

- Indien u geen vermelding van de diagnosecode op de declaratie wenst, maar de declaratie toch voor vergoeding in aanmerking wilt laten komen, is voorafgaand of uiterlijk bij de 1^e declaratie een verklaring nodig. U dient samen met uw behandelaar een verklaring te ondertekenen en naar Menzis op te sturen. Deze verklaring is te vinden op www.menzis.nl/vergoedingen.

Gespecialiseerde GGZ met opname

Sommige psychische problematiek is zo ernstig, dat een ambulante behandeling niet meer toereikend is. Opname in een psychiatrische kliniek of een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis 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 of het ziekenhuis. 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 1.095 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar telt niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 1.095 dagen;
- bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, verpleging en verzorging, gedurende de periode van opname.

i Let op

- Ontvangt u op 1 januari 2015 langer dan 1 jaar, maar korter dan 3 jaar intramurale GGZ-zorg? Dan ontvangt u deze zorg ten laste van de Wet langdurige zorg (Wlz) – voorheen de AWBZ. U hoeft geen beroep te doen op deze Basisverzekering.
- Niet elke behandeling van een psychische stoornis of GGZ-behandeling is verzekerd in de Basisverzekering. Laat u hierover goed informeren door uw zorgaanbieder voordat u voor behandeling wordt opgenomen of informeer bij onze afdeling Zorgadvies 088 222 42 42.
- U heeft geen recht op vergoeding van kosten van behandeling van aanpassingsstoornissen en de hulp bij psychische klachten die verband houden met werk- en relatieproblemen.

Welke zorgaanbieder

U kunt terecht bij een GGZ-instelling of bij de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, waar een psychiater of klinisch psycholoog als hoofdbehandelaar fungeert. Andere bij uw behandeling betrokken behandelaren in die instelling moeten dan formeel onder verantwoordelijkheid en toezicht van die hoofdbehandelaar hun taken uitvoeren.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van gespecialiseerde GGZ met opname als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts, psychiater of klinisch-psycholoog. Als er sprake is van spoedeisende zorg waarvoor in redelijkheid geen verwijzing mogelijk was dan heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig.

Toestemming

- Als u kiest voor een behandeling met verblijf bij een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, heeft u voorafgaande schriftelijke toestemming van Menzis nodig. Hiertoe vindt u op de website van Menzis de formulieren.
- Wilt u voortgezet verblijf na een periode van 365 dagen of nadat de periode waarvoor toestemming is verleend is verstreken? Dan moet u uiterlijk 2 maanden voordat de periode van 365 dagen of de termijn waarvoor toestemming is verleend verstrijkt, schriftelijk toestemming vragen aan Menzis via uw zorgaanbieder.

i Let op

Indien u geen vermelding van de diagnosecode op de declaratie wenst, maar de declaratie toch voor vergoeding in aanmerking wilt laten komen, is voorafgaand of uiterlijk bij de 1^e declaratie een verklaring nodig. U dient samen met uw behandelaar een verklaring te ondertekenen en naar Menzis op te sturen. Deze verklaring is te vinden op www.menzis.nl/vergoedingen.

i Let op

Menzis maakt met zorgaanbieders afspraken over het volume dat de zorgaanbieder aan zorg mag verlenen (omzetplafond). Als dit omzetplafond bereikt is heeft dit gevolgen voor u. U kunt dan niet meer bij deze zorgaanbieder terecht voor planbare zorg. Belt u in dat geval onze Zorgadviseur op 088 22 42 42. De Zorgadviseur kijkt samen met u waar u wel terecht kunt. Als het omzetplafond bereikt wordt tijdens uw behandeling heeft dat voor u geen gevolgen. U kunt dan uw behandeling afmaken bij de zorgaanbieder.

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 op 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 kosten 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, 1^e 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.

i Let op

Er gelden beperkingen ten aanzien van: 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 dezelfde 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 en op www.menzis.nl/preferentiebeleid. 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 op 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 15^e dag geen recht meer op het niet-preferente geneesmiddel.

Indicatie

Op 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 op 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

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:

- 15 dagen als u het geneesmiddel voor de eerste keer gebruikt,
- 15 dagen als een acute aandoening met antibiotica of chemotherapeutica moet worden bestreden,
- 3 maanden voor geneesmiddelen die een chronische ziekte behandelen en tenminste 3 maanden als het gaat om een merkloos geleverd geneesmiddel en tenminste 3 maanden tot maximaal 6 maanden als het daarbij gaat om een geneesmiddel dat door Menzis als preferent is aangewezen, tenzij u om aantoonbare medische redenen niet zo lang over een geneesmiddel mag beschikken,
- 1 maand voor slaapmiddelen en kalmeringsmiddelen,
- 1 jaar voor orale anticonceptiva (de pil). Als u voor het eerst orale anticonceptiva voorgeschreven krijgt, is de maximale termijn 3 maanden,
- 1 maand voor geneesmiddelen die meer kosten dan € 1.000 per maand,
- 1 maand in alle andere gevallen.

Als u voor de 1^e keer vloeibare geneesmiddelen bij uw apotheker of apotheekhoudend 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 vergoeding van kosten van 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. Dit geldt ook als het geneesmiddel dat u gebruikt is bereid uit een geneesmiddel dat meer kost dan de vergoedingslimiet. 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, 3^e lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor geneesmiddelen naar een apotheek of een apotheekhoudend 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.

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,
- door de huisarts aangevraagd laboratoriumonderzoek, beeldvormende diagnostiek en functieonderzoek,
- medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundige domein, waarover Menzis en de huisarts afspraken hebben gemaakt,
- zorg voor psychische klachten. De huisarts verzorgt de eerste opvang indien u psychische klachten heeft en beoordeelt of hij u zelf kan behandelen of dat u verwezen moet worden naar de generalistische basis GGZ (GBGGZ) of naar de gespecialiseerde GGZ (SGGZ);
- Ketenzorg die bekostigd wordt op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen als Menzis hierover met uw huisarts afspraken heeft gemaakt. Met welke huisartsen Menzis deze afspraken heeft gemaakt, vindt u op www.menzis.nl/zorgvinder. Ketenzorg is een zorgprogramma speciaal voor mensen met diabetes type 2, COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) en VRM (Vasculair Risicomanagement) waaraan meerdere zorgaanbieders deelnemen, waardoor de zorg beter op elkaar afgestemd is. De zorg is gebaseerd op de zorgstandaard voor Diabetes type 2, COPD en VRM. U kunt kiezen of u wilt deelnemen aan ketenzorg. Meer weten over ketenzorg? Kijk voor meer informatie op www.menzis.nl.

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. Op een huisartsenpost werken huisartsen samen om de spoedeisende huisartsenzorg te verlenen. Vraag uw huisarts bij welke dienstdoende huisarts of huisartsenpost u terecht kunt. U vindt ook informatie op www.vereniginghuisartsenposten.nl.

Voor door de huisarts aangevraagd laboratoriumonderzoek, beeldvormende diagnostiek en functieonderzoek kunt u naar een eerstelijns diagnostisch centrum (EDC), een productiesamenwerkingsverband, een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

Voor preventieve voetzorg buiten de ketenzorg kunt u zich wenden tot een podotherapeut.

i Let op

Gaat u in verband met diabetes voor preventieve voetzorg rechtstreeks naar een pedicure? Dan krijgt u geen vergoeding. De kosten van een pedicure worden alleen vergoed als onderdeel van ketenzorg of als de podotherapeut u naar de pedicure doorverwijst.

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. Sommige groepen hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering specifiek beschreven, anderen zijn functiegericht omschreven. In het laatste geval betekent dat, dat u recht heeft op een hulpmiddel passend bij een omschreven functiebeperking. Menzis heeft in het Verzekeringsreglement een overzicht van hulpmiddelen opgenomen die onder de Regeling zorgverzekering vallen. Ook heeft Menzis in het Verzekeringsreglement nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen.

Voorbeeld functiegericht omschreven hulpmiddel

“Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel”. Hier vallen o.a. diabetestestmaterialen onder.

Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Verzekeringsreglement opgenomen? Dient u dan een aanvraag in bij Menzis. Menzis zal 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 (procentuele) wettelijke eigen bijdrage of maximale vergoeding. U kunt in de Regeling zorgverzekering 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

Menzis verstrekt 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 1^e 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 2^e exemplaar van eenzelfde hulpmiddel wilt, heeft u hiervoor 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.
- Voor de vergoeding van de meeste verbandmiddelen moet uw arts een speciaal formulier invullen. Verbandmiddelen worden alleen maar vergoed bij een ernstige aandoening waarbij een langdurige behandeling nodig is. Dit speciale verbandmiddelen aanvraagformulier vindt u op www.znformulieren.nl/hulpmiddelen. Meer informatie vindt u in het Verzekeringsreglement.
- Als Menzis maar 1 leverancier voor een bepaald 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 verstrekking (vergoeding), vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel.

- Zie voor kosten samenhangend met thuisdialyse: niet klinische dialyse.
- Zie voor hulpmiddelen voor het zelf meten van bloedstollingtijden: trombosedienst.

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. 1 of 2 embryo's worden in de baarmoeder geplaatst. Als het nodig is kan dit meerdere keren gebeuren.

Welke zorg

Waarvan u precies recht op vergoeding van kosten heeft, hangt af van uw leeftijd.

Jonger dan 38 jaar:

U heeft recht op vergoeding van kosten van de 1^e, 2^e en 3^e poging IVF per te realiseren zwangerschap. Voor de 1^e en 2^e poging IVF per te realiseren zwangerschap geldt dat u daarop alleen recht heeft als er maximaal 1 embryo wordt teruggeplaatst. Bij de 3^e poging mogen maximaal 2 embryo's per keer worden teruggeplaatst.

38 jaar tot en met 42 jaar:

U heeft recht op vergoeding van kosten van de 1^e, 2^e en 3^e poging IVF per te realiseren zwangerschap. Bij elke poging mogen maximaal 2 embryo's per keer worden teruggeplaatst.

i Let op

- U heeft geen recht op vergoeding van kosten van IVF als u 43 jaar of ouder bent. U heeft wel recht op vergoeding van kosten van IVF voor zover het een poging IVF betreft die reeds is aangevangen voordat u de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt.
- 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 IVF-centrum met de daarvoor wettelijk vereiste vergunningen.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van IVF als u vooraf 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 1 of meerdere keren 1 of 2 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 3 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 1^e dag van de laatste menstruatie, die zonder medisch ingrijpen is ontstaan, is ook een doorgaande zwangerschap.

Voorbeelden voor de bepaling van het aantal verzekerde pogingen

1. Bij uw 3^e 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 3^e 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 (3^e) poging.
3. Bij uw derde poging wordt een follikelpunctie uitgevoerd. Na 15 weken gaat het mis. U heeft nu weer opnieuw recht op vergoeding van kosten van 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 vergoeding van kosten van 3 pogingen.

Overige fertiliteitbevorderende behandelingen

Welke zorg

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

Let op

Vrouwen van 43 jaar of ouder hebben geen recht op vergoeding van kosten van deze zorg.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een gynaecoloog of uroloog.

