

# Wijzigingen in de polisvoorwaarden Basisverzekering, Aanvullende Verzekeringen en Tandartsverzekeringen



## WIJZIGINGEN IN DE BASISVERZEKERINGEN PER 1 JANUARI 2007

(naar stand van zaken per 14-9-2006, eventuele latere wijzigingen voorbehouden)

Per 1 januari 2007 zal uw Basisverzekering op een aantal punten worden gewijzigd. Hieronder vindt u een overzicht van een aantal wijzigingen. Een aantal van deze wijzigingen is zo kort geleden door de overheid vastgesteld dat wij geen gelegenheid meer hadden om de polisvoorwaarden in gedrukte vorm aan te bieden. U kunt ze wel vinden op onze website. Indien u daar prijs op stelt, zullen wij u de polisvoorwaarden in gedrukte vorm nazenden.

## OVER HET DEKKINGSPAKKET VAN DE BASISVERZEKERING

*Vanaf 1 januari 2007 wordt het dekkingspakket van de Basisverzekering uitgebreid met:*

- Prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, via een structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap, mits de verzekerde jonger is dan 36 jaar en hiervoor een medische indicatie heeft;
- De eerste in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap (toelichting: in 2006 zijn alleen de tweede en derde poging verzekerd, vanaf 1 januari 2007 dus ook de eerste);
- Abdominoplastiek (buikwandcorrectie door middel van plastisch-chirurgische behandeling);
- De mogelijkheid voor een persoonsgebonden budget voor hulpmiddelen ter compensatie van een ernstige visuele beperking.

*Vanaf 1 januari 2007 zijn er ook beperkingen van kracht:*

- Toevoeging doelmatigheidsvereiste: u heeft op een zorgvorm slechts recht voor zover u daarop naar inhoud, omvang en uit het oogpunt van doelmatigheid redelijkerwijs bent aangewezen;
- Bij het indienen van nota's in een buitenlandse taal komen de vertaalkosten voor rekening van verzekerde;
- GGZ: de voorgenomen overheveling van de GGZ van de AWBZ naar de Basisverzekering is met een jaar uitgesteld tot 1 januari 2008. Op dit punt verandert er voor u dus niets ten opzichte van 2006.

## OVER PROCEDURES

- Bij arbeidsrelevante aandoeningen die voorkomen op de lijst chronische aandoeningen kunt u zich naast uw huisarts of specialist voor verwijzing naar de fysiotherapeut/oefentherapeut ook wenden tot uw bedrijfsarts;
- Fysiotherapie: indien u zich wendt tot een fysiotherapeut die opgenomen is in de lijst 'Direct Toegankelijke Fysiotherapeuten', is verwijzing niet meer vereist. Deze lijst kan worden geraad-

pleegd op onze website, of wordt op verzoek toegezonden;

- Het telefoonnummer voor het aanvragen van kraamzorg is gewijzigd: gaarne tijdige melding, bij voorkeur voor de 20<sup>e</sup> week van de zwangerschap; bij de Servicelijn Kraamzorg: telefoonnummer 0900 202 50 03;
- Indien verzekeringnemer of verzekerde het niet eens is met een door zorgverzekeraar, in het kader van de uitvoering van de zorgverzekering genomen beslissing kan hij de zorgverzekeraar verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan de afdeling Klachten en Bezwaar van de zorgverzekeraar. Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet binnen 30 dagen door zorgverzekeraar wordt gereageerd, dan wel de zorgverzekeraar aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan verzekeringnemer of verzekerde het geschil voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. Deze commissie kan een bindend advies uitbrengen, met inachtneming van het bepaalde in het op de commissie toepasselijke reglement. Indien verzekeringnemer of verzekerde bejegeningklachten heeft over de zorgverzekering, dan kan hij zijn klacht voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen. Het adres van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen en de Ombudsman Zorgverzekeringen is: Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG te Zeist;
- Machtigingenbeleid: voor de verstrekking van sildenafil is voortaan vooraf toestemming vereist (sildenafil is een Viagra-adapt voor hartpatiënten met een longaandoening).

## OVER DE VERZEKERING

- Verzekeringnemer heeft het recht de verzekering voor alle verzekerden tussentijds op te zeggen, met ingang van de dag van beëindiging van het oude dienstverband in verband met het aangaan van een nieuw dienstverband, indien de reden van opzegging betreft een overstap van de ene collectieve verzekering in verband met het dienstverband naar de andere collectieve verzekering in verband met het dienstverband. Verzekeringnemer kan de oude zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. Zowel de opzegging als de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht, en gaan beide in per de eerste van dezelfde kalendermaand;
- Datum van beëindiging van de verzekering wanneer u opzegt: als u de verzekering opzegt wegens premieverhoging wordt uw verzekering beëindigd per de datum dat die premieverhoging zou ingaan (dat was oorspronkelijk met ingang van een maand later).

