Verzekeringsvoorwaarden Menzis Basis Collectief 2019

Basisverzekering, aanvullende en tandartsverzekeringen inclusief praktische informatie.
Geldig vanaf 1 januari 2019.

menzis

Contact en service

Heeft u vragen of wilt u iets doorgeven? We helpen u graag.

Onze website

Op 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.

Contact

U kunt ons bereiken per telefoon, chat en WhatsApp, per post of via sociale media. Ook kunt u iets doorgeven of uw pakket wijzigen, waar en wanneer u maar wilt via Mijn Menzis: menzis.nl/mijnmenzis.

Kijk ook op menzis.nl/contact, u vindt hier ook onze openingstijden.

Ook op facebook.com/menzis en twitter.com/menzis beantwoorden we graag uw vragen.

Bellen met Menzis

De belangrijkste telefoonnummers vindt u hieronder. Kijk voor de actuele openingstijden op menzis.nl/contact.

Telefoonnummers

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

Postadres

Menzis
Postbus 75000
7500 KC Enschede

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

Heeft u een klacht? Kijk voor meer informatie rondom klachten en geschillen op menzis.nl/klantenservice. Of zie artikel A17 in de Algemene voorwaarden.

Menzis Zorgvinder

Met de Menzis Zorgvinder vindt u simpel en snel zorgaanbieders bij u in de buurt. U ziet in één oogopslag met welke zorgaanbieders we afspraken hebben. Kijk op menzis.nl/zorgvinder.

Menzis Zorgadviseur

Heeft u vragen over een ziekte of behandeling? Of wilt u advies over mantelzorg of regelgeving? Neem dan contact op met onze Zorgadviseur op 088 222 42 42 (werkdagen van 8.30 - 19.00 uur). Of kijk op menzis.nl/zorgadvies.

Inhoud

Contact en service 2

Menzis Basis 5

Buitenland 8
Audiologische hulp 9
Diëtetiek 10
Dieetpreparaten 10
Eerstelijnsverblijf 11
Erfelijkheidsonderzoek 12
Ergotherapie 13
Fysiotherapie, oefentherapie, bekkenfysiotherapie 13
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 18
Geneesmiddelen 24
Huisartsenzorg 27
Hulpmiddelen 29
In-vitrofertilisatie (IVF) 31
Kraamzorg 33
Logopedie 34
Medisch specialistische zorg 35
Niet-klinische dialyse (dialyse zonder opname) 38
Oncologische hulp voor kinderen 39
Plastische chirurgie of reconstructieve chirurgie 39
Revalidatie (medisch specialistisch) 40
Second opinion 42
Stoppen met roken 43
Tandheelkunde 44
Transplantatie 47
Trombosedienst 48
Verblijf 49
Verloskundige zorg 49
Vervoer per ambulance 50
Verpleging en verzorging (wijkverpleegkundige) 51
Voorwaardelijke toelating 53
Zintuiglijk gehandicaptenzorg 53
Zittend ziekenvervoer 54

Uw aanvullende verzekering 56

Acnebehandeling 57
Algemene check-up 57
Alternatieve zorg 57
Bevalling en kraamzorg 58
Brillen en contactlenzen 59
Buitenland 60
Camouflagetherapie en camouflagemiddelen 63
Epilatie 63
Ergotherapie 64
Fysiotherapie en oefentherapie 64
Geneesmiddelen (eigen bijdrage GVS) 65
Hoortoestellen 66
Hospice of Bijna-Thuis-Huis 66
Hulpmiddelen ten behoeve van Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen 66
Kinderopvang bij ziekenhuisopname 67
Kronen en bruggen tot 18 jaar 67
Mantelzorg 67
Orthodontie 69
Tandartskosten na een ongeval 69
Patiëntenverenigingen 70
Plaswekker 71
Preventie 72
Pruiken en alternatieven 73
Softbrace of spalk 73
Sportmedisch Advies 73
Sterilisatie (man) 74
Sterilisatie (vrouw) 74
Stottertherapie 75
Verblijfskosten logeer- of gasthuis bezoekend gezinslid 75
Verblijfskosten logeer- of gasthuis patiënt 76
Voetzorg 76
Voorbehoedsmiddelen (anticonceptiemiddelen) 77

Uw tandartsverzekering Collectief Tand 78

Basisverzekering en tandverzekering 78
Welke zorgaanbieder 78
Systeem van codes 78
Wet- en regelgeving 78
Vergoeding Collectief Tand 250, 500 en 1000 78
Orthodontie (beugels) 79
Wachttijd kronen, bruggen en implantaten in de Collectief Tand 1000 79
Hoe declareert u de nota 79

De algemene voorwaarden 80

De algemene voorwaarden (1) 80
Wie is Menzis? 80
A1 Algemeen 80
A2 Werkgebied 80
A3 Verzekeringsduur 80
A4 Terugwerkende kracht 81
A5 Hoe kunt u de verzekering wijzigen? 81
A6 Hoe kunt u de verzekering opzeggen? 81
A7 Wanneer kunt u opzeggen? 81
A8 Kan Menzis de verzekering beëindigen? 82
A9 Wanneer eindigt de Basisverzekering vanzelf? 82
A10 Bedenktijd 82
A11 Informatieplicht 83
A12 Premie, manier van betalen en betaling eigen risico 83
A13 Wat er gebeurt als u de premie niet betaalt 84
A14 Mag Menzis de voorwaarden en premie wijzigen? 85
A15 Collectieve verzekering 86
A16 Als u een nota indient 86
A17 Klachten en geschillen 87
A19 Molest 88
A20 Terrorisme 88
A21 vervallen 88
A22 Aansprakelijkheid 88
A23 Geen vergoeding voor niet-nagekomen afspraak 88
A24 Fraudebestrijding 88
A25 Gedragscode persoonsgegevens 89
A26 Overig 89
De algemene voorwaarden (2) 90
Algemeen 90
A27 Opzeggen 90
A28 Kan Menzis de verzekering beëindigen? 90
A29 Wijziging 90
A30 Premie 90
A31 Voor uw kind 91
A32/A33 Samenloop 91
A34 Terrorisme 91
A35 Atoomkernreacties 91
A36 Afwijzing aanvraag 91

Menzis Basis

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 (het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering horen hierbij), is de basis voor deze verzekeringsvoorwaarden. In deze verzekeringsvoorwaarden hebben wij zo duidelijk mogelijk aangegeven waarvoor u verzekerd bent. In de verzekeringsvoorwaarden wordt soms verwezen naar het Verzekeringsreglement. Het Verzekeringsreglement is onderdeel van de verzekeringsvoorwaarden. Als er iets in deze verzekeringsvoorwaarden niet helemaal overeenkomt met de Zorgverzekeringswet, dan geldt voor u wat in de Zorgverzekeringswet staat. Als een andere wettelijke regeling kan zorgen voor betaling van dezelfde zorg, heeft u geen recht op die zorg vanuit uw Basisverzekering.

U kunt het Verzekeringsreglement downloaden op menzis.nl/reglement. U kunt het ook opvragen bij onze Klantenservice op 088 222 40 40. De Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering vindt u op wetten.overheid.nl.