Verwijzing

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

Let op

Er is een aantal klinieken die voor IVF/ICSI behandelingen samenwerken met ziekenhuizen in Duitsland of België. Let op dat u geen recht heeft op vergoeding als de behandeling in het buitenland niet voldoet aan wat in dit en het voorgaande artikel is opgenomen.

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 € 4,15 per uur voor kraamzorg bij u thuis. Ook geldt een eigen bijdrage van € 16,50 per dag voor zowel moeder als kind voor kraamzorg die wordt 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 € 117,50 per dag, dan komen de meerkosten eveneens voor uw rekening.

Welke zorgaanbieder

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

Aanmelding

Meldt u zich, bij voorkeur vóór de 20^e week van de zwangerschap, aan bij de Servicelijn Kraamzorg van Menzis. Dit kan via www.menzis.nl of u kunt bellen op 0900 202 5003. De Servicelijn verzorgt de verdere aanmelding bij de aanbieder.

Logopedie

Een logopedist geeft hulp bij stoornissen van de mondfuncties 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,
- behandelingen met een onderwijskundig doel,
- 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 die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening 'Kwaliteitsgeregistreerd' heeft. U kunt dit register vinden op www.kwaliteitsregisterparamedici.nl.

Verwijzing

U heeft geen verwijzing nodig als u naar een gecontracteerde logopedist gaat die direct toegankelijk is. U kunt in het Kwaliteitsregister Paramedici vinden of een logopedist direct toegankelijk is. In de volgende gevallen heeft u altijd vooraf een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts, tandarts of medisch specialist:

- Als u naar een gecontracteerde logopedist gaat die niet direct toegankelijk is.
- Als u naar een niet gecontracteerde logopedist gaat.
- Als u naar een logopedist gaat die in een ziekenhuis, verzorgingshuis of revalidatiecentrum werkt.
- Als u logopedie buiten de praktijk van de logopedist wilt.

Toestemming

U heeft alleen recht op logopedie in een school of een kinderdagverblijf met voorafgaande toestemming van Menzis. Uw logopedist kan deze toestemming namens u bij Menzis vragen.

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,
- mechanische beademing en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

Let op

U heeft geen recht op behandelingen als het gaat om:

- correctie van verlamde of verslachte bovenoogleden die niet het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening,
- liposuctie (het onderhuids wegzuigen van vetophopingen) 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 (ook niet als dit medisch noodzakelijk is),
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder cranosynostose met een redressiehelm.

i Let op

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

- De vormen van zorg beschreven in het artikel 'Voorwaardelijke toelating',
- Audiologische hulp,
- Erfelijkheidsonderzoek,
- Een gedeelte van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg,
- In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitbevorderende behandelingen,
- Niet-klinische haemodialyse in een dialysecentrum,
- Oncologische hulp voor kinderen,
- Verblijf in verband met medisch specialistische zorg,
- Plastische chirurgie,
- Revalidatie,
- Transplantatie,
- Trombosedienst.

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 zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist.

i Let op

- Zelfstandige behandelcentra bieden niet alle vormen van medisch specialistische zorg.
- Medisch specialistische zorg die verleend wordt door een instelling die niet is toegelaten op grond van de Wet toelating zorginstellingen (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.

i Let op

Spoedeisende zorg in Nederland wordt altijd volledig vergoed volgens de daarvoor in Nederland geldende tarieven.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van medisch specialistische zorg als u vooraf 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 vooraf een verwijzing van een tandarts nodig. Verwijzing naar een oogarts, kinderarts of orthopeed mag ook plaatsvinden door een jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg. Voor spoedeisende zorg heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig:

1. Limitatieve lijst medisch specialistische zorg

U vindt deze behandelingen op de Limitatieve Lijst Medisch Specialistische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Deze lijst vindt u op www.zn.nl. Om welke behandelingen gaat het?

- **Oogheelkunde** refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties die het minder afhankelijk maken van bril of contactlenzen als doel hebben), verworven ptosis, ooglidcorrecties.
- **KNO-Heelkunde** oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus.
- **Heelkunde** gynaecomie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten), buikwandcorrecties.
- **Dermatologie** Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen, vasculaire dermatosen (wijnvlekken).
- **Gynaecologie** vulvaire en vaginale afwijkingen.

2. Klinische longrevalidatie

Op deze behandelingen heeft u alleen recht als u voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft gekregen van Menzis:

- klinische longrevalidatie;
- zorg in het astmacentrum in Davos.

Advies

We raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling. Uw medisch specialist is verplicht te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u geen voorafgaande toestemming heeft.

Het recht op behandelingen van plastisch chirurgische aard is geregeld in het polisartikel plastische en/of reconstructieve chirurgie. Voor deze behandelingen moet u altijd vooraf toestemming aanvragen, met een toelichting van uw behandelend medisch specialist.

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.

In het Verzekeringsreglement zijn nadere voorwaarden opgenomen voor de vergoeding van kosten van woningaanpassingen die redelijkerwijs nodig zijn in verband met de thuisdialyse en vergoeding van kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een dialysecentrum.

Verwijzing

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

Let op

De vergoeding voor woningaanpassingen en redelijk te achten kosten die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen vallen onder hulpmiddelenzorg. Kijkt u voor meer informatie in het Verzekeringsreglement.

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 alleen recht op vergoeding van kosten van oncologische hulp voor kinderen als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts of de medisch specialist.

Plastische chirurgie of reconstructieve 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 gehemeltespelten, 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.

i 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,
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

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 (ZBC) als daaraan een medisch specialist verbonden is.

Verwijzing en toestemming

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

Revalidatie

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 revalidatiecentrum.

Verwijzing

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

Toestemming

Op deze behandelingen heeft u alleen recht als u voor de behandeling toestemming heeft gekregen van Menzis:

- klinische longrevalidatie,
- zorg in het astmacentrum in Davos.

Voor revalidatie bij een zorgaanbieder die niet door Menzis is gecontracteerd, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig. Stuurt u bij uw aanvraag een schriftelijke motivatie en behandelplan van de zorgaanbieder.

Let op

Arbeidsreïntegratie is geen verzekerde zorg.

Geriatrische revalidatie

Geriatrische revalidatie richt zich op kwetsbare ouderen die in het ziekenhuis een medisch-specialistische behandeling hebben ondergaan, bijvoorbeeld door een beroerte of een botbreuk. Deze mensen hebben behoefte aan een revalidatiebehandeling die meerdere soorten zorg combineert zoals verpleging, fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, diëtist, maatschappelijk werkende en de specialist ouderengeneeskunde. Dit alles onder de verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde. De zorg is aangepast aan de individuele herstel mogelijkheden en het trainingstempo van ouderen en houdt rekening met andere al bestaande aandoeningen. Het doel is om deze ouderen te helpen om terug te keren naar huis.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van geriatrische revalidatie in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leervermogen en trainbaarheid. Geriatrische revalidatie is integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg en moet gericht zijn op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

U heeft recht op vergoeding van kosten van geriatrische revalidatie:

- als de geriatrische revalidatie binnen een week aansluit op een opname in verband met medische specialistische zorg. Daarbij geldt dat u geen recht heeft op geriatrische revalidatie als u vóór die opname was opgenomen in een verpleeghuis. Met een opname in een verpleeghuis wordt bedoeld verblijf in een instelling als bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg, of,
- de geriatrische revalidatie nodig is door een acute aandoening waarvoor u eerder medisch specialistische hulp heeft gehad en er door die aandoening sprake is van:
 - acute mobiliteitsstoornissen, of
 - afname van zelfredzaamheid.

Geriatrische revalidatie mag niet langer duren dan 6 maanden.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor geriatrische revalidatie naar een instelling die geriatrische revalidatiezorg levert volgens de Behandelkaders Geriatrische Revalidatie. De Behandelkaders Geriatrische Revalidatie zijn opgesteld door de beroepsvereniging voor specialisten in ouderengeneeskunde Verenso. De instelling heeft op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort een toelating als instelling voor medisch specialistische zorg (zelfstandig behandel centrum, ziekenhuis, revalidatiecentrum) of een toelating als instelling voor behandeling en verblijf (verpleeghuis).

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van geriatrische revalidatie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de medisch specialist van het ziekenhuis waar u opgenomen bent geweest en de indicatie voor geriatrische revalidatie is gesteld door een specialist ouderengeneeskunde of een revalidatiearts.

Toestemming

Voor geriatrische revalidatie bij een zorgaanbieder die niet door Menzis is gecontracteerd, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig. Stuur u bij uw aanvraag een schriftelijke motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder.

Second opinion

Een second opinion is het vragen van een beoordeling van een door een arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling aan een 2^e, onafhankelijke arts die werkzaam is op hetzelfde specialisme of vakgebied als de eerste geconsulteerde arts.

Welke zorg

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

- de second opinion betrekking heeft op de geneeskundige zorg zoals reeds besproken met de 1^e 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 vergoeding van kosten van een second opinion als u vooraf een schriftelijke verwijzing van uw behandelaar heeft.

Stoppen met roken

Een stoppen-met-rokenprogramma is een interventie (in een groep of individueel) gericht op gedragsverandering, soms met ondersteuning van geneesmiddelen. Bij dit integrale programma vormt de gedragsmatige begeleiding de basis. Dit betekent dat er altijd een vorm van erkende gedragsmatige begeleiding ingezet wordt met mogelijke aanvulling van effectief bewezen geneesmiddelen, maar dat geneesmiddelen nooit zonder gedragsmatige ondersteuning kunnen worden ingezet.

Welke zorg

U heeft eenmaal per kalenderjaar recht op vergoeding van kosten van een stoppen-met-rokenprogramma:

- dat is gericht op gedragsverandering, en
- dat tot doel heeft te stoppen met roken,
- al dan niet in combinatie met een geneesmiddel.

Welke zorgaanbieder

Voor gedragsmatige ondersteuning bij stoppen met roken kunt u terecht bij een zorgaanbieder voor deze vorm van zorg. Daarnaast kunt u terecht bij uw huisarts voor gedragsmatige ondersteuning.

Let op

1. U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van nicotinemiddelen en geneesmiddelen als zij onderdeel zijn van een stoppen-met-rokenprogramma; aparte vergoeding van nicotinemiddelen en geneesmiddelen (dus zonder stoppen-met-rokenprogramma) vindt niet plaats.
2. Als u kiest voor een zorgaanbieder voor gedragsmatige ondersteuning waarmee Menzis geen overeenkomst heeft gesloten, dient u de gespecificeerde nota naar Menzis te sturen. Als deze zorgaanbieder niet is geregistreerd in het 'Kwaliteitsregister stoppen met roken', of de geleverde zorg niet voldoet aan de CBO-richtlijn Behandeling bij tabaksverslaving of aan de Zorgmodule Stoppen met roken, krijgt u geen vergoeding.
3. Als u kiest voor een leverancier voor nicotinemiddelen en geneesmiddelen waarmee Menzis geen overeenkomst heeft gesloten voor het leveren van nicotinemiddelen en geneesmiddelen, dient u samen met de nota voor deze middelen een kopie van het aanvraagformulier geneesmiddelen te sturen.