## OVER DE PREMIE

Uw nieuwe premie staat vermeld op de Zorgpolis, die u bijgaand aantreft.

## WIJZIGINGEN IN DE AANVULLENDE EN TANDARTSVERZEKERINGEN PER 1 JANUARI 2007

Vanaf 1 januari 2007 worden de polisvoorwaarden gewijzigd. In het hieronder opgenomen overzicht wordt een weergave gegeven van de wijzigingen per 1 januari 2007. Dit overzicht is niet volledig. Niet opgenomen zijn tekstuele aanpassingen en wijzigingen die materieel beperkt van invloed zijn. De integrale polisvoorwaarden, zoals geldend vanaf 1 januari 2007, kunnen worden geraadpleegd via de website van verzekeraar of worden op verzoek toegezonden.

### OVER DE VERZEKERING (ALLE PAKKETTEN)

*Toegevoegd zijn:*

- Begin duur en einde van de verzekering:
  - Einde verzekering bij het metterwoon vestigen in het buitenland geldt niet voor verzekerden woonachtig in Duitsland of België;
  - Verzekeringnemer heeft het recht de verzekering voor alle verzekerden tussentijds op te zeggen, met ingang van de dag van beëindiging van het oude dienstverband in verband met het aangaan van een nieuw dienstverband, indien de reden van opzegging betreft een overstap van de ene collectieve verzekering in verband met het dienstverband naar de andere collectieve verzekering in verband met het dienstverband. Verzekeringnemer kan de oude zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. Zowel de opzegging als de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht, en gaan beide in per de eerste van dezelfde kalendermaand;
  - Indien verzekerde het risico waarvoor hij verzekerd is wijzigt geldt dat de verzekeringsduur wordt geacht niet te zijn onderbroken.
- Uitsluitingen: voor verzekerden woonachtig in België of Duitsland, worden de kosten voor zorg die - bij behandeling in Nederland - krachtens de AWBZ vergoed zouden worden, uitgesloten;
- Indienen van nota's: vergoeding van buitenlandse nota's geschiedt in wettig Nederlands betaalmiddel tegen de omrekenkoers die bij de Nederlandse banken geldt op de dag waarop de nota is uitgeschreven;
- Collectieve verzekerden: de collectieve verzekeringsvoorwaarden en/of collectieve premietarieven zijn niet (langer) meer van toepassing op de verzekering vanaf het moment dat niet meer wordt voldaan aan de voorwaarden om deel te nemen aan het collectief (bijvoorbeeld bij einde dienstverband) of indien de collectieve verzekeringsovereenkomst door verzekeraar of de belangbehartiger is beëindigd. De verzekering wordt vanaf dat moment op basis van de dan geldende individuele verzekeringsvoorwaarden en individuele premietarieven voortgezet of - indien dit niet mogelijk is - op basis van een verzekering die qua dekkingsomvang zoveel als mogelijk overeenkomt met de beëindigde verzekering, hetgeen door verzekeraar wordt beoordeeld;
- Klachten en Geschillen: indien verzekeringnemer of verzekerde bejegeningklachten heeft over de verzekering, dan kan hij zijn klacht eveneens voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen. Het adres van de Ombudsman Zorgverzekeringen is: Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), postbus 291, 3700 AG te Zeist.

*Aangepast zijn:*

- Begin duur en einde van de verzekering: verzekeringnemer kan de verzekering voor 1 november van ieder jaar met ingang 1 januari van het volgende kalenderjaar schriftelijk opzeggen. Bij opzegging dient verzekeringnemer schriftelijk aan te geven op welke verzekerde(n) de opzegging betrekking heeft. Indien verzekeringnemer schriftelijk verzoekt om de verzekering gelijktijdig met de hoofdverzekering op te zeggen, zal verzekeraar hieraan meewerken;
- Indicatie voor de aanspraak op zorg: onverminderd hetgeen is bepaald in de Vergoedingslijst heeft verzekerde op een zorgvorm slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud, omvang en uit het oogpunt van doelmatigheid redelijkerwijs is aangevoelen. De vraag of verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.

*Wijziging:*

Verzekeraar zal in 2006 niet langer een beroep doen op het bepaalde in artikel 4 leden 3 en/of 18. Beide leden komen te vervallen per 1 januari 2007.

### OVER DE PREMIE

Uw nieuwe premie staat vermeld op de Zorgpolis, die u bijgaand aantreft.