Natura

U heeft gekozen voor Menzis Basis. Dit is een verzekering die bestemd is voor iedereen die in Nederland woont of daarbuiten en die een zorgverzekering moet sluiten. Menzis Basis is een naturaverzekering. Natura betekent dat u recht heeft op de zorg zelf (de tegenhanger van natura is restitutie: 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.

Naar een gecontracteerde zorgaanbieder

Zorg in natura betekent dat u recht heeft op de zorg zelf. Daarom sluit Menzis overeenkomsten met zorgaanbieders over kwaliteit, prijs, toegankelijkheid en toegangstijden. Menzis heeft geregeld dat de nota rechtstreeks van de zorgaanbieder naar Menzis wordt gestuurd. In de volgende artikelen kunt u nalezen welk soort zorgaanbieder de zorg mag leveren. Een zorgaanbieder is bijvoorbeeld een ziekenhuis, medisch specialist, logopedist, fysiotherapeut, enzovoort.

Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Kiest u voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, dan vergoedt Menzis de kosten tot een maximumbedrag. Menzis vergoedt 75% van de nota van de zorgaanbieder, tot een maximum van 75% van het bedrag dat Menzis gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd. Op menzis.nl/vergoedingen kunt u hierover meer informatie vinden. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. Op het te vergoeden bedrag worden eventueel verschuldigde eigen bijdragen en daarna verplicht en vrijwillig eigen risico in mindering gebracht.

ⓘ Let op

Zorg verleend door een zorgaanbieder die niet voldoet aan de criteria zoals genoemd in de verzekeringsvoorwaarden, komt in het geheel niet voor vergoeding in aanmerking.

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 Menzis Zorgvinder', op 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.

Overeengekomen volume (omzetplafond)

Als Menzis een overeenkomst heeft met een zorgaanbieder kan het zijn dat er een afspraak is gemaakt over een maximaal volume (omzetplafond). Dit kan tot gevolg hebben dat de zorgaanbieder u niet meer zelf in behandeling hoeft te nemen, als zijn omzetplafond (bijna) is bereikt. De zorgaanbieder, of Menzis, helpt u dan een andere zorgaanbieder te vinden die u wél kan behandelen. Als er met een zorgaanbieder afspraken zijn gemaakt over het volume (omzetplafonds), staat dat in de Zorgvinder aangegeven. Bent u al in behandeling als de zorgaanbieder zijn omzetplafond bereikt? Dan heeft dat voor u geen gevolgen. U kunt de behandeling afmaken bij uw zorgaanbieder.

De inhoud en omvang van de zorg

De inhoud en omvang van de zorg in deze verzekeringsvoorwaarden worden 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 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.

Redelijke termijn en afstand

U heeft recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen een redelijke afstand van uw huisadres. Wat redelijk is, hangt af van de vorm en de urgentie van de zorg. U heeft in elk geval recht op zorg binnen de termijn die medisch gezien als maximaal aanvaardbaar wordt beschouwd.

Eigen risico

U heeft een verplicht eigen risico van € 385 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.

ⓘ Let op

Sommige behandelingen worden gedeclareerd met een DBC-zorgproduct (diagnose behandelcombinatie), bijvoorbeeld de zorg die u in een ziekenhuis krijgt. Een DBC-zorgproduct omvat alle activiteiten en verrichtingen die het ziekenhuis en de medisch specialist uitvoeren voor diagnose en behandeling. Voor een DBC-zorgproduct declareert het ziekenhuis één bedrag. Als een DBC-zorgproduct in 2 jaren achter elkaar valt, dan tellen de kosten van het DBC-zorgproduct mee voor het eigen risico van het jaar waarin het DBC-zorgproduct is begonnen (openingsdatum). Dus als een DBC-zorgproduct wordt geopend in 2019 en gesloten in 2020, dan tellen de kosten van het DBC-zorgproduct mee voor het eigen risico van het jaar 2019. Als na het sluiten van een DBC-zorgproduct een nieuw (vervolg)DBC-zorgproduct wordt geopend, dan moet u voor dat nieuwe DBC-zorgproduct opnieuw eigen risico betalen.

Geen eigen risico

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). Zorg tijdens en na de bevalling valt onder verloskundige zorg, ongeacht de uitkomst van de zwangerschap (bijvoorbeeld een miskraam). Deze kosten vallen niet onder het eigen risico. Ook kosten die verband houden met het behandelen van aandoeningen die zich tot 6 weken na de bevalling voordoen en verband houden met de zwangerschap, vallen niet onder het verplichte eigen risico,
- 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,
- medicatiebeoordeling chronisch Uitsluitend Recept-geneesmiddelengebruik, als u naar een apotheker of huisarts gaat,
- verpleging en verzorging (wijkverpleging),
- vervoer van de donor bij transplantatie dat wordt genoemd in het artikel ‘Transplantatie’, bij het 8e en 9e punt van de opsomming onder ‘Welke zorg’,
- nacontroles van de donor bij transplantatie, nadat de periode genoemd in het artikel ‘Transplantatie’, bij het 7e punt van de opsomming onder ‘Welke zorg’, is verstreken,
- de gedragsmatige begeleiding van een gezondheidsprogramma Stoppen met Roken als u dit volgt bij een door Menzis gecontracteerde zorgaanbieder.

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 € 385. 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 € 385.
3. U wordt op 20 december 2019 opgenomen in het ziekenhuis, en op 10 januari 2020 weer ontslagen. Het eigen risico wordt nu eenmaal toegepast in het jaar 2019.

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 met Menzis geen contract heeft, 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.

Overig

Forensische zorg als bedoeld in artikel 2 van het Interimbesluit forensische zorg en geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, 1e 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.

Buitenland

Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-verordening 883/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing.

Welke zorg

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door Menzis gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde 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 zorg van een door Menzis gecontracteerde zorgaanbieder, of
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

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 door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder 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. U kunt voor meer informatie bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. 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 menzis.nl/buitenland.

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:

- 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. Menzis heeft audiologische centra gecontracteerd. U kunt uit deze centra kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u via de zoekterm ‘audiologische hulp’ een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. In het artikel ‘Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder’ aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op 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 menzis.nl.

Diëtetiek

Diëtetiek is voorlichting over voeding en eetgewoonten met een geneeskundig 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 maximaal 3 behandeluren diëtetiek met een geneeskundig 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 'Kwaliteitsgeregistreerd' heeft. U kunt dit register vinden op kwaliteitsregisterparamedici.nl. Menzis heeft diëtisten gecontracteerd. U kunt uit deze diëtisten kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van diëtisten die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

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 diëtetiek buiten de praktijk van de diëtist wilt, behandeling aan huis uitgezonderd.

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 polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. U heeft alleen recht op 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. Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.
In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

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

Maximale periode
Per recept heeft u recht op 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 gebruikmaken 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 menzis.nl.

ⓘ 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.

Eerstelijnsverblijf
In bepaalde situaties kan het voorkomen dat u te maken krijgt met zorgvragen waarbij uw huisarts het medisch niet meer verantwoord vindt om thuis te verblijven, maar waarvoor u niet hoeft te worden opgenomen in een ziekenhuis. Uw huisarts kan dan na overleg met u bepalen dat u wordt opgenomen in een zogenoemd eerstelijnsverblijf.

Welke zorg
U heeft recht op verblijf, gedurende het etmaal, dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.
Ook heeft u recht op de bijbehorende noodzakelijke verpleging, verzorging en paramedische zorg. 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.