Let op

Op een stoppen-met-rokenprogramma is het eigen risico van toepassing, ook als de huisarts de gedragsmatige ondersteuning levert.

Tandheelkunde

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 ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel heeft. Hieronder valt ook 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 dit noodzakelijk is om een tandheelkundige functie te behouden of te verwerven, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben gehad zonder de aandoening.
- 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

- Voor bijzondere tandheelkunde betaalt u een eigen bijdrage voor de zorg die niet rechtstreeks onder uw indicatie voor bijzondere tandheelkunde valt. De eigen bijdrage is dan het bedrag dat u zelf had moeten betalen als u geen indicatie voor bijzondere tandheelkunde had gehad.
- Betreft de bijzondere tandheelkunde in uw geval het plaatsen van een kunstgebit (een volledige prothetische voorziening), dan betaalt u een eigen bijdrage van € 125 per kaak. Hetzelfde geldt voor een kunstgebit op implantaten. U kunt dit ook 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 vooraf 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 vooraf 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 vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, tandarts of kaakchirurg.

Toestemming

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

Tandheelkunde

U heeft recht op vergoeding van kosten van tandheelkunde. Waar u precies recht op vergoeding van kosten van 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:

- 1 periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, tenzij u meer keren per jaar zo'n onderzoek nodig heeft,
- incidenteel tandheelkundig consult,
- het verwijderen van tandsteen,
- 2 fluorideapplicaties per jaar, tenzij u meer keren per jaar zo'n applicatie nodig heeft, vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen,
- sealing,
- parodontale hulp (behandeling van tandvles),
- 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 1 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 vergoeding van kosten van 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

Bent u ouder dan 18 jaar? U betaalt een eigen bijdrage van 25% van de totale kosten van een volledige prothese. U kunt dit ook 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. Bent u jonger dan 18 jaar, dan kunt u ook naar een vrijgevestigde mondhygiënist.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van behandeling door een kaakchirurg als u vooraf 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 of tandprotheticus 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 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.

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 1^e, 2^e of 3^e 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 vergoeding van kosten van 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 gedeelde inkomsten.

i Let op

De kosten van het vervoer onder punt 8 en 9 van de opsomming bij 'Welke Zorg' zijn voor de zorgverzekering van de donor. Als de donor geen zorgverzekering heeft afgesloten worden de kosten vergoed uit uw zorgverzekering.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor transplantatie naar een medisch specialist in een ziekenhuis dat een vergunning heeft om transplantaties uit te voeren.

Verwijzing

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

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.

In het Verzekeringsreglement zijn nadere voorwaarden opgenomen voor de vergoeding van zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een trombosedienst.

Verwijzing

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

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 1.095 dagen verzekerd in de Basisverzekering. De Wet langdurige zorg (Wlz) verzekert verblijf na 1.095 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, medisch specialistische zorg en geriatrische revalidatie. Ook heeft u recht op vergoeding van kosten van de bijbehorende noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg en geneesmiddelen. Het verblijf is verzekerd gedurende een ononderbroken periode van 1.095 dagen. Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1.095 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 'Geestelijke Gezondheidszorg'.

Welke zorgaanbieder

Het verblijf vindt plaats in een Instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum of een revalidatiecentrum) of een verpleeghuis.

Toestemming

U heeft alleen recht op revalidatie als u voorafgaande toestemming van Menzis heeft, bij

- Opname
- Klinische longrevalidatie
- Zorg in het astmacentrum in Davos.

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)
- Als u een medische indicatie heeft: een combinatie-test, een niet-invasieve prenatale test (NIPT) en invasieve diagnostiek (vlokkentest en vruchtwateronderzoek). U heeft in ieder geval een medische indicatie voor een niet-invasieve prenatale test (NIPT) en invasieve diagnostiek (vlokkentest en vruchtwateronderzoek) als uit de combinatie-test blijkt dat er een aanmerkelijke kans bestaat dat de foetus een chromosoomafwijking heeft zoals het syndroom van Down
- Structureel echoscopisch onderzoek in het 2^e trimester (de 20 weken echo).

Welke zorgaanbieder

U kunt voor verloskundige zorg naar een huisarts die is ingeschreven in het Register Verloskunde van het College voor huisartsen met bijzondere bekwaamheden (CHBB) of een verloskundige. Als er sprake

is van medische noodzaak wordt verloskundige zorg verleend in een ziekenhuis onder begeleiding van een medisch specialist. Zie het artikel over medisch specialistische zorg. Voor door de huisarts of verloskundige aangevraagd laboratoriumonderzoek, beeldvormende diagnostiek en functieonderzoek kunt u naar een eerstelijns diagnostisch centrum (EDC), een productiesamenwerkingsverband, een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

i 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. WBO staat voor Wet op het bevolkingsonderzoek. Een WBO-vergunning is niet nodig als er een medische indicatie is voor het onderzoek.

Eigen bijdrage verloskundige zorg

Bevalt u in een ziekenhuis of geboortecentrum zonder medische indicatie daarvoor? Dan betaalt u daarvoor een wettelijke eigen bijdrage van € 33 per opnamedag (€ 16,50 voor de moeder en € 16,50 voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 235 per dag (€ 117,50 voor de moeder en € 117,50 voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 33 ook het bedrag dat boven de € 235 per dag uitkomt.

Vervoer per ambulance

Er zijn 2 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 of Wlz zal gaan verblijven,
- vervoer vanuit een AWBZ- of Wlz-instelling naar een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling dat geheel of gedeeltelijk ten laste komt van de AWBZ of Wlz,
- vervoer vanuit een AWBZ- of Wlz-instelling naar een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten, passen en repareren van een prothese, die geheel of gedeeltelijk verzekerd is in de AWBZ of Wlz,
- vervoer naar uw woning of, als u daar niet de nodige verzorging kunt krijgen, naar een andere woning als u komt van 1 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 vooraf 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 vooraf 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.

i 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- of Wlz-instelling.

Verpleging en verzorging

(wijkverpleegkundige zorg en medisch specialistische verpleging thuis)

Verpleging en verzorging richt zich op uw lichamelijke gezondheidszorg, sociale redzaamheid, geestelijk welzijn en op uw eigen woon- en leefomgeving. Wijkverpleegkundige zorg is per 1 januari 2015 overgeheveld vanuit de AWBZ naar de Basisverzekering.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van verpleging en verzorging. Onder verpleging en verzorging wordt verstaan: zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, die

- verband houdt met de behoefte aan huisartsenzorg of medisch specialistische zorg of een hoog risico daarop,
- niet gepaard gaat met verblijf, en
- geen kraamzorg betreft.

Jonger dan 18 jaar

Als u nog geen 18 jaar bent heeft u alleen recht op vergoeding van kosten van verzorging als er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij

- er sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of
- er 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met 1 of meer specifieke verpleegkundige handelingen (bijvoorbeeld het toedienen van zuurstof).

i Let op

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van verpleging en verzorging als u al vanuit de Wet langdurige zorg verpleging en verzorging ontvangt.

Persoonsgebonden budget

Een Persoonsgebonden budget (Pgb) is een geldbedrag waarmee u zelf verpleging en verzorging kunt inkopen. Als u recht heeft op vergoeding van kosten van verpleging en verzorging kunt u bij Menzis mogelijk ook vergoeding van die zorg vragen in de vorm van een Persoonsgebonden budget. In het Verzekeringsreglement kunt u lezen wanneer u hiervoor in aanmerking kunt komen, wat uw

verantwoordelijkheden daarbij zijn en hoe het Pgb wordt betaald. U kunt het Verzekeringsreglement op onze website vinden. U kunt het ook opvragen bij onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een verpleegkundige of een verzorgende met minimaal opleidingsniveau 3 in dienst van een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor verpleging en verzorging (thuiszorginstelling) of die is toegelaten voor verblijf, verpleeg- of verzorgingshuis of een instelling voor gehandicaptenzorg, die extramurale zorg levert.

Medisch specialistische verpleging thuis

Als u verpleging en verzorging nodig heeft in opdracht en onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist, kunt u naar een verpleegkundige in dienst van een Instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of ZBC), revalidatie-instelling of een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor verpleging (thuiszorgorganisatie).

Indicatie en zorgplan

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van verpleging en verzorging als u een indicatie daarvoor heeft. Deze indicatie moet voldoen aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, zoals vastgesteld door de beroepsvereniging van wijkverpleegkundigen, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet u een verpleegkundige indicatie met een zorgplan hebben waarin de zorg die u nodig heeft beschreven staat in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen. Dit zorgplan moet opgesteld zijn door een wijkverpleegkundige niveau 5 en ondertekend door u en de zorgaanbieder.

Medisch specialistische verpleging thuis

Als u verpleging en verzorging nodig heeft in opdracht en onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist, moet de medisch specialist daartoe een uitvoeringsverzoek MSVT aan de zorgaanbieder hebben gedaan met daarin opgenomen:

- Omvang verpleegkundige handeling
- Frequentie verpleegkundige handeling
- Duur van verpleegkundige handeling (start- en einddatum).

Toestemming

Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft dan moet Menzis u daar vooraf schriftelijk toestemming voor hebben gegeven.

Overgangsrecht

Als u op 31 december 2014 recht had op verpleging en verzorging op grond van een geldig indicatiebesluit AWBZ waarvan de geldigheidsduur nog niet is verstreken, dan blijft u hierop recht houden tot het einde van de indicatie of – als dat eerder is – tot uiterlijk 31 december 2015.

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 2015 is voorwaardelijk toegelaten:

- a. behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten met toepassing van anaesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken,
- b. behandeling van therapieresistente hypertensie (hoge bloeddruk waarbij de standaardbehandeling niet voldoende effectief is) met toepassing van percutane renale denervatie,
- c. behandeling door middel van transluminale endoscopische step-up benadering van een geïnfecteerde pancreasnecrose,
- d. het verrichten van een autologe stamceltransplantatie bij een ernstige therapierefractaire morbus Crohn.

De zorg onder a, b, c en d is alleen verzekerd als u deelneemt aan:

- hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door ZonMw wordt betaald, of
- aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht indien:
 1. u behoudens de zorginhoudelijke criteria, niet voldoet aan de criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek, of
 2. u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of
 3. u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor u is voltooid.

Voor 2015 is ook de behandeling van:

- e. een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie voorwaardelijk toegelaten. Deze behandeling is alleen verzekerd als u deelneemt aan de gerandomiseerde multicenter studie “Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN)”, of als u deelneemt aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht indien:
 1. u, behoudens de zorginhoudelijke criteria, niet voldoet aan de criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek, of
 2. u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of
 3. u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor u is voltooid.

Let op

Er geldt een overgangsbepaling voor de vormen van zorg genoemd onder a, b en e. Ontving u op 31 december 2013 de zorg genoemd onder a, b of e en neemt u niet deel aan het onderzoek wat onder a, b of e genoemd wordt maar voldoet u wel aan de voorwaarden die op 31 december 2013 golden? Dan houdt u recht op deze zorg gedurende de periode van de voorwaardelijke toelating. Voor a is dit tot 1 januari 2016, voor b en e tot 1 januari 2017.

Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Zintuiglijk gehandicaptenzorg is een behandeling voor mensen met een zintuiglijke beperking. Een zintuiglijke beperking is een visuele beperking, een auditieve beperking, een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis of een combinatie van deze beperkingen. Bij de behandeling zijn meerdere specialisten betrokken (multidisciplinaire zorg).

De zorg bestaat uit:

- Diagnostisch onderzoek,
- Interventies die zich richten op psychisch leren omgaan met de handicap, en
- Interventies die de beperkingen opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.

Naast de behandeling van de persoon met de zintuiglijke beperking gaat het ook om (indirect) systeemgerichte medebehandeling van ouders of verzorgenden, kinderen en volwassenen, rondom de persoon met een zintuiglijke beperking, die vaardigheden aanleren in het belang van de persoon met de zintuiglijke beperking.

Ondersteuning bij maatschappelijk functioneren en de complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doof-blinden en volwassen pre linguaal doven valt niet onder de zintuiglijk gehandicaptenzorg.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van multidisciplinaire zorg (zorg waarbij verschillende specialisten betrokken zijn). U heeft die zorg nodig omdat u een:

- visuele beperking heeft (u bent blind of slechtziend),
- een auditieve beperking heeft (u bent doof of slechthorend), of
- een communicatieve beperking heeft (ernstige moeilijkheden met spraak/taal) als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis en u jonger bent dan 23 jaar.

De zorg is gericht op het leren omgaan met de beperking, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel u zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor zintuiglijk gehandicaptenzorg naar een instelling die is toegelaten conform de WTZi voor het verlenen van zintuiglijk gehandicaptenzorg en waar als het gaat om behandeling van een visuele beperking een oogarts of een GZ-psycholoog hoofdbehandelaar is, of waar als het gaat om een auditieve en/of communicatieve beperking, een GZ-psycholoog hoofdbehandelaar is.

Verwijzing en indicatie

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van zintuiglijk gehandicaptenzorg als u vooraf een verwijzing heeft. Als het gaat om de behandeling van een visuele beperking heeft u een verwijzing nodig van een medisch specialist die op grond van de evidence based NOG-richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing heeft vastgesteld dat er sprake is van een visuele beperking.

Als het gaat om de behandeling van een auditieve en/of communicatieve beperking heeft u een verwijzing nodig van een klinisch fysisch audioloog van het audiologisch centrum of een arts die op grond van de toepasselijke FENAC-richtlijnen heeft vastgesteld dat er sprake is van een auditieve en/of communicatieve beperking.

Toestemming

Voor zintuiglijk gehandicaptenzorg bij een zorgaanbieder die niet door Menzis is gecontracteerd, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig. Stuur u bij uw aanvraag een schriftelijke motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder.

Overgangsrecht

Als u op 31 december 2014 recht had op zintuiglijk gehandicaptenzorg op grond van een geldig indicatiebesluit waarvan de geldigheidsduur nog niet is verstreken, dan blijft u hierop recht houden tot het einde van de indicatie of – als dat eerder is – tot uiterlijk 31 december

Zittend ziekenvervoer

Bij sommige indicaties kunt u een beroep doen op deze verzekering voor vervoer of de kosten daarvan. Er zijn 3 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 € 0,31 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 2 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, 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.

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- of Wlz-instelling wordt niet vergoed.

Eigen bijdrage

U betaalt een eigen bijdrage van € 97 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 € 0,31 per kilometer.

Toestemming

U vraagt vooraf toestemming aan Menzis. Belt u met de Servicelijn Vervoer op (0317) 492 051. 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 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 en waar de eventuele vergoeding uit bestaat. Op uw zorgpolis staat welke aanvullende verzekering u heeft.

Basisverzekering of aanvullende verzekering?

Uw aanvullende verzekering is een aanvulling op uw Basisverzekering. De aanvullende verzekering is 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 van de Basisverzekering. Tenzij hiervoor in de aanvullende verzekering een extra vergoeding is opgenomen.

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. Menzis kan zorgaanbieders ook erkennen. 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. U vindt de gecontracteerde en erkende zorgaanbieders op www.menzis.nl/zorgvinder.

Hoe werkt de Zorgvinder?

- Selecteer in de Zorgvinder het soort zorg dat u zoekt, bijvoorbeeld fysiotherapie;
- Verfijn zo nodig de selectie (bijvoorbeeld manuele therapie);
- Typ uw postcode of woonplaats in en geef de afstand op waarbinnen u zoekt;
- Vervolgens ziet u de zorgaanbieders die door Menzis gecontracteerd of erkend zijn.

Heeft u geen toegang tot internet? U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Hoe krijgt u de vergoeding?

Met veel zorgaanbieders heeft Menzis een contract. Die zorgaanbieders kunnen de rekening rechtstreeks bij Menzis indienen. U hoeft hier dan niets voor te doen. Wel kunt u altijd alle rekeningen inzien in Mijn Menzis. Heeft u zelf een rekening ontvangen van een zorgaanbieder? U kunt de nota online declareren via www.menzis.nl/mijnmenzis.

Let op

Alleen de kosten van zorg geleverd in Nederland door een zorgaanbieder of leverancier gevestigd in Nederland worden vergoed. Uitzondering hierop is vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland (zie artikel Buitenland).

Indicatie en doelmatigheid

U heeft alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor vergoeding van zorg in aanmerking te komen moet er een medische indicatie zijn. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn (nut hebben). 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.

Acnebehandeling

Acne is een huidaanandoening. Een huidtherapeut of schoonheidsspecialist bepaalt welke vorm van behandeling het beste is. De behandeling houdt de acne rustig of maakt de littekens minder zichtbaar door peeling. Verder geeft de huidtherapeut of schoonheidsspecialist adviezen over de dagelijkse verzorging van de huid.

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

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 200	€ 0	€ 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 of schoonheidsspecialist, die door Menzis is erkend. Welke dat zijn, kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder.

Alternatieve behandelwijzen en geneesmiddelen

Alternatieve behandelwijzen (complementaire behandelwijzen) zijn andere dan de gebruikelijke (reguliere) behandelingen. Zij vormen daar vaak een aanvulling op, maar kunnen ook op zichzelf staan. Alternatieve behandelwijzen zijn: homeopathie, antroposofie, acupunctuur, acupressuur, psychologische hulpverlening, natuurlijke geneeswijzen en zorg voor houding en beweging. Onder alternatieve geneesmiddelen verstaan we homeopathische en antroposofische geneesmiddelen. Het is wenselijk uw huisarts of medisch specialist op de hoogte te stellen als u gebruik maakt of wilt maken van alternatieve geneesmiddelen.

U krijgt een vergoeding voor consulten, behandelingen, homeopathische en antroposofische geneesmiddelen van 80% tot een maximumbedrag. De vergoedingen voor consulten, behandelingen en geneesmiddelen worden opgeteld tot het vermelde maximumbedrag is bereikt. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 200	€ 0	€ 400	€ 600

U heeft recht op deze vergoeding als:

- de behandeling wordt verricht door een behandelaar die als gediplomeerd lid is aangesloten bij een door Menzis erkende beroepsvereniging. Welke beroepsverenigingen erkend zijn, kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder,
- het homeopathisch geneesmiddel geregistreerd is volgens de Nederlandse Geneesmiddelenwet,
- het antroposofisch geneesmiddel van WALA of Weleda is,
- een arts het geneesmiddel voorschrijft, en
- een apotheek of een apotheekhoudend huisarts het geneesmiddel aflevert.

Besnijdenis (circumcisie)

U krijgt een vergoeding voor besnijdenis, ook wel circumcisie genoemd, als dit medisch noodzakelijk is.

De kosten van een besnijdenis worden vergoed tot een maximumbedrag van:

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 750	€ 750

U heeft recht op deze vergoeding als:

- u een verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist,
- de operatie in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum plaatsvindt, en
- de operatie wordt uitgevoerd door een medisch specialist.

i Let op

We raden u aan bij een besnijdenis 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.

Bevalling en kraamzorg

De medische zorg rond de bevalling is voor een deel verzekerd in de Basisverzekering. Naast de Basisverzekering biedt de aanvullende verzekering een vergoeding.

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
Nee	Nee	Ja	Ja

Borstvoeding

U krijgt de kosten van de begeleiding en hulpmiddelen van een door Menzis erkende lactatiekundige vergoed tot maximaal € 200. Welke lactatiekundigen dat zijn, kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder.

Kraampakket

U krijgt een kraampakket thuisbezorgd als u zich aanmeldt voor kraamzorg via www.menzis.nl/kraamzorg.

Kraamzorg

U krijgt de wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg vergoed.

Kraamzorg na adoptie

U krijgt kraamzorg na een adoptie vergoed tot een maximum van 16 uur, als u zich aanmeldt voor kraamzorg via www.menzis.nl/kraamzorg.

Kraamzorg na opname

U krijgt kraamzorg na een ziekenhuisopname van uw baby vergoed tot een maximum van 16 uur, als u zich aanmeldt voor kraamzorg via www.menzis.nl/kraamzorg.

Meerlinguitkering

U krijgt een bedrag van € 250 voor een meerling. U heeft recht op deze vergoeding als u uw kinderen bij Menzis verzekert.

Verloskamer

Als er geen medische indicatie is voor een poliklinische bevalling (verblijf korter dan 24 uur), dan geldt er vanuit de Basisverzekering een eigen bijdrage voor het gebruik van de verloskamer. U krijgt de eigen bijdrage voor het gebruik van de verloskamer in een ziekenhuis of een door Menzis erkende instelling vergoed. Welke ziekenhuizen en erkende instellingen dat zijn, kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder.

Brillen en contactlenzen

Een bril of contactlens is een hulpmiddel voor dagelijks gebruik dat voor of op de ogen gedragen wordt en de afwijking van het oog compenseert, waardoor de drager scherper ziet.

U krijgt een vergoeding voor brillen (glazen op sterkte inclusief een montuur) en contactlenzen tot een maximumbedrag. De vergoedingen voor brillen en contactlenzen worden opgeteld tot het vermelde maximumbedrag is bereikt. Dit maximumbedrag is per 2 kalenderjaren:

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 100	€ 0	€ 100	€ 150

i Let op

- De sterkte van de brillenglazen of contactlenzen moet op de nota staan vermeld.
- U kunt naar een opticien gaan die door Menzis is gecontracteerd. Welke opticiens dat zijn, kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder.

Voorbeeld

Stel u heeft recht op € 100 per 2 kalenderjaren en schaft in 2015 een bril aan voor € 150. Het maximumbedrag van € 100 per 2 kalenderjaren is daarmee bereikt. Dit betekent dat u tot en met het jaar 2016 geen recht meer heeft op een vergoeding. Vanaf 2017 krijgt u opnieuw recht op een vergoeding.

Buitenland

Tijdens verblijf in het buitenland kan het voorkomen dat u snel medische zorg of geneesmiddelen nodig heeft. 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 garantstellingen. Extra informatie kunt u vinden op www.menzis.nl/buitenland.