### OVER HET DEKKINGSPAKKET VAN DE EXTRAVERZORGD 1

*Vanaf 1 januari 2007 wordt de dekking uitgebreid met:*

- Alternatieve geneesmiddelen: de vergoeding van voedingssupplementen, mits opgenomen in de Z-index prijslijst;
- Psoriasisdagbehandelingen: de vergoeding van psoriasisdagbehandeling door middel van Balneofototherapie is verhoogd naar 30 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar. De voorwaarde "Voorafgaande toestemming van verzekeraar" is komen te vervallen;
- UVB-Lichttherapie: de vergoeding voor het huren van belichtingsapparatuur is verhoogd naar 100%;
- Pedicure: maximaal € 50 per verzekerde per kalenderjaar. Voorwaarde is dat verzekerde lijdt aan reumatoïde artritis of diabetes mellitus en dreigende voetproblemen heeft;
- Voedingspreparaten: de kosten van dieetpreparaten, in drinkbare of poedervorm, tot een maximum van € 75 per verzekerde per kalenderjaar. Er is sprake van levensbedreigende ernstige ondervoeding, of de effectiviteit van een noodzakelijk geachte behandeling is sterk verminderd als gevolg van ondergewicht. Op voorschrift van arts of diëtist;
- Voorzetkamers: maximaal 2 stuks per verzekerde per kalenderjaar, op voorschrift van huisarts of medisch specialist.

*Vanaf 1 januari 2007 zijn er ook beperkingen van kracht:*

- Fysio- en oefentherapie Cesar/Mensendieck: de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen van een door verzekeraar niet gecontracteerde (verbijzonderde) fysiotherapeut en/of oefentherapeut Cesar en/of Mensendieck komen niet meer voor vergoeding in aanmerking;
- Handicap, vakantie en begeleiding: het gebruik maken van de

- diensten van IHD-Zorg (Internationale Hulp Diensten) in het buitenland komt niet meer voor vergoeding in aanmerking;
- Podotherapie: de vergoeding van podotherapie is geïntegreerd in de vergoeding van Alternatieve geneeswijzen.

## OVER HET DEKKINGSPAKKET VAN DE EXTRAVERZORGD 2

*Vanaf 1 januari 2007 wordt de dekking uitgebreid met:*

- Alternatieve geneesmiddelen: de vergoeding van voedingssupplementen, mits opgenomen in de Z-index prijslijst;
- Kraamzorg na adoptie: de vergoeding is verhoogd naar maximaal 16 uur;
- Kraamzorg na (couveuse)opname: maximaal 16 uur;
- Epilatie: de vergoeding is verhoogd naar 75% tot maximaal € 500 per verzekerde gedurende de gehele verzekeringsduur;
- UVB-Lichttherapie: de vergoeding voor het huren van belichtingsapparatuur is verhoogd naar 100%;
- Hospice: maximaal € 35 van de eigen bijdrage per dag tot maximaal € 1.050 gedurende de gehele verzekeringsduur;
- Patiëntenverenigingen:
  - De vergoeding van cursussen tot maximaal € 50 per verzekerde per kalenderjaar;
  - De vergoeding van therapieën is verhoogd naar € 100 per verzekerde per kalenderjaar.
- Pedicure: maximaal € 100 per verzekerde per kalenderjaar. Voorwaarde is dat verzekerde lijdt aan reumatoïde artritis of diabetes mellitus en dreigende voetproblemen heeft;
- Semen invriezen: 100% bij medische noodzaak (mannen bij wie door een operatieve ingreep of (anti-kanker) therapie de spermaproductie beschadigd zou kunnen worden);
- Vakantie-therapeutische kampen: de kosten van het verblijf van verzekerde jonger dan 21 jaar tot maximaal € 150 per verzekerde per kalenderjaar;
- Verblijfskosten logeershuis: de vergoeding van de kosten voor het bezoekend gezinslid is verhoogd naar maximaal € 120 per kalenderjaar;
- Voedingspreparaten: de kosten van dieetpreparaten, in drinkbare of poedervorm, tot een maximum van € 100 per verzekerde per kalenderjaar. Er is sprake van levensbedreigende ernstige ondervoeding, of de effectiviteit van een noodzakelijk geachte behandeling is sterk verminderd als gevolg van ondergewicht. Op voorschrift van arts of diëtist;
- Voorzetkamers: maximaal 2 stuks per verzekerde per kalenderjaar, op voorschrift van huisarts of medisch specialist.