Welke zorgaanbieder
U kunt voor eerstelijnsverblijf naar een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daarbij hoort een toelating als instelling voor behandeling en verblijf

(verpleeghuis) heeft of een toelating voor verpleging en verzorging heeft.
Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u via de zoekterm 'Eerstelijns verblijf' een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Indicatie en toestemming

U heeft alleen recht op eerstelijnsverblijf als u vóóraf een schriftelijke indicatie heeft van een huisarts, een medisch specialist – al dan niet gedelegeerd naar de transferverpleegkundige – , specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een maatschappelijk werker.

Erfelijkheidsonderzoek

Erfelijkheidsonderzoek is een vorm van medisch specialistische zorg (zie ook dat artikel). Bij erfelijkheidsonderzoek wordt uitgezocht of een bepaalde aandoening of aangeboren afwijking erfelijk is.

Welke zorg

U heeft recht op:

- 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,
- erfelijkheidsadvisering 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 erfelijkheidsadvisering.
Menzis heeft centra voor erfelijkheidsonderzoek gecontracteerd. U kunt uit deze centra kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u via de zoekterm 'erfelijkheidsonderzoek' een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op 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 maximaal 10 behandeluren ergotherapie als die het doel heeft uw zelfzorg en uw zelfredzaamheid te bevorderen en te herstellen.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een ergotherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening 'Kwaliteitsgeregistreerd' heeft. U kunt dit register vinden op kwaliteitsregisterparamedici.nl.
Menzis heeft ergotherapeuten gecontracteerd. U kunt uit deze ergotherapeuten kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

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 fysiotherapie. Waar u precies recht op heeft, hangt ervan af of u ouder of jonger bent dan 18 jaar. 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) en extracorporale shockwave therapie is geen fysiotherapie. U heeft geen recht op die behandelingen. Meer informatie vindt u op menzis.nl.

18 jaar of ouder
U heeft recht op fysiotherapie vanaf de 21e 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 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 menzis.nl. U kunt ook bellen met de Klantenservice op 088 222 40 40.

ⓘ Let op
U heeft vanuit uw Basisverzekering geen recht op de 1e 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 fysiotherapie in dezelfde gevallen als mensen van 18 jaar of ouder, maar dan vanaf de 1e behandeling. Als u een aandoening heeft die niet op de lijst die de minister van VWS heeft vastgesteld staat, heeft u recht op ten hoogste 9 behandelingen per aandoening per kalenderjaar. Als de 1e 9 behandelingen niet toereikend zijn, heeft u recht op nog eens ten hoogste 9 behandelingen per kalenderjaar.

Welke zorgaanbieder
Voor de meeste klachten kunt u terecht bij een algemeen fysiotherapeut. Voor sommige specifieke klachten kunt u het beste naar een therapeut die gespecialiseerd is in de behandeling van deze klachten. Denkt u hierbij bijvoorbeeld aan:
- de manueel therapeut: gespecialiseerd in klachten waarin de wervelkolom en ledematen centraal staan,
- de kinderfysiotherapeut: gespecialiseerd in klachten waarin de motorische ontwikkeling en motorisch leren van het kind centraal staan,
- de geriatriefysiotherapeut: gespecialiseerd in klachten bij kwetsbare ouderen en cliënten/patiënten met een hoge (biologische) leeftijd die te maken hebben met complexe gezondheidsproblematiek,
- de bekkenfysiotherapeut: gespecialiseerd in klachten waarin de bekkenregio en heupen centraal staan,
- de oedeemtherapeut: gespecialiseerd in klachten waarin (lymf)oedeem centraal staat.

Wij raden u aan om aan uw fysiotherapeut te vragen of hij gespecialiseerd is in de behandeling van uw klachten.

ⓘ Let op
U kunt voor behandeling van de ziekte van Parkinson alleen naar een fysiotherapeut die is aangesloten bij ParkinsoNet en die staat ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of in het register Keurmerk Fysiotherapie.

ⓘ Let op
U kunt alleen naar een algemeen fysiotherapeut, een kinderfysiotherapeut, een manueel therapeut, een oedeemfysiotherapeut, een geriatriefysiotherapeut of een bekkenfysiotherapeut die staat ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of in het register Keurmerk Fysiotherapie. Voor oedeemtherapie en littekentherapie kunt u ook naar een huidtherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening 'Kwaliteitsgeregistreerd' heeft.

Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt voor vragen over gespecialiseerde fysiotherapie bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

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 1e 9 behandelingen naar een niet-gecontracteerde therapeut gaat of naar een gecontracteerde therapeut gaat die niet direct toegankelijk is,
- voor een behandeling buiten de praktijk van de therapeut, behandeling aan huis uitgezonderd.

ⓘ Let op

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

Oefentherapie is een behandeling gericht op de verbetering van de houding en manier van bewegen van mensen met lichamelijke klachten. 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 oefentherapie. Waar u precies recht op heeft, hangt ervan af of u ouder of jonger bent dan 18 jaar. Het werken aan verbetering of behoud van de conditie in de vorm van medische fitness (of een vergelijkbare activiteit, zoals Slender You en groepszwemmen) is geen oefentherapie. U heeft geen recht op die behandelingen. Meer informatie vindt u op menzis.nl.

18 jaar of ouder

U heeft recht op oefentherapie vanaf de 21e 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 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 menzis.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

ⓘ Let op

U heeft geen recht op de 1e 20 behandelingen. In de aanvullende verzekeringen van Menzis is een aantal behandelingen verzekerd. Kijk daarvoor in uw aanvullende verzekering.

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

Welke zorgaanbieder
U kunt naar een oefentherapeut of een kinderoefentherapeut, die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening 'Kwaliteitsgeregistreerd' heeft.

Menzis heeft oefentherapeuten gecontracteerd. U kunt uit deze oefentherapeuten kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt voor vragen over gespecialiseerde fysiotherapie bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

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 1e 9 behandelingen naar een niet-gecontracteerde therapeut gaat of naar een gecontracteerde therapeut gaat die niet direct toegankelijk is,
- voor een behandeling buiten de praktijk van de therapeut, behandeling aan huis uitgezonderd.

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

Welke zorg
U heeft recht op maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie voor de gehele verzekeringsduur, als u 18 jaar of ouder bent. 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) en extracorporale shockwave therapie is geen bekkenfysiotherapie. U heeft geen recht op die behandelingen. Meer informatie vindt u op menzis.nl.

Welke zorgaanbieder
U kunt naar een bekkenfysiotherapeut die staat ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of in het register Keurmerk Fysiotherapie.

Menzis heeft therapeuten gecontracteerd. U kunt uit deze therapeuten kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. In het artikel 'Naar een

niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

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

> **ⓘ Let op**
>
> Niet alle behandelingen worden vergoed. Er vindt geen vergoeding plaats van behandelingen die niet als fysiotherapie beschouwd worden. Voorbeelden hiervan zijn: 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) en extracorporale shockwave therapie is geen fysiotherapie. U heeft geen recht op die behandelingen. Meer informatie vindt u op menzis.nl. Deze opsomming is niet het volledige overzicht.