Preventie bij reizen naar het buitenland

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

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. De vergoedingen voor consulten, inentingen, geneesmiddelen en (herhalings)recepten worden opgeteld tot het vermelde maximumbedrag is bereikt. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 100	€ 100	€ 100	€ 150

U heeft recht op deze vergoeding als de geneesmiddelen zijn voorgeschreven of de inenting wordt toegediend door een door Menzis erkende arts. Welke artsen dat zijn, kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder.

Spoedeisende zorg en geneesmiddelen in het buitenland

Er moet sprake zijn van een situatie waarin medische hulp zo snel nodig is dat terugkeren naar Nederland niet meer mogelijk is. Het was niet voorzien dat deze medische hulp nodig zou zijn. Dit wordt spoedeisende zorg genoemd.

U krijgt een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt uit de Basisverzekering. De aanvulling is het verschil tussen de vergoeding uit de Basisverzekering en de in rekening gebrachte kosten.

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
Ja	Ja	Ja	Ja

U krijgt alleen vergoeding voor kosten als:

- er sprake is van een situatie waarin zorg en/of geneesmiddelen zo snel nodig zijn dat terugkeer naar Nederland niet meer mogelijk is,
- het niet te voorzien was dat deze zorg en/of geneesmiddelen nodig zouden zijn,
- direct melding is gedaan bij de Alarmcentrale van Menzis bij opname in een instelling,
- u niet langer dan 1 jaar in het buitenland bent,
- u een recept heeft gekregen van een huisarts of medisch specialist in het geval van geneesmiddelen, en de werkzame stof van het geneesmiddel voorkomt in een geneesmiddel dat in Nederland uit de Basisverzekering wordt vergoed, en
- de kosten zouden zijn vergoed als deze in Nederland zouden zijn gemaakt.

Voorbeeld

U breekt een been in de Verenigde Staten en heeft direct medische zorg nodig. 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 vergoedt dan de resterende € 1.000.

Alarmcentrale 0031 317 455 555

Reddingskosten zijn kosten die worden gemaakt voor opsporing, redding of berging. Wilt u een vergoeding voor reddingskosten? Sluit hiervoor een reisverzekering af. Kijk voor de reisverzekering op www.menzis.nl/reisverzekering.

Vervoer bij ziekte, ongeval of overlijden

Het kan gebeuren dat u in het buitenland ziek wordt of een ongeval krijgt en het noodzakelijk is dat u voor (verdere) behandeling naar Nederland terug moet keren.

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

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
Ja	Ja	Ja	Ja

U heeft recht op deze vergoeding als de medische noodzaak door de Alarmcentrale van Menzis is bepaald en zij ook het vervoer regelt.

i Let op

- Als de Alarmcentrale bepaalt dat begeleiding door een reisgenoot noodzakelijk is, dan worden die kosten ook vergoed.
- Bij overlijden van de verzekerde wordt het stoffelijk overschot vervoerd van de plaats van overlijden naar Nederland.
- Wilt u ook een vergoeding voor vervoerskosten als er geen medische noodzaak is? Bijvoorbeeld als u tijdens de (wintersport) vakantie uw arm breekt en wilt terugkeren naar Nederland. Sluit hiervoor een reisverzekering af. Kijk voor de reisverzekering op www.menzis.nl/reisverzekering.

Camouflagetherapie en camouflagemiddelen

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

U krijgt een vergoeding voor camouflagetherapie en -middelen tot een maximumbedrag.

De vergoedingen voor camouflagetherapie en -middelen worden opgeteld tot het vermelde maximumbedrag is bereikt. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 200	€ 0	€ 200	€ 200

U heeft recht op deze vergoeding als de therapie gegeven en de middelen geleverd worden door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist, die door Menzis is erkend. Welke dat zijn, kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder.

Cursussen (EHBO-, Reanimatie/AED- en gezondheidscursussen)

Als u een EHBO- of Reanimatie/AED-cursus volgt, leert u de juiste eerste hulp te verlenen als er iets gebeurt in uw omgeving. Bij de cursus leert u wat u moet doen, maar ook wat u moet laten.

De cursus wordt gegeven door een arts en een instructeur Eerste Hulp of Reanimatie/AED docent.

Een gezondheidscursus is gericht op het bevorderen van uw gezondheid (bijvoorbeeld 'voeding en gezond leven'), het leren omgaan met uw ziekte (bijvoorbeeld 'hoe te leven als diabetespatiënt') of op verzorging van anderen (bijvoorbeeld 'omgaan met een dementerend familielid').

U krijgt een vergoeding voor EHBO-, Reanimatie/AED- en gezondheids cursussen tot een maximumbedrag. De vergoedingen voor deze cursussen worden opgeteld tot het vermelde maximumbedrag is bereikt. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 50	€ 100

U heeft recht op vergoeding als u de cursus volledig heeft afgerond en de cursus gegeven wordt door een door Menzis erkende organisatie. Welke dat zijn, kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder.

i Let op

Cursussen die gegeven worden in verband met een zwangerschap worden niet gezien als gezondheids cursussen.

Diabetes Zelfcontrole

Als u Diabetes Mellitus Type II heeft en u maakt geen gebruik van insuline, dan kunt u door regelmatig uw bloedglucosewaarden te bepalen de Diabetes beter onder controle houden.

U krijgt eenmaal voor de gehele verzekeringsduur een diabetes startpakket. Het pakket bestaat uit een bloedglucosemeter, een prikpen, 200 teststrips en 200 lancetten voor het eerste kalenderjaar. In de daarop volgende jaren krijgt u 200 diabetes teststrips en 200 lancetten per kalenderjaar.

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
Nee	Nee	Nee	Ja

U heeft recht op deze vergoeding als het startpakket, de teststrips en de lancetten worden geleverd door een leverancier die met Menzis een contract heeft. U kunt de gecontracteerde leverancier vinden op www.menzis.nl/zorgvinder.

Dieetadvisering

Dieetadvisering 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.

Dieetadvisering is voor een deel verzekerd in de Basisverzekering. Als het een aanvulling is op de vergoeding uit de Basisverzekering, dan krijgt u dieetadvisering vergoed voor een maximum aantal behandeluren per kalenderjaar:

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
0	0	2	4

U heeft recht op deze vergoeding als uw diëtist met Menzis een contract heeft. Welke diëtisten dat zijn, kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder.

i Let op

- Kiest u voor een diëtist die geen contract met Menzis heeft? Dan moet de diëtist als 'Kwaliteits geregistreerd' staan ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici en krijgt u kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Kijk voor de lijst met maximale vergoedingen op www.menzis.nl.
- Voor een behandeling buiten de praktijk van de diëtist heeft u een verwijzing van uw huisarts of medisch specialist nodig.

Dieetpreparaat

Dieetpreparaten zijn bij bepaalde ziektes verzekerd in de Basisverzekering. Naast de Basisverzekering biedt de aanvullende verzekering een vergoeding als er sprake is van ernstige ondervoeding of ernstig overgewicht.

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

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 100	€ 100	€ 150

U heeft recht op deze vergoeding als:

- u daarvoor een voorschrift heeft van een arts of diëtist, en
- het preparaat wordt geleverd door een apotheek, apotheekhoudend huisarts of een leverancier die met Menzis een contract heeft. Welke dat zijn, kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder.

Epilatie

Epilatie door middel van elektrische stroom, laser en flitslicht maakt nagroei, na verwijdering van het haar, praktisch onmogelijk.

U krijgt 80% van de kosten van epilatie vergoed tot een maximumbedrag als er abnormale haargroei in het gezicht of de hals is. Dit maximum is voor de gehele verzekeringsduur:

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 500	€ 0	€ 500	€ 1.000

U heeft recht op deze vergoeding als de behandeling wordt gegeven door of onder verantwoordelijkheid van een huidtherapeut of schoonheidsspecialist, die door Menzis is erkend. Welke dat zijn, kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder.

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 patiënt, 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. Als het een aanvulling is op de vergoeding uit de Basisverzekering, dan krijgt u ergotherapie vergoed voor een maximum aantal uren per kalenderjaar:

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
0	0	0	5

U heeft recht op deze vergoeding als uw ergotherapeut met Menzis een contract heeft. Welke therapeuten dat zijn, kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder.

i Let op

Kiest u voor een ergotherapeut die geen contract met Menzis heeft? Dan moet de ergotherapeut als 'Kwaliteitsgeregistreerd' staan ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici en krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Kijk voor de lijst met maximale vergoedingen op www.menzis.nl.

Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck

Bij klachten van het houdings- en bewegingsapparaat kunt u naar de fysiotherapeut of oefentherapeut gaan. Door het toepassen van diverse technieken en oefeningen probeert deze de functie van het houdings- en bewegingsapparaat te verbeteren. Een normale houding en beweging is dan weer mogelijk, of u leert zo goed mogelijk met uw beperkingen om te gaan.

U krijgt vergoeding voor behandelingen fysiotherapie en oefentherapie tot een maximum aantal behandelingen. Dit maximum aantal behandelingen is per kalenderjaar:

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
9	9	18	40

U heeft recht op deze vergoeding als uw therapeut met Menzis een contract heeft. Welke therapeuten dat zijn, kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder.

i Let op

- Kiest u voor een (kinder)fysiotherapeut, (kinder)oefentherapeut Cesar/Mensendieck, psychosomatisch (oefen)therapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut, geriatriefysiotherapeut, oedeemtherapeut of huidtherapeut (alleen voor oedeemtherapie en littekentherapie) die geen contract met Menzis heeft? Dan moet de therapeut ingeschreven staan in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of als 'Kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici en krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Kijk voor de lijst met maximale vergoedingen op www.menzis.nl.
- Manuele therapie krijgt u per indicatie vergoed tot maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar.
- Als de eerste screening bij de therapeut plaatsvindt dan telt de screening ook als 1 behandeling. Vindt tegelijkertijd een intake en onderzoek plaats, dan is het eerste bezoek gelijk aan 2 behandelingen.
- Medische fitness en zwemmen in warm water zijn behandelingen die niet worden vergoed.

Verwijzing

- Voor therapeuten die geen contract met Menzis hebben, heeft u een verwijzing nodig van uw huisarts of medisch specialist, bedrijfsarts, verloskundige of tandarts.
- Voor een behandeling buiten de praktijk van de therapeut heeft u een verwijzing van uw huisarts of medisch specialist nodig.

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 bijdragen vergoed tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 100	€ 200

Griepvaccinatie

Griepvaccinatie tegen de 'gewone' seizoensgriep wordt vergoed uit de Wlz, maar alleen als u tot een bepaalde risicogroep behoort. Behoort u niet tot een risicogroep? Dan kunt u een vergoeding krijgen vanuit uw aanvullende verzekering.

U krijgt eenmaal per kalenderjaar vergoeding van het griepvaccin en het toedienen ervan.

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
Nee	Nee	Ja	Ja

U heeft recht op deze vergoeding als het vaccin wordt toegediend door een huisarts die met Menzis een contract heeft. Welke huisartsen dat zijn, kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder.

Herstel en Balans

Herstel en Balans is een nazorgprogramma 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.

U krijgt een vergoeding voor de kosten van Herstel en Balans tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag geldt per diagnose en bedraagt:

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 0	€ 1.000

U heeft recht op deze vergoeding als de zorg wordt verleend door een door Menzis erkende zorgaanbieder. Welke dat zijn, kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder.