*Vanaf 1 januari 2007 zijn er ook beperkingen van kracht:*

- Communicatiemiddel voorafgaand aan bevalling: de kosten van een oproepontvanger (semafoon) komen niet meer voor vergoeding in aanmerking;
- Fysio- en oefentherapie Cesar/Mensendieck: de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen van een door verzekeraar niet gecontracteerde (verbijzonderde) fysiotherapeut en/of oefentherapeut Cesar en/of Mensendieck komen niet meer voor vergoeding in aanmerking;
- Handicap, vakantie en begeleiding: het gebruik maken van de diensten van IHD-Zorg (Internationale Hulp Diensten) in het buitenland komt niet meer voor vergoeding in aanmerking;
- Herstelsoorten: de vergoeding is verlaagd naar € 40 per dag tot maximaal € 1.200 per verzekerde per kalenderjaar;

- Podotherapie: de vergoeding van podotherapie is geïntegreerd in de vergoeding van Alternatieve geneeswijzen;
- Softbraces: de vergoeding is verlaagd naar € 25 per verzekerde per kalenderjaar. Daarentegen worden de spalken nu ook vergoed;
- Vruchtbaarheidsbehandeling: de vergoeding van de eerste IVF- of ICSI-behandeling komt niet meer voor vergoeding in aanmerking (toelichting: dit valt vanaf 1 januari 2007 onder de Basisverzekering).

## OVER HET DEKKINGSPAKKET VAN DE EXTRAVERZORGD 3

*Vanaf 1 januari 2007 wordt de dekking uitgebreid met:*

- Alternatieve geneesmiddelen: de vergoeding van voedingssupplementen, mits opgenomen in de Z-index prijslijst;
- Epilatie: de vergoeding is verhoogd naar 75% tot maximaal € 1.000 per verzekerde gedurende de gehele verzekeringsduur;
- Diabetes-start-pakket: eenmalige vergoeding van het diabetes-start-pakket. Eenmaal per verzekerde per kalenderjaar een vergoeding van 50 diabetes teststrips en 50 lancetten. Op voorschrift van huisarts, medisch specialist of diabetesverpleegkundige. Verzekerde lijdt aan Diabetes Mellitus Type II en is lid van de Diabetes Vereniging Nederland (DVN). Het diabetes-start-pakket wordt geleverd door een leverancier waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten;
- UVB-Lichttherapie: de vergoeding voor het huren van belichtingsapparatuur is verhoogd naar 100%;
- Zorgprogramma's: de benaming is gewijzigd in Herstel en Balans (Groepsrevalidatie en groepstherapie voor patiënten met kanker). De vergoeding is verhoogd naar maximaal € 1.000 gedurende de gehele verzekeringsduur;
- Hospice: maximaal € 35 van de eigen bijdrage per dag tot maximaal € 1.050 gedurende de gehele verzekeringsduur;
- Overgangsconsulent: vergoeding is verhoogd naar € 110 per verzekerde gedurende de gehele verzekeringsduur;
- Patiëntenverenigingen:
  - De vergoeding van cursussen tot maximaal € 75 per verzekerde per kalenderjaar;
  - De vergoeding van therapieën is verhoogd naar € 100 per verzekerde per kalenderjaar.
- Pedicure: maximaal € 150 per verzekerde per kalenderjaar. Voorwaarde is dat verzekerde lijdt aan reumatoïde artritis of diabetes mellitus en dreigende voetproblemen heeft;
- Semen invriezen: 100% bij medische noodzaak (mannen bij wie door een operatieve ingreep of (anti-kanker) therapie de spermaproductie beschadigd zou kunnen worden);
- Stottertherapie: door deelname aan het Menzis SpeechEasy project, een tegemoetkoming in de kosten van het anti-stotter-apparaat SpeechEasy tot een maximum van € 700 per verzekerde per kalenderjaar;
- Vakantie-therapeutische kampen: de kosten van het verblijf van verzekerde jonger dan 21 jaar tot maximaal € 150 per verzekerde per kalenderjaar.
- Verblijfskosten logeershuis:
  - De vergoeding van de kosten voor het bezoekend gezinslid is verhoogd naar maximaal € 150 per kalenderjaar;
  - De vergoeding van de kosten voor het verblijf van verzekerde is verhoogd naar maximaal € 350 per kalenderjaar.

- Voedingspreparaten: de kosten van dieetpreparaten, in drinkbare of poedervorm, tot een maximum van € 150 per verzekerde per kalenderjaar. Er is sprake van levensbedreigende ernstige ondervoeding, of de effectiviteit van een noodzakelijk geachte behandeling is sterk verminderd als gevolg van ondergewicht. Op voorschrift van arts of diëtist;
- Voorzetkamers: maximaal 2 stuks per verzekerde per kalenderjaar, op voorschrift van huisarts of medisch specialist.