Claudicatio intermittens (etalagebenen)

Etalagebenen is de volksterm voor symptomatisch perifeer arterieel vaatlijden, ofwel claudicatio intermittens. Hierbij voeren de slagaders in uw benen te weinig zuurstof aan voor de spieren die u gebruikt bij het lopen. Dit komt omdat deze slagaderen vernauwd zijn. Een vernauwing ontstaat door slagaderverkalking. (De term etalagebenen is bedacht omdat patiënten zich een houding willen geven als zij noodgedwongen moeten rusten. Zij kijken dan bijvoorbeeld in de etalage van een winkel.)

Welke zorg

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u gedurende maximaal 12 maanden recht op maximaal 37 behandelingen oefentherapie onder begeleiding van een fysio- of oefentherapeut als u etalagebenen heeft. Onder etalagebenen wordt verstaan: perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een fysiotherapeut of oefentherapeut die is aangesloten bij ClaudicatioNet. Menzis heeft therapeuten gecontracteerd. U kunt uit deze therapeuten kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

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

Artrose van heup- of kniegewricht

Artrose is slijtage van het gewricht. Het kraakbeen wordt dunner en raakt beschadigd.

Welke zorg

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u gedurende maximaal 12 maanden recht op maximaal 12 behandelingen oefentherapie onder begeleiding van een fysio- of oefentherapeut als u artrose van heup- of kniegewricht heeft.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een fysiotherapeut of oefentherapeut. Menzis heeft therapeuten gecontracteerd. U kunt uit deze therapeuten kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)

COPD is een longziekte waarbij uw longen zijn beschadigd. Ademen is moeilijker en u heeft minder energie. De afkorting COPD staat voor Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Chronische Obstructieve Longziekte). Als de ziekte meer actief wordt, na een tijdlang weinig of geen activiteit te hebben vertoond, wordt gesproken van exacerbatie.

Welke zorg

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u recht op oefentherapie onder begeleiding van een fysio- of oefentherapeut indien er sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie. Dit dient door een arts te zijn vastgesteld. U heeft recht op ten hoogste:

a. indien sprake is van klasse A van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties: 5 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden,
b. indien sprake is van klasse B van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties:
   1. 27 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden na aanvang van de behandeling, en
   2. 3 behandelingen per 12 maanden in de daarop volgende jaren;
c. indien sprake is van klasse C of D van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties:
   1. 70 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden na aanvang van de behandeling, en
   2. 52 behandelingen per 12 maanden in de daarop volgende jaren.

	Klasse A	Klasse B	Klasse C	Klasse D
Maximum aantal behandelingen in de 1e 12 maanden (het 1e behandeljaar)	5	27	70	70
Maximum aantal behandelingen per 12 maanden voor de onderhoudsfase (de jaren na het 1e behandeljaar)	0	3	52	52

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een fysiotherapeut of oefentherapeut. Menzis heeft therapeuten gecontracteerd. U kunt uit deze therapeuten kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

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 (SGGZ). Gespecialiseerde GGZ is weer onderverdeeld in

ambulante gespecialiseerde GGZ (zonder opname) en klinische gespecialiseerde GGZ (met opname). Geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, 1e 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 generalistische basis GGZ indien er sprake is van een erkende psychische DSM-stoornis. DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 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 de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.
- U heeft geen recht op behandeling van aanpassingsstoornissen en hulp bij psychische klachten die verband houden met werk- en relatieproblemen.
- Als u een nota bij Menzis indient, dient deze alle informatie te bevatten die volgens wet- en regelgeving vereist is. U kunt deze vinden op menzis.nl. Menzis kan aanvullende informatie bij u opvragen om de rechtmatigheid van de declaratie te kunnen vaststellen.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een vrijgevestigd:

- gezondheidszorgpsycholoog,
- psychotherapeut,
- klinisch psycholoog,
- klinisch neuropsycholoog.

U kunt naar een GGZ-instelling waar een van de volgende behandelaren regiebehandelaar is:

- gezondheidszorgpsycholoog,
- klinisch psycholoog,
- klinisch neuropsycholoog,
- psychotherapeut,
- verpleegkundig specialist GGZ,
- indien dementie de hoofddiagnose is: de specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater,
- indien de hoofddiagnose verslaving en/of gokproblematiek betreft: de verslavingsarts.

Andere bij uw behandeling betrokken behandelaren in die instelling moeten dan formeel onder verantwoordelijkheid en toezicht van die regiebehandelaar hun taken uitvoeren. De regiebehandelaar is de zorgverlener die eindverantwoordelijk is voor de totale behandeling. Daarnaast is hij voor alle betrokkenen, inclusief uzelf als patiënt en uw naasten, het centrale aanspreekpunt.

Kwaliteitsstatuut
Elke zorgaanbieder moet een kwaliteitsstatuut hebben dat is geregistreerd bij Zorginstituut Nederland. In dit kwaliteitsstatuut staat wat de zorgaanbieder voor u heeft geregeld over kwaliteit en verantwoording. Als de zorgaanbieder waar u naartoe gaat geen kwaliteitsstatuut heeft, komt de verleende zorg niet voor vergoeding in aanmerking.

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Alle door Menzis gecontracteerde zorgaanbieders hebben een kwaliteitsstatuut. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, controleer dan vóór de behandeling of deze zorgaanbieder een kwaliteitsstatuut heeft. U kunt hiervoor contact opnemen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. U kunt ook contact opnemen met de betreffende zorgaanbieder, naar de website van de zorgaanbieder gaan of naar zorginzicht.nl. Als de zorgaanbieder waar u naartoe gaat geen kwaliteitsstatuut heeft, komt de verleende zorg niet voor vergoeding in aanmerking.

Verwijzing
U heeft alleen recht op generalistische basis GGZ als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, arts maatschappij en gezondheid of uw regiebehandelaar naar de generalistische basis GGZ. De datum op de verwijsbrief moet dus eerder zijn dan de datum van uw 1e bezoek aan de zorgaanbieder generalistische basis GGZ. In de verwijsbrief moet in ieder geval staan welke DSM-stoornis uw verwijzer denkt dat u heeft en de reden voor de verwijzing.

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 zorgaanbieder voor uw behandeling, maar dat u gewoon thuis leeft en slaapt. De meeste psychische stoornissen kunnen ambulant behandeld worden.

Welke zorg
U heeft recht op diagnostiek en behandeling bij complexe en/of meervoudige psychische stoornissen waarbij 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 de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.
- U heeft geen recht op behandeling van aanpassingsstoornissen en hulp bij psychische klachten die verband houden met werk- en relatieproblemen.
- Als u een nota bij Menzis indient, dient deze alle informatie te bevatten die volgens wet- en regelgeving vereist is. U kunt deze vinden op menzis.nl. Menzis kan aanvullende informatie bij u opvragen om de rechtmatigheid van de declaratie te kunnen vaststellen.

- Verslavingszorg is vaak duur en is – zeker als de verslavingszorg in het buitenland plaatsvindt – in lang niet alle gevallen verzekerd. Laat u daarom vooraf goed informeren als u zich voor verslaving wilt laten behandelen. U kunt hiervoor contact opnemen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.

Welke zorgaanbieder

Voor gespecialiseerde GGZ zonder opname kunt u naar een vrijgevestigd:
- psychotherapeut,
- klinisch psycholoog,
- klinisch neuropsycholoog,
- psychiater.