Herstellingsoord en zorghotel

Een herstellingsoord of zorghotel biedt kortdurende hulpverlening aan mensen, die na ziekte of operatie tijdelijk 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. Een herstellingsoord of zorghotel brengt een eigen bijdrage per dag in rekening voor onder andere ontbijt, lunch, diner en schoon linnengoed.

U krijgt een tegemoetkoming in de kosten van maximaal € 40 per dag tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 1.200	€ 2.000

U heeft recht op deze vergoeding als u verblijft in een herstellingsoord of zorghotel, dat door Menzis is erkend. Welke dat zijn kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder.

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 hospice brengt een eigen bijdrage per dag in rekening voor onder andere ontbijt, lunch, diner en schoon linnengoed.

U krijgt een tegemoetkoming in de kosten van maximaal € 35 per dag tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is:

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 1.050	€ 1.050

Kinderopvang bij ziekenhuisopname

Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis en u heeft kinderen, dan is het niet altijd mogelijk om zelf opvang te verzorgen. U kunt uw kinderen dan tijdelijk onderbrengen bij een dagopvang (kinderdagverblijf of crèche), buitenschoolse opvang (BSO), of gastouderopvang.

U krijgt een tegemoetkoming in de kosten van kinderopvang van € 20 per dag vanaf de 11^e dag dat u bent opgenomen in een ziekenhuis. De vergoeding geldt voor maximaal 3 maanden per kalenderjaar.

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
Nee	Nee	Ja	Ja

U heeft recht op deze vergoeding als 1 of meer kinderen binnen uw gezin jonger zijn dan 12 jaar.

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.

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 uzelf (bewust zijn van de eigen grenzen).

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

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 100	€ 150

U heeft recht op vergoeding van een mantelzorgcursus als de mantelzorgcursus georganiseerd is door een door Menzis erkende organisatie. Welke dat zijn kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder.

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 ontmoetingen met lotgenoten centraal staan. 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 maximaal € 125 per dag tot een maximum aantal dagen. Het maximum aantal dagen is per kalenderjaar:

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
0	0	6	6

U heeft recht op deze vergoeding als het Mantelzorgers-arrangement wordt georganiseerd door een door Menzis erkende organisatie. Welke dat zijn, kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder.

Let op

Is de verzorgde verzekerd bij Menzis en kiest u voor een arrangement voor u en de verzorgde samen? Dan worden de dagen dubbel geteld tot het vermelde maximum aantal dagen is bereikt.

Mantelzorgmakelaar

De mantelzorgmakelaar biedt professionele ondersteuning aan mantelzorgers door regeltaken over te nemen. De mantelzorger wordt zo minder belast. De mantelzorgmakelaar maakt in overleg met de mantelzorger 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.

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

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 350	€ 350

U heeft recht op deze vergoeding als Menzis u vooraf toestemming heeft gegeven en de mantelzorgmakelaar door Menzis is erkend. Welke dat zijn kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder.

Hoe vraagt u toestemming?

Bel met de Menzis Mantelzorgservice op 088 222 42 42.

Mantelzorg vervanging

Mantelzorg kan voor u, hoe graag u het ook doet, een hele belasting zijn. Zeker als u langdurig en zeer intensief mantelzorg verleent. Daarom is er de mogelijkheid een vervanger in te schakelen als u bijvoorbeeld vakantie neemt.

U krijgt maximaal 15 dagen per kalenderjaar mantelzorg vervanging vergoed.

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
Nee	Nee	Ja	Ja

U heeft recht op deze vergoeding als de mantelzorg vervanging geregeld wordt door Stichting Mantelzorgvervangning Nederland 'Handen in Huis'. Bel met 'Handen in Huis' op 030 659 09 70.

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:

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 200	€ 200

U heeft recht op deze vergoeding als de overgangsconsulent door Menzis erkend is. Welke dat zijn kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder.

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.

Cursus

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

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 50	€ 100

U heeft recht op deze vergoeding als:

- de cursus is georganiseerd door een door Menzis erkende patiëntenvereniging. Welke dat zijn, kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder, en
- de cursus is gericht op het verbeteren van de eigen leefgewoonten of op de verzorging van anderen.

Lidmaatschap

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

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 50	€ 50

U heeft recht op deze vergoeding als de patiëntenvereniging door Menzis is erkend. Welke dat zijn, kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder.

Therapie

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

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 100	€ 100

U heeft recht op deze vergoeding als de therapie is georganiseerd door een door Menzis erkende patiëntenvereniging. Welke dat zijn, kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder.

i Let op

- Sportactiviteiten die georganiseerd worden door een patiëntenvereniging worden alleen vergoed als de activiteit plaatsvindt onder begeleiding van een arts, fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck, ergotherapeut of een verpleegkundige met een specialisatie voor de betreffende patiëntengroep.
- Hydrotherapie en therapeutisch zwemmen in groepsverband voor verzekerden met reumatoïde artritis, fibromyalgie, Bechterew of hartproblemen worden ook vergoed.

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 plaswekker is een apparaatje dat, door middel van een alarmtoon, direct reageert op het eerste ongewenste urineverlies.

U krijgt een plaswekker in eigendom eenmaal voor de gehele verzekeringsduur.

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
Nee	Nee	Ja	Ja

U heeft recht op deze vergoeding als de leverancier met Menzis een contract heeft. Welke dat zijn, kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder.

Pruiken en alternatieven

Pruiken zijn tot een maximumbedrag verzekerd in de Basisverzekering. Aanvullend daarop heeft u recht op een vergoeding uit de aanvullende verzekering. 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 mutssja's.

U krijgt een vergoeding voor een pruik of het alternatief, tot een maximumbedrag per kalenderjaar:

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 100	€ 200	€ 300

U heeft recht op deze vergoeding als u een voorschrift voor een pruik heeft van een huisarts of een medisch specialist.

Reiskosten

Het kan gebeuren dat u wordt opgenomen in een ziekenhuis of revalidatie-instelling in Nederland ver van uw woonplaats. Voor uw gezinsleden, die u graag regelmatig willen bezoeken, kunnen de reiskosten dan aardig oplopen.

Wanneer een bezoekend gezinslid bij Menzis is verzekerd, krijgt u een vergoeding van de reiskosten tot een maximumbedrag. De eerste 500 kilometer zijn voor eigen rekening. De vergoeding bedraagt € 0,25 per kilometer en er wordt gemeten vanaf het woonadres van het gezinslid naar de plaats waar u bent opgenomen. De afstand wordt bepaald op basis van de snelste route met behulp van de routeplanner van de ANWB. Het maximumbedrag is per kalenderjaar:

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 150	€ 250

U heeft recht op deze vergoeding als u in een ziekenhuis of revalidatie-instelling in Nederland bent opgenomen, of u na wachttijdbemiddeling van Menzis in een gecontracteerd ziekenhuis in het buitenland bent opgenomen en de opname wordt vergoed uit de Basisverzekering.

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.

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 50	€ 0	€ 50	€ 50

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.

Onder Sport Medisch Advies wordt verstaan:

- 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;
- Sportkeuring.

U krijgt een Sport Medisch Advies vergoed, tot een maximumbedrag per kalenderjaar:

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 250	€ 100	€ 150	€ 250

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 door Menzis erkende instelling. Welke dat zijn kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder.

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:

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 300	€ 300

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

i Let op

- Hersteloperaties worden niet vergoed.
- We raden u aan bij een 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.

Sterilisatie (vrouw)

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

De kosten van sterilisatie worden vergoed tot een maximumbedrag van:

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 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.

i Let op

- Hersteloperaties worden niet vergoed.
- We raden u aan bij een 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.

Steunpessarium

Een steunpessarium kan bij een blaas- of baarmoederverzakking verlichting geven. Het voorkomt een operatie.

U krijgt 1 steunpessarium vergoed:

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
Nee	Nee	Ja	Ja

U heeft recht op deze vergoeding als:

- het steunpessarium wordt voorgeschreven door uw huisarts, en
- het steunpessarium wordt geleverd door een apotheek of een apotheekhoudende huisarts.

Stottertherapie

Sommige mensen hebben moeite met vloeiend spreken. Zij kunnen dan baat hebben bij stottertherapie. Stottertherapie is voor een deel verzekerd in de Basisverzekering. U kunt daarvoor terecht bij een gespecialiseerde logopedist. Uit de aanvullende verzekering krijgt u stottertherapie vergoed die is ontwikkeld door ervaringsdeskundigen.

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

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 300	€ 200	€ 300	€ 700

Vaat- en/of pigmentbehandeling

Verwijde bloedvaten of pigmentvlekken kunnen behandeld worden door middel van laser en licht. U krijgt de behandeling bij verwijde bloedvaatjes of pigmentvlekken in het gezicht en hals vergoed tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 200	€ 200

U heeft recht op deze vergoeding als de behandeling wordt gegeven door of onder verantwoordelijkheid van een door Menzis erkende huidtherapeut. Welke dat zijn, kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder.

Verblijfskosten logeer- of gasthuis bezoekend gezinslid

Een logeer- of gasthuis is een huis dat verbonden is aan het ziekenhuis waar uw gezinslid tijdelijk kan verblijven als u in het ziekenhuis bent opgenomen. Voorbeelden van logeer- of gasthuizen zijn het Ronald McDonaldhuis, het Familiehuis Daniel den Hoed, het Prinses Margriethuis, het Kiwanishuis en het Gasthuis van het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis.

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

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 300	€ 450

U heeft recht op deze vergoeding als het logeer- of gasthuis door Menzis is erkend. Welke dat zijn, kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder.

Verblijfskosten logeer- of gasthuis patiënt

Een logeer- of gasthuis is een huis dat verbonden is aan het ziekenhuis waar u tijdelijk kunt verblijven als u naar het ziekenhuis moet of bent geweest. Voorbeelden van logeer- of gasthuizen zijn het Ronald McDonaldhuis, het Familiehuis Daniel den Hoed, het Prinses Margriethuis, het Kiwanishuis en 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:

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 350	€ 350

U heeft recht op deze vergoeding als het logeer- of gasthuis door Menzis is erkend. Welke dat zijn, kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder.

Voetzorg

Onder voetzorg vallen behandelingen en hulpmiddelen die te maken hebben met uw voeten.

Orthopedische steunzolen

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

Pedicurezorg

Een pedicure verzorgt voeten, tenen en nagels bij klachten. In bepaalde gevallen is pedicurezorg verzekerd in de Basisverzekering.

Podologie

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

Podotherapie

De podotherapeut behandelt alle voorkomende klachten aan voeten, tenen en nagels en klachten elders in het lichaam die ontstaan vanuit een afwijkende voetstand, teenstand of looppatroon.

U krijgt een vergoeding voor pedicure, podologie, podotherapie, orthopedische steunzolen en podozolen tot een maximumbedrag. De behandelingen en hulpmiddelen worden opgeteld tot het maximumbedrag is bereikt. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 150	€ 100	€ 150	€ 200

U heeft recht op deze vergoeding als de leverancier of zorgaanbieder door Menzis gecontracteerd of erkend is. Welke dat zijn kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder.

i Let op

Pedicurezorg wordt alleen vergoed bij bepaalde aandoeningen (zoals reumatoïde artritis) en er is een verwijzing nodig van uw huisarts of medisch specialist. Wilt u weten welke aandoeningen dat zijn? Kijkt u dan op www.menzis.nl/voetzorg.