*Vanaf 1 januari 2007 zijn er ook beperkingen van kracht:*

- Communicatiemiddel voorafgaand aan bevalling: de kosten van een oproepontvanger (semafoon) komen niet meer voor vergoeding in aanmerking;
- Fysio- en oefentherapie Cesar/Mensendieck: de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen van een door verzekeraar niet gecontracteerde (verbijzonderde) fysiotherapeut en/of oefentherapeut Cesar en/of Mensendieck komen niet meer voor vergoeding in aanmerking;
- Handicap, vakantie en begeleiding: het gebruik maken van de diensten van IHD-Zorg (Internationale Hulp Diensten) in het buitenland komt niet meer voor vergoeding in aanmerking;
- Psoriasisdagbehandelingen: de vergoeding van psoriasisdagbehandeling door middel van Balneofototherapie is verlaagd naar 30 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar. De voorwaarde "Voorafgaande toestemming van verzekeraar" is komen te vervallen;
- Herstellingsoorden: de dagvergoeding is verlaagd naar € 40 per dag;
- Podotherapie: de vergoeding van podotherapie is geïntegreerd in de vergoeding van Alternatieve geneeswijzen;
- Psychotherapie: de eigen bijdrage komen niet meer voor vergoeding in aanmerking;
- Softbraces: de vergoeding is verlaagd naar € 40 per verzekerde per kalenderjaar. Daarentegen worden de spalken nu ook vergoed.
- Vaccinaties hepatitis B: de kosten van de vaccinatie komen niet meer voor vergoeding in aanmerking;
- Vruchtbaarheidsbehandeling: de vergoeding van de eerste IVF- of ICSI-behandeling komt niet meer voor vergoeding in aanmerking (toelichting: dit valt vanaf 1 januari 2007 onder de Basisverzekering).

## OVER HET DEKKINGSPAKKET VAN DE TANDVERZORGD 1

*Vanaf 1 januari 2007 wordt de dekking aangepast met:*

- Prothetische voorzieningen:
  - De vergoedingen van techniekkosten zijn geïntegreerd in de maximale vergoeding per verrichting;
  - Toevoeging van code P45 (Noodprothese) tot maximaal 25%;
  - Toevoeging van code P78 (Uitbreiding partiële prothese met element(en) tot volledige prothese inclusief afdruk) tot maximaal 25%.

## OVER HET DEKKINGSPAKKET VAN DE TANDVERZORGD 2

*Vanaf 1 januari 2007 wordt de dekking aangepast met:*

- Kronen- en brugwerk:

- De vergoedingen van techniekkosten zijn geïntegreerd in de maximale vergoeding per verrichting.
- Prothetische voorzieningen:
  - De vergoedingen van techniekkosten zijn geïntegreerd in de maximale vergoeding per verrichting;
  - Toevoeging van code P45 (Noodprothese) tot maximaal 25%;
  - Toevoeging van code P78 (Uitbreiding partiële prothese met element(en) tot volledige prothese inclusief afdruk) tot maximaal 25%.

## OVER HET DEKKINGSPAKKET VAN DE TANDVERZORGD 3

*Vanaf 1 januari 2007 wordt de dekking aangepast met:*

- Kronen- en brugwerk:
  - De vergoedingen van techniekkosten zijn geïntegreerd in de maximale vergoeding per verrichting;
  - Toevoeging van code P31 (Wortelkap met stift (alleen in combinatie met P21, P25 of P30), inclusief techniekkosten) tot maximaal € 200;
  - Toevoeging van code P32 (Extra per precisieverankering c.q. per staafhuls (alleen in combinatie met P21, P25 of P30), inclusief techniekkosten) tot maximaal € 125.
- Prothetische voorzieningen:
  - De vergoedingen van techniekkosten zijn geïntegreerd in de maximale vergoeding per verrichting;
  - Toevoeging van code P45 (Noodprothese) tot maximaal 25%;
  - Toevoeging van code P78 (Uitbreiding partiële prothese met element(en) tot volledige prothese inclusief afdruk) tot maximaal 25%.
- Parodontologie: vergoeding consult nazorg (T51 t/m T56) is verhoogd naar eenmaal per verzekerde per kalenderjaar;
- Orthodontie door een tandarts/orthodontist: vergoeding van de behandelingsmaandtarieven zijn verhoogd naar 100%;
- Orale implantologie: gedeeltelijke vergoeding, niet zijnde implantaten en techniekkosten, opgenomen.



zorg en inkomen

[www.menzis.nl](http://www.menzis.nl)