U kunt naar een GGZ-instelling of de polikliniek van een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis waar een van de volgende behandelaren regiebehandelaar is:
- psychiater,
- klinisch psycholoog,
- klinisch neuropsycholoog,
- psychotherapeut,
- gezondheidszorgpsycholoog,
- verpleegkundig specialist GGZ,
- specialist ouderengeneeskunde,
- klinisch geriater,
- verslavingsarts.

Andere bij uw behandeling betrokken behandelaren in die instelling moeten dan formeel onder verantwoordelijkheid en toezicht van die regiebehandelaar hun taken uitvoeren. Er is altijd een psychiater of klinisch psycholoog onderdeel van het multidisciplinaire team dat u behandelt. De regiebehandelaar is de zorgverlener die eindverantwoordelijk is voor de totale behandeling. Daarnaast is hij voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt/cliënt en diens naasten, het centrale aanspreekpunt.

Kwaliteitsstatuut

Elke zorgaanbieder moet een kwaliteitsstatuut hebben dat is geregistreerd bij Zorginstituut Nederland. In dit kwaliteitsstatuut staat wat de zorgaanbieder voor u heeft geregeld over kwaliteit en verantwoording. Als de zorgaanbieder waar u naartoe gaat geen kwaliteitsstatuut heeft, komt de verleende zorg niet voor vergoeding in aanmerking.

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Alle door Menzis gecontracteerde zorgaanbieders hebben een kwaliteitsstatuut. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. In het artikel ‘Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder’ aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, controleer dan vóór de behandeling of deze zorgaanbieder een kwaliteitsstatuut heeft. U kunt hiervoor contact opnemen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. U kunt ook contact opnemen met de betreffende zorgaanbieder, naar de website van de zorgaanbieder gaan of naar zorginzicht.nl. Als de zorgaanbieder waar u naartoe gaat geen kwaliteitsstatuut heeft, komt de verleende zorg niet voor vergoeding in aanmerking.

Verwijzing
U heeft alleen recht op gespecialiseerde GGZ zonder opname als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts, medisch specialist, arts maatschappij en gezondheid of uw regiebehandelaar. Deze verwijsbrief dient gedateerd te zijn van voor het bezoek aan de SGGZ, dient specifiek naar de SGGZ te verwijzen en dient ten minste te vermelden wat de door de verwijzer vermoede psychische (DSM-)stoornis is en de reden voor de verwijzing. Als er sprake is van spoedeisende zorg waarvoor in redelijkheid geen verwijzing mogelijk was, dan heeft u zo'n schriftelijke verwijzing niet nodig.

Toestemming
Als u kiest voor een behandeling voor verslaving bij een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, worden de gemaakte kosten niet volledig vergoed. Ook heeft u voorafgaande schriftelijke toestemming van Menzis nodig. Om deze toestemming aan te vragen, kunt u contact opnemen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.

ⓘ 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 1e 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 menzis.nl/vergoedingen.

Gespecialiseerde GGZ met opname
Sommige psychische problematiek is zo ernstig, dat een ambulante behandeling niet 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:
- 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.

ⓘ Let op
- Verslavingszorg is vaak duur en is – zeker als de verslavingszorg in het buitenland plaatsvindt – in lang niet alle gevallen verzekerd. Laat u daarom vooraf goed informeren als u zich voor verslaving wilt laten behandelen. U kunt hiervoor contact opnemen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.

- 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 de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.
- U heeft geen recht op 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 van de volgende behandelaren regiebehandelaar is:

- psychiater,
- klinisch psycholoog.

Andere bij uw behandeling betrokken behandelaren in die instelling moeten dan formeel onder verantwoordelijkheid en toezicht van die regiebehandelaar hun taken uitvoeren. In overleg met de psychiater of klinisch psycholoog kan worden afgesproken dat de regiebehandelaar die u had toen u gespecialiseerde GGZ zonder opname kreeg, ook tijdens de opname uw regiebehandelaar blijft. De regiebehandelaar is de zorgverlener die eindverantwoordelijk is voor de totale behandeling. Daarnaast is hij voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt/cliënt en diens naasten, het centrale aanspreekpunt.

Kwaliteitsstatuut

Elke zorgaanbieder moet een kwaliteitsstatuut hebben dat is geregistreerd bij Zorginstituut Nederland. In dit kwaliteitsstatuut staat wat de zorgaanbieder voor u heeft geregeld over kwaliteit en verantwoording. Als de zorgaanbieder waar u naartoe gaat geen kwaliteitsstatuut heeft, komt de verleende zorg niet voor vergoeding in aanmerking.
Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Alle door Menzis gecontracteerde zorgaanbieders hebben een kwaliteitsstatuut. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.
Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, controleer dan vóór de behandeling of deze zorgaanbieder een kwaliteitsstatuut heeft. U kunt hiervoor contact opnemen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. U kunt ook contact opnemen met de betreffende zorgaanbieder, naar de website van de zorgaanbieder gaan of naar zorginzicht.nl. Als de zorgaanbieder waar u naartoe gaat geen kwaliteitsstatuut heeft, komt de verleende zorg niet voor vergoeding in aanmerking.

Verwijzing

U heeft alleen recht op gespecialiseerde GGZ met opname als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts, medisch specialist, arts maatschappij en gezondheid of uw regiebehandelaar. 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 verwijzer vermoede psychische (DSM-)stoornis is en de reden voor de verwijzing. 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, worden de gemaakte kosten niet volledig vergoed. Ook heeft u voorafgaande schriftelijke toestemming van Menzis nodig. Om deze toestemming aan te vragen, kunt u contact opnemen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.

- Wilt u voortgezet verblijf na een periode van 365 dagen of nadat de periode waarvoor reeds 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 huidige regiebehandelaar. Op menzis.nl vindt u het aanvraagformulier.

ⓘ 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 1e 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 menzis.nl/vergoedingen. De nota dient alle informatie te bevatten die volgens wet- en regelgeving vereist is (met uitzondering dus van de diagnosecode). Zie menzis.nl voor deze vereisten.

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

Advies en begeleiding

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

ⓘ Let op
Er gelden beperkingen ten aanzien van: preferentiebeleid, indicatie, plaats van toediening en maximale periode.

Preferentiebeleid

Ieder geneesmiddel heeft een werkzame stof. U heeft recht op alle werkzame stoffen die voorkomen in de geneesmiddelen in 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 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 menzis.nl/preferentiebeleid. In uitzonderingsgevallen kan het voorkomen dat behandeling met een preferent geneesmiddel medisch niet verantwoord is. Dan heeft u recht op een ander geneesmiddel uit Bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. U kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen op overheid.nl.

ⓘ Let op
U heeft alleen recht op een spécialité (merkgeneesmiddel) als vaststaat dat u niet met een generiek (merkloos) geneesmiddel anders dan het preferente geneesmiddel behandeld kunt worden. U hoeft niet meer dan 2 generieke geneesmiddelen te proberen.

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 1e 15 dagen ook zonder toestemming van Menzis recht op het geneesmiddel. U moet dan wel binnen die 15 dagen een aanvraag voor toestemming bij Menzis indienen. Als u de aanvraag niet tijdig indient, of als gebruik van het preferente middel volgens Menzis wel medisch verantwoord is, heeft u na de 15e dag geen recht meer op 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 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 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 ter hand gesteld, 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 ter hand gesteld. Toediening of terhandstelling buiten het ziekenhuis is niet verzekerd. In het Verzekeringsreglement staat ook wat onder een ziekenhuis wordt verstaan.