Voorbehoedsmiddelen (anticonceptiemiddelen)

Anticonceptiemiddelen of voorbehoedsmiddelen zijn middelen die gebruikt worden om een zwangerschap te voorkomen. Voor verzekerden tot 21 jaar zijn deze middelen verzekerd in de Basisverzekering.

De kosten van de volgende voorbehoedsmiddelen worden vergoed: anticonceptiepil, hormoonhoudende vaginale ring, anticonceptie per injectie, anticonceptie per implantatie, koperhoudend spiraaltje, pessarium en een hormoonhoudend spiraaltje. U krijgt deze middelen vergoed tot een maximumbedrag. De vergoeding voor de middelen wordt opgeteld tot het vermelde maximumbedrag is bereikt. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 50	€ 0	€ 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.

i Let op

We raden u aan bij het laten plaatsen van een spiraaltje 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.

Uw tandartsverzekering

TandVerzorgd

Menzis biedt verschillende tandartsverzekeringen aan. U vindt hierna wat er in de tandartsverzekering verzekerd is. Op uw zorgpolis staat welke tandartsverzekering u heeft.

Basisverzekering en tandartsverzekering

Wat in de Basisverzekering is verzekerd vindt u in het hoofdstuk 'Uw Basisverzekering' onder het artikel Tandheelkunde. Wat in uw tandartsverzekering is verzekerd, vindt u hier en in de vergoedingentabel op www.menzis.nl/mondzorg. Wat verzekerd is in de Basisverzekering wordt niet vergoed door uw tandartsverzekering. Dat geldt ook voor het eigen risico en voor de wettelijke eigen bijdragen die in de Basisverzekering zijn bepaald, tenzij het in de tandartsverzekering als vergoeding is opgenomen. De volledige prothese (kunstgebit) is gedeeltelijk verzekerd in de Basisverzekering. Voor jongeren tot en met 17 jaar is de mondzorg grotendeels verzekerd in de Basisverzekering (orthodontie, kroon- en brugwerk zijn niet verzekerd in de Basisverzekering).

Systeem van codes

Zorgaanbieders declareren in codes. Deze codes staan voor bepaalde prestaties. Bijvoorbeeld: C11–periodieke controle. De prestaties, codes en tarieven zijn wettelijk vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). U kunt deze vinden op www.nza.nl.

Wet- en regelgeving

U krijgt alleen een vergoeding als de wet- en regelgeving wordt nageleefd. De zorgaanbieder moet daarbij voldoen aan de regels die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn opgenomen in een (tarief)beschikking. U kunt deze (tarief)beschikking vinden op www.nza.nl. Declareert uw zorgaanbieder in strijd met de wet- of regelgeving? Dan krijgt u geen vergoeding. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn als uw zorgaanbieder een behandeling uitvoert waartoe hij niet bevoegd is.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar elke tandarts, orthodontist, vrijgevestigd mondhygiënist of tandprotheticus die gevestigd is in Nederland of de grensstreek. De grensstreek is tot 15 kilometer van de Nederlandse grens.

Beugels (orthodontie) in de TandVerzorgd 750

Bent u 17 jaar of jonger? Uw beugel wordt vergoed tot een maximumbedrag van € 2.000 voor de gehele verzekeringsduur.

Bent u 18 jaar of ouder? Uw beugel wordt 80% vergoed tot een maximumbedrag van € 500 voor de gehele verzekeringsduur. Heeft u al een vergoeding gehad voor een beugel onder de 18 jaar? Dan wordt die vergoeding afgetrokken van het maximumbedrag voor een beugel boven de 18 jaar.

Wachttijd

Voor orthodontie geldt een wachttijd van 1 jaar. Dit betekent dat u gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt voor orthodontie. De wachttijd gaat in op de ingangsdatum van de Tandverzorgd 750. Had u heel 2014 al een Tandverzorgd 3? Dan geldt er in 2015 geen wachttijd. Kijk voor meer informatie over de wachttijd op www.menzis.nl/wachttijd.

Wachttijd kronen, bruggen en implantaten in de Tandverzorgd 500 en 750

Voor kronen, bruggen en implantaten geldt een wachttijd van 1 jaar. Dit betekent dat u gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt voor kronen, bruggen en implantaten. De wachttijd gaat in op de ingangsdatum van de Tandverzorgd 500 en 750.

Had u heel 2014 al een Tandverzorgd 3 dan geldt er in 2015 geen wachttijd voor u in de Tandverzorgd 750. Had u heel 2014 al een Tandverzorgd 2, dan geldt er in 2015 geen wachttijd voor u in de Tandverzorgd 500. Bij overstap van de Tandverzorgd 2 (2014) naar de Tandverzorgd 750 (2015) geldt er een wachttijd voor u in 2015.

Kijk voor meer informatie over de wachttijd op www.menzis.nl/wachttijd.

Fronttandvervanging in de Jongerenverzorgd, Tandverzorgd 250, 500 en 750

Bent u tussen de 18 en 22 jaar? Dan krijgt u een vergoeding voor tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten als het ter vervanging van 1 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. Fronttandvervanging valt niet onder het maximum bedrag van de Tandverzorgd 250, 500 en 750.

Hoe declareert u de nota

U ontvangt een nota van uw zorgaanbieder. U kunt de nota online declareren via www.menzis.nl/mijnmenzis.

Vergoeding Tandverzorgd 250, 500 en 750

U krijgt tandheelkundige zorg vergoed tot een maximum. Dit maximum is per kalenderjaar:

Tandverzorgd 250	Tandverzorgd 500	Tandverzorgd 750
80% tot € 250	80% tot € 500	80% tot € 750

Let op

U krijgt alle kosten vergoed met uitzondering van de kosten voor een niet nagekomen afspraak, uitwendig bleken en orthodontie. De periodieke controle wordt voor 100% vergoed. Heeft u een Tandverzorgd 750 dan geldt er een aparte vergoeding voor orthodontie. Kijk daarvoor in het artikel Orthodontie.

Lage premie bij volledig kunstgebit

Draagt u zowel in de boven- als onderkaak een volledig kunstgebit? Dan kunt u gebruik maken van de TandVerzorgd 1P. U moet dit zelf aan Menzis bekend maken. Privacywetgeving verbiedt Menzis dit uit eigen beweging te doen. Bel met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

TV1P	Voor onderstaande codes bedraagt de vergoeding 100%	Voor onderstaande codes bedraagt de vergoeding 80%	Voor onderstaande codes bedraagt de vergoeding 50%
Controle	C11, C13		C85, C86, C87 (weekend, avond, nacht)
Tandsteen		Mo1, Mo2, Mo3	
Verdoving		A10, A15	
Trekken		H11, H16, H21, H35, H50, H55	
Vullingen		V11, V12, V13, V14, V20, V21, V50, V60	
Foto's		X10	
Wortelkanaal		E01 t/m E04, E13, E14, E16, E17, E19, E40, E42, E43, E45, E51 t/m E57, E77, E78	
Prothetische zorg	P14, P21, P25, P27 t/m P30, P36 t/m P43, P45, P78	P10, P15, P16, P51 t/m P58	P79
Implantaten (eigen bijdrage)	J50, J51, J52		

Vergoeding JongerenVerzorgd

U krijgt tandheelkundige zorg vergoed tot een maximumbedrag. Niet elke behandeling is verzekerd. U krijgt vergoeding van kosten volgens de onderstaande tabel met prestaties en bijbehorende prestatiecodes. De prestatiecodes worden vergoed tot een maximum percentage of bedrag, maar niet alle prestatiecodes worden vergoed.

Dit maximumbedrag is per kalenderjaar € 150.			
JongerenVerzorgd	Voor onderstaande codes bedraagt de vergoeding 100 %	Voor onderstaande codes bedraagt de vergoeding 80%	Voor onderstaande codes bedraagt de vergoeding 50%
Controle	C11, C13		C85, C86, C87 (weekend, avond, nacht)
Tandsteen		Mo1, Mo2, Mo3	
Verdoving		A10, A15	
Trekken		H11, H16, H21, H35, H50, H55	
Vullingen		V11, V12, V13, V14, V20, V21, V50, V60	
Foto's		X10	
Wortelkanaal		E01 t/m E04, E13, E14, E16, E17, E19, E40, E42, E43, E45, E51 t/m E57, E77, E78	

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 kunt 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.

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 A10 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.

i Let op

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

A4 Terugwerkende kracht

- Als voor u binnen 4 maanden nadat u verzekeringsplichtig bent geworden een Basisverzekering bij Menzis is gesloten, werkt de Basisverzekering terug tot en met de dag waarop de verzekeringsplicht ontstond.
- Als voor u bij Menzis een Basisverzekering is 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 vrijwillig 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 kunt deze wijzigingen online doorvoeren op MijnMenzis. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40, een e-mail sturen of een wijzigingsformulier invullen.

A6 Hoe kunt u de verzekering opzeggen?

Alleen de verzekeringnemer kan een verzekering opzeggen. Opzeggen kan 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 is ontvangen, gaat de opzegging in op de eerste dag van de 2^e 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 2^e 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.

Indien de verzekerde op grond van art 9d, eerste lid Zorgverzekeringswet is verzekerd kan deze de zorgverzekering gedurende een periode van twee weken, te rekenen vanaf de datum waarop het ZIN hem daarvan mededeling heeft gedaan, vernietigen indien de verzekerde aan het ZIN en de zorgverzekeraar aantoonde in de periode bedoeld in artikel 9d eerste lid Zorgverzekeringswet reeds bij een andere zorgverzekeraar verzekerd is (artikel 9d.5 Zorgverzekeringswet).

i 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 2 weken heeft bevestigd.
- Zo nodig in afwijking van artikel 7 Zorgverzekeringswet kan, tenzij het 4^e lid van dat artikel van toepassing is, een verzekeringnemer een zorgverzekering als bedoeld in het eerste lid van artikel 9d Zorgverzekeringswet niet opzeggen gedurende de eerste twaalf maanden waarover deze loopt (artikel 9d.7 Zorgverzekeringswet).

Voorbeelden

1. Uw dochter gaat uit huis en wil zichzelf 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 aanstaande.

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.

In afwijking van artikel 931 boek 7 Burgerlijk Wetboek is Menzis bevoegd een met hem gesloten verzekeringsovereenkomst wegens dwaling te vernietigen indien achteraf blijkt dat degene die het ZIN bij hem verzekerde op dat moment niet verzekeringsplichtig was (artikel 9d.6 Zorgverzekeringswet).

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 1^e dag van de 2^e 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 2 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 14 dagen na ontvangst van uw zorgpolis de verzekering ontbinden. U hoeft hiervoor geen reden op te geven. Wanneer u binnen deze 14 dagen uw verzoek tot ontbinding aan Menzis heeft verzonden, zal de verzekering worden ontbonden. De verzekering wordt als niet afgesloten 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 vervalst.
- 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, manier van betalen en betaling eigen risico

1 Premie

- Per 1 januari 2015 bedraagt de premiegrondslag voor de Basisverzekering € 108,25 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 1^e 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 kosten in rekening brengen.
- Als u met Menzis een betalingsregeling heeft, kan Menzis kosten in rekening brengen.