Minimale- en maximale afleverperiode voor geneesmiddelen

Het recept van de arts en de voorgeschreven hoeveelheid geneesmiddel is leidend voor de hoeveelheid geneesmiddelen die afgeleverd wordt door uw apotheek, tenzij deze boven de onderstaande hoeveelheden uitkomen.
Een andere reden kan zijn dat de houdbaarheid van een geneesmiddel ervoor zorgt dat u slechts een deel meekrijgt. De apotheker zal dit altijd met u overleggen.

- Een nieuw voorgeschreven geneesmiddel krijgt u voor 15 dagen mee. Of u krijgt de kleinste geneesmiddelenverpakking. Als het gaat om een geneesmiddel waarvoor het preferentiebeleid geldt, krijgt u de kleinste verpakking van dat preferente geneesmiddel mee.
- Voor de anticonceptiepil geldt een aflevertermijn van 3 maanden voor een nieuw voorgeschreven geneesmiddel. Daarna geldt een termijn van 6 of 12 maanden naar keuze van de verzekerde in overleg met de apotheker of apothekersassistente.
- Bij geneesmiddelen die duurder zijn dan € 1.000 per maand wordt na de 1e uitgifte maximaal voor een periode van 1 maand afgeleverd. Bij hiv-medicatie geldt dat na een instelperiode van 3 maanden voor een periode van maximaal 3 maanden mag worden afgeleverd.
- Tenminste 3 maanden en ten hoogste 6 maanden voor alle geneesmiddelen, die u langdurig moet gebruiken (voor chronisch gebruik). Tenminste 3 maanden en ten hoogste 12 maanden voor merkloze geneesmiddelen en geneesmiddelen die in het Menzis preferentiebeleid zijn opgenomen (voor chronisch gebruik).
- 1 maand voor slaapmiddelen en kalmeringsmiddelen.
- Bij geneesmiddelengebruik tijdens intensieve zorg thuis (farmaceutische zorg tijdens de palliatieve en terminale fase), geldt in principe een periode van 15 dagen. Er kan ook in overleg tussen verzekerde, (huis)arts, wijkverpleegkundige en apotheker een maatwerkafspraak worden gemaakt.
- Minimaal 1 maand voor alle andere gevallen.

Eigen bijdrage

Het kan zijn dat u een eigen bijdrage moet betalen. In bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering staan alle geneesmiddelen waar u recht op heeft. Deze bijlage heeft een onderdeel A en een onderdeel B.
In onderdeel A staan alle geneesmiddelen waarvoor een vergoedingslimiet is vastgesteld. Als u een geneesmiddel gebruikt dat meer kost dan de vergoedingslimiet, moet u het gedeelte dat hoger is dan de limiet zelf betalen. Dit geldt ook als het geneesmiddel dat u gebruikt is bereid uit een geneesmiddel dat meer kost dan de vergoedingslimiet. U hoeft niet meer dan € 250 aan eigen bijdragen voor geneesmiddelen per kalenderjaar te betalen. Als het geneesmiddel dat u gebruikt in onderdeel B staat, is er geen vergoedingslimiet.

ⓘ Let op
De eigen bijdrage is niet hetzelfde als het eigen risico. U betaalt beide.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op geneesmiddelen:

- in gevallen die zijn aangegeven in de Regeling zorgverzekering,
- in geval van ziekterisico bij reizen,
- voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, 3e lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet,

- die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel,
- als bedoeld in artikel 40, 3e lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor geneesmiddelen naar een apotheek of een apotheekhoudend huisarts. Menzis heeft apotheken en apotheekhoudende huisartsen gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Recept

U heeft een recept nodig van een huisarts, tandarts, medisch specialist, verloskundige of GGD-arts. Of van een specialist ouderengeneeskunde als u gebruikmaakt van Eerstelijnsverblijf (ELV).

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 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 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 1e 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 bij een huisartsenpost.

Welke zorg

U heeft recht op:

- huisartsenzorg, behalve de griepprik,
- 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 1e 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 Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Met welke huisartsen Menzis afspraken heeft gemaakt, vindt u op 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 menzis.nl,

- gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) die door het RIVM als bewezen effectief is beoordeeld en is opgenomen in het overzicht dat u kunt vinden op Loketgezondleven.nl, als u een matig of sterk verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico heeft (conform de zorgstandaard obesitas: BMI van 25 of hoger met verhoogd risico op een chronische aandoening of BMI hoger dan 30). Dit dient vastgesteld te zijn door een huisarts of medisch specialist. U kunt de zorgstandaard obesitas vinden op www.zorginzicht.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 verenigingh uisartsenposten.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 het plaatsen van een spiraaltje (anticonceptie) kunt u zich ook wenden tot een verloskundige.

Voor de GLI kunt u zich wenden tot:
- een leefstijlcoach die staat ingeschreven in het register van de BLCN (BLCN staat voor beroepsvereniging leefstijlcoaches Nederland),
- een paramedicus (diëtist, fysiotherapeut of oefentherapeut) met de aantekening leefstijlcoach in het betreffende register (kwaliteitsregister CKR of kwaliteitsregister paramedici),
- een samenwerkingsverband (van bijvoorbeeld diëtist en fysiotherapeut) geschoold in de uitvoering van een door het RIVM als bewezen effectieve GLI.

Bij vragen over de GLI kunt u bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.

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

Verwijzing voetzorg bij diabetes mellitus

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

ⓘ Let op

Gaat u voor preventieve voetzorg bij diabetes mellitus 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.

Verwijzing gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)

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

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt 1 van deze zorgaanbieders kiezen. Via de zoekterm Huisartsenzorg of Eerstelijns Diagnostiek vindt u op menzis.nl/zorgvinder een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst voor de desbetreffende zorg hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

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 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 haar 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 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

U kunt voor een hulpmiddel naar een leverancier van hulpmiddelen gaan. Menzis heeft voor de verschillende hulpmiddelen leveranciers gecontracteerd. U kunt uit deze leveranciers kiezen.

Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Als u kiest voor een leverancier die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag. Wat u vergoed krijgt, vindt u in het Verzekeringsreglement.
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 1e 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. Vermeld u op de aanvraag voor toestemming dat u gebruik wilt maken van een leverancier die met Menzis geen overeenkomst heeft.
- Als u een 2e 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 verpleegkundig specialist 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 znformulieren.nl. Meer informatie kunt u ook vinden 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 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 de 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)

IVF en ICSI zijn vruchtbaarheidsbehandelingen. In vitro fertilisatie (IVF) betekent 'in glas bevruchting' en wordt ook wel reageerbuisbevruchting genoemd. ICSI staat voor intracytoplasmatische sperma-injectie. De bevruchting van de vrouwelijke eicel door een mannelijke zaadcel vindt bij deze behandelingen kunstmatig plaats. IVF-behandeling heeft in het kader van *stepped care* een eigen plaats. Bij de keuze van de behandeling wordt rekening gehouden met de effectiviteit, de intensiteit van deze behandeling voor paren, de risico's en de kosten.

Welke zorg

Waar u precies recht op heeft, hangt af van uw leeftijd. Laat u hierover goed informeren door uw zorgaanbieder of informeer bij de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.

Jonger dan 38 jaar:
U heeft recht op de 1e, 2e en 3e poging IVF per te realiseren zwangerschap. Voor de 1e en 2e poging IVF per te realiseren zwangerschap geldt dat u daarop alleen recht heeft als er maximaal 1 embryo wordt teruggeplaatst. Bij de 3e poging mogen maximaal 2 embryo's per keer worden teruggeplaatst.

38 jaar tot en met 42 jaar:
U heeft recht op de 1e, 2e en 3e poging IVF per te realiseren zwangerschap. Bij elke poging mogen maximaal 2 embryo's per keer worden teruggeplaatst.

ⓘ Let op

- U heeft geen recht op IVF als u 43 jaar of ouder bent. U heeft wel recht op 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. Ook de niet-medische kosten van spermadonatie zijn geen verzekerde zorg. Dit zijn onder andere de aanschafkosten en de kosten van vervoer van het sperma.
- IVF- en ICSI-behandelingen die door een andere zorgverzekeraar zijn vergoed, tellen mee voor het totaal aantal behandelingen.
- Assisted Hatching is geen behandeling conform de stand van de wetenschap en praktijk en wordt dus niet vergoed.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor IVF naar een IVF-centrum met de daarvoor wettelijk vereiste vergunningen. Menzis heeft IVF-centra gecontracteerd. U kunt uit deze centra kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u via de

zoekterm 'IVF' een overzicht van centra die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing en toestemming

U heeft alleen recht op IVF als u vooraf een schriftelijke verwijzing van uw medisch specialist heeft. Als u naar een zorgaanbieder wilt die geen overeenkomst heeft met Menzis, belt u dan vooraf met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.

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. ten slotte worden 1 of meerdere keren 1 of 2 embryo's in de baarmoederholte geïmplanteerd.

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 1e 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 3e 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 3e 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 (3e) poging.
3. Bij uw 3e poging wordt een follikelpunctie uitgevoerd. Na 15 weken gaat het mis. U heeft nu weer opnieuw recht op 3 pogingen.
4. U heeft 3 pogingen vergoed gekregen, zonder resultaat. Na enige tijd bent u toch zwanger, zonder medisch ingrijpen. Deze zwangerschap duurt 12 weken. U heeft nu weer opnieuw recht op 3 pogingen.

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 deze zorg.

Welke zorgaanbieder
U kunt voor deze zorg naar een gynaecoloog of uroloog. Menzis heeft deze zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

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

ⓘ Let op
Er is een aantal klinieken dat voor IVF/ICSI-behandelingen samenwerkt 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. Laat u hierover goed informeren door uw zorgaanbieder of informeer bij de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.

Kraamzorg
De kraamverzorgende assisteert de verloskundige of arts tijdens de bevalling, en regelt zaken als het wasgoed in de 1e 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 1e dagen na de bevalling.

Welke zorg
U heeft recht op 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 menzis.nl.

E-Health
U kunt gebruikmaken van Babybalance. Dit is e-health in de vorm van video's over de verzorging van uw pasgeboren baby. Babybalance kan alleen worden afgenomen in combinatie met kraamzorg bij u thuis. Het gebruik van Babybalance wordt gezien als onderdeel van de kraamzorguren binnen het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. Babybalance kost 4 uren kraamzorg, er is geen eigen bijdrage van toepassing.

Eigen bijdrage
Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 4,40 per uur voor kraamzorg bij u thuis. Bevalt u in een ziekenhuis of geboortecentrum zonder medische indicatie daarvoor? Dan betaalt u daarvoor een wettelijke eigen bijdrage van € 35 per opnamedag (€ 17,50 voor de moeder en € 17,50 voor het kind).

Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 250 per dag (€ 125 voor de moeder en € 125 voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 35 ook het bedrag dat boven de € 250 per dag uitkomt.

Welke zorgaanbieder

Kraamzorg wordt verleend door een gediplomeerde kraamverzorgende die verbonden is aan een kraamzorginstelling. Menzis heeft aanbieders van kraamzorg gecontracteerd. U kunt uit deze aanbieders kiezen. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Aanmelding

Voor advies over kraamzorg kunt u bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. Het kraampakket kunt u dan meteen aanvragen. Dat kan ook via menzis.nl/kraamzorg.

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 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 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

Voor de meeste klachten kunt u terecht bij een algemeen logopedist. Sommige logopedisten hebben voor specifieke klachten een aantekening. Denkt u hierbij bijvoorbeeld aan:

- stottertherapie: behandeling voor stotteren waarvan de ernst zodanig is dat het vloeiend verloop van de spraak duidelijk wordt belemmerd,
- afasietherapie: behandeling voor taal- en spraakgebrek ten gevolge van hersenletsel,
- preverbale logopedie: de behandeling van eet- en drinkproblemen en/of slikstoornissen bij jonge kinderen,
- Hänen Ouderprogramma: stap voor stap ondersteunen van de ouders op een praktische wijze bij het verbeteren van de communicatie met en het stimuleren van de spraaktaalontwikkeling van hun kind bij taalproblemen. Het Hänen Ouderprogramma is niet voor alle taalproblemen de aangewezen hulpvorm. Daarom is uitgebreid logopedisch onderzoek en een gesprek vooraf altijd nodig,
- groepsbehandeling Integrale Zorg Stotteren.

Wij raden u aan om aan uw logopedist te vragen of hij gespecialiseerd is in de behandeling van uw klachten.

U kunt voor deze zorg naar een logopedist die in het Kwaliteitsregister Paramedici staat. U kunt dit register vinden op kwaliteitsregisterparamedici.nl. De logopedisten die een specifieke aantekening hebben, kunt u vinden in het desbetreffende deelregister van de NVLF. Deze kunt u vinden op nvlf.nl. Menzis heeft logopedisten gecontracteerd. U kunt uit deze logopedisten kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

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, behandeling aan huis uitgezonderd.

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:

- 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 verslapte bovenoogleden, behalve als:
  a. de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking, of
  b. de verlamming of verslapping het gevolg is van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, of

c. de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft,
- 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 of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit,
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak,
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek,
- sterilisatie,
- het ongedaan maken van een sterilisatie,
- besnijdenis (behalve als dit medisch noodzakelijk is),
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm,
- 4e en volgende IVF-behandeling per te realiseren zwangerschap.

ⓘ 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 of reconstructieve chirurgie,
- medisch specialistische revalidatie,
- transplantatie,
- trombosedienst.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist.

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

ⓘ 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.