2 Manier van betalen

Als u voor betaling van de premie Menzis machtigt tot automatische incasso, geldt deze machtiging ook voor alle andere bedragen die u moet betalen aan Menzis, zoals het eigen risico en eigen bijdragen. Als u via automatische incasso betaalt, blijft u verantwoordelijk voor tijdige en volledige betaling. De uiterste termijn waarop u geïnformeerd wordt voordat er een bedrag via automatische incasso wordt afgeschreven is 5 werkdagen. De zorgpolis geldt als aankondiging voor de automatische incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar.

3 Betaling eigen risico en eigen bijdrage

- Menzis kan u het eigen risico en eigen bijdrage in rekening brengen van u en van alle verzekerden die u heeft verzekerd.
- Als u het eigen risico en eigen bijdrage anders dan per automatische incasso betaalt, kan Menzis kosten in rekening brengen.

A13 Wat er gebeurt als u de premie niet betaalt

A13.1 Basisverzekering en aanvullende verzekering

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, wegens de extra werkzaamheden van Menzis, zoals het sturen van een acceptgiro en de aanmaningen, en wegens 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. Menzis kan het sturen van een aanmaning en het innen van een vordering overdragen aan een incassopartner. Mocht de vordering zijn overgedragen aan een incassopartner, dan kan Menzis ook nieuwe openstaande vorderingen overdragen zonder dat u hiervoor een aanmaning heeft ontvangen.

A13.2 Basisverzekering

Als u, zelfs na aanmaning, de premie niet betaalt, kan Menzis op grond van de Zorgverzekeringswet uw Basisverzekering bij het Zorginstituut Nederland (ZIN) 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. U kunt hieronder lezen wanneer

de melding bij het ZIN plaatsvindt. De regels hierover vindt u in artikel 18a tot en met 18g van de Zorgverzekeringswet. Daar staat ook beschreven welke regels van toepassing zijn als het ZIN de bestuursrechtelijke premie bij u gaat innen.

Wat gebeurt er als u 2 maanden geen premie heeft betaald

1. Nadat is vastgesteld dat u 2 maanden geen premie heeft betaald, kan Menzis u een betalingsregeling aanbieden. Die betalingsregeling houdt in:
 - a. dat u Menzis machtigt om automatisch bij u te incasseren,
 - b. dat u met Menzis afspraken maakt om uw betalingsachterstand in termijnen terug te betalen,
 - c. dat Menzis de Basisverzekering niet zal beëindigen of de dekking van de Basisverzekering zal schorsen of opschorten zolang de betalingsregeling loopt. Dit geldt niet als u de machtiging genoemd onder a intrekt, of als u de gemaakte afspraken over de betalingen niet nakomt.
2. Heeft u iemand anders verzekerd? En heeft u de premie voor de Basisverzekering van die verzekerde 2 maanden niet betaald? Dan houdt de betalingsregeling ook in dat wij u aanbieden om deze verzekering te beëindigen. Dit aanbod geldt alleen als:
 - a. de verzekerde voor zichzelf een Basisverzekering heeft afgesloten op de datum dat de betalingsregeling gaat gelden, en
 - b. in het geval de verzekerde bij Menzis blijft, hij een machtiging heeft gegeven als bedoeld onder a van 1.
3. In de brief waarin Menzis u een betalingsregeling aanbiedt staat dat u vier weken de tijd heeft om de regeling te accepteren. In de brief zullen wij u ook uitleggen wat er gebeurt als u de premie 6 maanden niet betaalt. In de brief zullen wij u ook vertellen dat u schuldhelpverlening kunt krijgen en hoe u die hulp kunt krijgen en welke schuldhelpverlening mogelijk is.
4. Als u (ook) iemand anders heeft verzekerd, krijgt die persoon dezelfde brief over de betalingsregeling als u heeft gekregen.

Wat gebeurt er als u 4 maanden geen premie heeft betaald

5. Als u 4 maanden geen premie heeft betaald, informeren wij u en uw medeverzekerden dat Menzis van plan is u te melden bij het ZIN, zodra u 6 maanden of langer geen premie heeft betaald. Als Menzis u meldt bij het ZIN betekent dit dat het ZIN over zal gaan tot heffing van de bestuursrechtelijke premie.
 - a. Menzis zal de melding (nog) niet doen als u op tijd laat weten dat u vindt dat u geen schuld heeft bij Menzis. Of als u op tijd laat weten dat u vindt dat de hoogte van de schuld niet juist is. U bent op tijd als u Menzis daarover een brief stuurt, maximaal 4 weken nadat u door ons geïnformeerd bent. Menzis zal dan onderzoeken of zij uw schuld goed heeft berekend. Als Menzis vindt dat zij uw schuld goed heeft berekend dan informeert Menzis u daarover. Als u het niet eens bent met dat oordeel van Menzis dan kunt u dit voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen of aan de burgerlijke rechter. Als u dat doet binnen 4 weken nadat u de brief van Menzis heeft ontvangen, zal Menzis u niet melden bij het ZIN, totdat de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen of de burgerlijke rechter heeft beslist of Menzis de hoogte van uw schuld juist heeft berekend.
 - b. U kunt ook vragen of Menzis met u een betalingsregeling wil aangaan. Wat die betalingsregeling inhoudt kunt u hierboven lezen onder 1 en 2. Als Menzis met u een betalingsregeling afspreekt zal Menzis u niet melden bij het ZIN zolang u de nieuwe premies op tijd betaalt.

Wat gebeurt er als u 6 maanden geen premie heeft betaald

6. Als Menzis heeft vastgesteld dat u 6 maanden geen premie heeft betaald zal Menzis u aanmelden bij het ZIN. Menzis zal aan het ZIN uw persoonsgegevens doorgeven en die van de personen die

u heeft verzekerd. Menzis geeft alleen die persoonsgegevens aan het ZIN die ze nodig hebben om bij u de bestuursrechtelijke premie in rekening te brengen. U en de persoon die u heeft verzekerd, worden hierover ook door Menzis geïnformeerd.

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.

i 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:

- de factuurdatum op de nota mag niet ouder zijn dan 3 jaar,
- een nota moet zo gespecificeerd zijn dat het recht op vergoeding kan worden vastgesteld,
- als een nota vertaald moet worden, komen de vertaalkosten voor uw rekening.

U kunt uw nota online indienen via MijnMenzis. Let u dan op het volgende:

- een gescande nota wordt gezien als origineel,
- Menzis kan u vragen de originele nota alsnog in te sturen.

U kunt uw nota ook per post indienen. Let u dan op het volgende:

- het moet een originele nota zijn, geen kopie, duplicaat of aanmaning,
- nota's worden niet aan u teruggestuurd.

Tip

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

i 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.
- Een vergoeding van zorg van een niet-gecontracteerde aanbieder wordt uitsluitend betaald op een bankrekening die op naam staat van de verzekerde of, bij het ontbreken daarvan, een bankrekening die op naam staat van de verzekeringnemer. De verzekeringnemer of de verzekerde kan geen andere bankrekening aanwijzen waarop de betaling moet plaatsvinden.
- De overdraagbaarheid van vorderingsrechten, die voor verzekerde en/of verzekeringnemer voortvloeien uit een met Menzis gesloten verzekeringsovereenkomst, is uitgesloten. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:84 lid 2 BW.

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 op www.menzis.nl/klachtafhandeling in waarin u kunt aangeven waarover u ontevreden bent en waarom. Heeft u hulp nodig bij het invullen van dit formulier, belt u dan onze Klantenservice op 088 222 40 40.
- Die brief kunt u sturen naar de afdeling Klachtenmanagement.
- Menzis zal uw klacht 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.

i Let op

Voor klachten over premieachterstand, zie ook artikel A13.2

Bij wie moet u zijn?

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

- Afdeling Klachtenmanagement 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 mouterij. Deze 6 genoemde vormen van molest, evenals de definities daarvan, vindt u in de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage is gedeponerd onder nummer 136/1981.

A20 Terrorisme

Als 1 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 Zorgverzekeringswet 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 Zorgverzekeringswet 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 en 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 vindt u 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 en het eigen risico. De datum waarop de nota is uitgeschreven of betaald is hiervoor niet van belang. Als een behandeling in meerdere kalenderjaren valt en de zorgaanbieder die behandeling in één bedrag in rekening mag brengen, is de datum waarop de behandeling is gestart bepalend. Als het gaat om een DBC (Diagnose Behandel Combinatie), dan is de ingangsdatum van de DBC bepalend in welk kalenderjaar de vergoeding toegekend wordt.
- U verleent Menzis volmacht teveel betaalde vergoeding terug te vorderen.
- Als u Menzis bezoekt of belt en Menzis doet u een mondeling toezegging, dan kunt u Menzis vragen die toezegging schriftelijk te bevestigen. Een mondelinge toezegging wordt zonder schriftelijke bevestiging geacht niet 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.

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 u wijzigt uw aanvullende of tandartsverzekering aansluitend voor een andere aanvullende of tandartsverzekering van Menzis, dan onderbreekt dat de verzekeringsduur niet. Ook niet als deze 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 en u niet aansluitend weer een aanvullende of tandartsverzekering van Menzis afsluit.

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 premie te betalen als u 18 jaar of ouder bent en voor de tandartsverzekeringen vanaf 10 jaar. Voor de JongerenVerzorgd is voor alle leeftijden premie verschuldigd. 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 en tandartsverzekeringen. Voor een kind tot 18 jaar kan een aanvullende verzekering met een uitgebreidere dekking worden aangevraagd dan die van 1 van de verzekerden van 18 jaar of ouder die op de zorgpolis staan vermeld. Voor het kind wordt dan een volwassenpremie in rekening gebracht.

A32/A33 Samenloop

De aanvullende verzekering en tandartsverzekering bieden geen dekking voor kosten of schade die al op basis van een andere verzekering - al dan niet van latere datum - of een wet, een verdrag, een overeenkomst of andersoortige voorziening vergoed worden.

De aanvullende verzekering en tandartsverzekering bieden ook geen dekking voor kosten of schade die al op basis van een andere verzekering, al dan niet van latere datum, of een wet, een verdrag, een overeenkomst of andersoortige voorziening vergoed zouden worden als u de aanvullende verzekering of tandartsverzekering niet zou hebben afgesloten.

Als u een beroep doet op de aanvullende verzekering of tandartsverzekering, terwijl u ook op een andere verzekering of voorziening, bijvoorbeeld een reisverzekering, een beroep zou kunnen doen, dan moet u Menzis over die andere verzekering of voorziening informeren.

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 www.menzis.nl 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,
- u bij Menzis geen Basisverzekering heeft gesloten.

Alles over uw zorgverzekering

ZorgZó

ZorgZó Modelnummer Zvw 1.99.15

ExtraVerzorgd Modelnummer AV 1.96.15

TandVerzorgd Modelnummer AV 1.96.15



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.