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

Verwijzing
U heeft alleen recht op medisch specialistische zorg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, verloskundige, een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts), arts in de jeugdgezondheidszorg of een arts verstandelijk gehandicapten.
- Als het om oogzorg gaat, mag ook de optometrist of orthoptist verwijzen naar de oogarts.
- Als het om hoorzorg gaat, mag ook de triage-audicien verwijzen naar de KNO-arts.
- 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). Om welke behandelingen gaat het?
- **Oogheelkunde** refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties die het minder afhankelijk maken van bril of contactlenzen als doel hebben), verworven ptosis of bovenooglidcorrectie.
- **KNO-Heelkunde** oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus.
- **Heelkunde** gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten), buikwandcorrecties.
- **Dermatologie** Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen, vasculaire dermatosen (wijnvlekken).
- **Chirurgie** Gynaecomastie, hypertrofie mamma.
- **Plastische chirurgie** diverse behandelingen.
- **Gynaecologie** vulvaire en vaginale afwijkingen.
- **Borstprothese.**

ⓘ Let op
Deze lijst kan gedurende het jaar wijzigen. Kijkt u voor de meest recente versie van de lijst op zn.nl

2. Overig
Op deze behandelingen heeft u alleen recht als u voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft gekregen van Menzis:
- klinische longrevalidatie,
- zorg geleverd door Stichting Merem Behandelcentra (Nederlands Astmacentrum Davos) of Stichting MC Astmacentrum (SMCA) in Zwitserland.

Advies

Wij 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. Zoekt u een medisch specialist met een bijzondere expertise of voor hoog-complexe zorg? Informeer dan bij de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.

Niet-klinische dialyse (dialyse zonder opname)

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

Welke zorg

U heeft recht op 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, ZBC of ziekenhuis. Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze centra kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u met de zoekterm ‘dialyse’ een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. In het artikel ‘Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder’ aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op 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 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 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 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 verslapte bovenoogleden, als:
  a. de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking, of
  b. de verlamming of verslapping het gevolg is van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, of
  c. de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft,
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen,
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

ⓘ Let op

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

- correctie van verlamde of verslapte bovenoogleden, behalve als:
  a. de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking, of

b. de verlamming of verslapping het gevolg is van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, of
c. de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft,
- 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 of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit,
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak,
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek,
- sterilisatie,
- het ongedaan maken van een sterilisatie,
- besnijdenis, behalve als deze medisch noodzakelijk is,
- 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. Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op plastische chirurgie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts).

Toestemming

Voor vergoeding van behandelingen die voorkomen op de Limitatieve Lijst Medisch Specialistische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft u voorafgaand aan de behandeling toestemming van Menzis nodig. Als wij toestemming geven, dan geldt de toestemming voor één jaar, gerekend vanaf de datum waarop wij de schriftelijke toestemming hebben afgegeven. De toestemming kan korter of langer gelden, als wij dat uitdrukkelijk bij het afgeven van de toestemming hebben vermeld.

Revalidatie (medisch specialistisch)

Medisch specialistische revalidatie

Medisch specialistische revalidatie is een vorm van medisch specialistische zorg onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts. Medisch specialistische 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, werken 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 medisch specialistische revalidatie als deze zorg voor u het meest doeltreffend is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Met medisch specialistische 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 medisch specialistische revalidatie in deeltijd- of dagbehandeling. U wordt voor revalidatie alleen opgenomen als daarmee snel betere resultaten zijn te verwachten dan met medisch specialistische revalidatie in deeltijd of dagbehandeling.

Welke zorgaanbieder

U wordt behandeld door een multidisciplinair team van deskundigen onder leiding van een revalidatiearts of medisch specialist. Dit team moet verbonden zijn aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u met de zoekterm 'revalidatie' een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op 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

Gaat u voor revalidatie naar een zorgaanbieder die met Menzis geen contract heeft? U heeft in dat geval alleen recht op revalidatie als u vooraf toestemming van Menzis heeft. Stuurt u bij uw aanvraag een motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder mee.

ⓘ 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 herstelmogelijkheden 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 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 geriatrische revalidatie als u bij de start van de geriatrische revalidatie wordt opgenomen en:

- de geriatrische revalidatie binnen een week aansluit op een opname in verband met medisch 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 daarbij hoort een toelating als instelling voor medisch specialistische zorg (zelfstandig behandelcentrum, ziekenhuis, revalidatiecentrum) of een toelating als instelling voor behandeling en verblijf (verpleeghuis).

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u via de zoekterm 'Geriatrische revalidatie' een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42 In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op 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 onder verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde.

Toestemming

Gaat u voor geriatrische revalidatie naar een zorgaanbieder die met Menzis geen contract heeft? U heeft in dat geval alleen recht op geriatrische revalidatie als u vooraf toestemming van Menzis heeft. Stuurt u bij uw aanvraag een motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder mee.

Second opinion

Een second opinion is het vragen van een beoordeling van een door een arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling aan een 2e, onafhankelijke arts die werkzaam is op hetzelfde specialisme of vakgebied als de 1e geconsulteerde arts.

Welke zorg

U heeft recht op een second opinion als:

- de second opinion betrekking heeft op de geneeskundige zorg zoals reeds besproken met de 1e 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.

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.

In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op 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 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 door Menzis gecontracteerde zorgaanbieder. Daarnaast kunt u terecht bij uw huisarts voor gedragsmatige ondersteuning. Voor de nicotinemiddelen en geneesmiddelen kunt u terecht bij een door Menzis hiervoor gecontracteerde leverancier voor nicotinemiddelen en geneesmiddelen. De medicatie moet voorgeschreven worden via het aanvraagformulier geneesmiddelen bij stoppen met roken, of met een recept van de huisarts.

Op menzis.nl/zorgvinder vindt u via de zoekterm 'stoppen met roken' een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten voor de gedragsmatige ondersteuning en voor het leveren van nicotinemiddelen en geneesmiddelen. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

ⓘ Let op

1. U heeft alleen recht op 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 die geen overeenkomst met Menzis 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 die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten voor het leveren van nicotinemiddelen en geneesmiddelen, dient u samen met de nota voor deze middelen een kopie van het aanvraagformulier geneesmiddelen of een kopie van het recept van de huisarts te sturen.

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 bijzondere tandheelkunde die noodzakelijk is als u:

- een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel 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 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 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. U heeft alleen recht op orthodontische hulp als deze wordt verleend door een orthodontist.

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 25% van de totale kosten van een

volledige prothese. Voor een kunstgebit op implantaten geldt een eigen bijdrage van 10% voor de onderkaak en 8% voor de bovenkaak. U kunt dit ook vinden in de Regeling zorgverzekering. Raadpleeg de regeling op 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. Voor het orthodontische deel van de behandeling kunt u naar een orthodontist.

Verwijzing

- U heeft alleen recht op 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 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. Stuurt u bij uw aanvraag een schriftelijke motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder mee.

Tandheelkunde

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

Welke zorg

Tot en met 17 jaar

U heeft recht op:

- 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 tandvlees),
- anesthesie (verdoving),
- endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling),
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen),
- gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtproblemen of knarsen),
- uitneembare prothetische voorzieningen (kunstgebit en frameprothese),
- tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten:
  - als het ter vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden is die niet zijn aangelegd, of
  - als het ontbreken van die tand(en) het directe gevolg is van een ongeval,
- chirurgische tandheelkundige hulp, behalve het aanbrengen van implantaten,
- röntgenonderzoek (foto), behalve röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

Tot en met 22 jaar
U heeft recht op tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten als het ter vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden is die helemaal niet zijn aangelegd, of als het ontbreken van die tand(en) het directe gevolg is van een ongeval. U heeft alleen recht op deze zorg als de noodzaak daarvan is vastgesteld voordat u de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

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

Vanaf 18 jaar
U heeft recht op:
- 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, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten.

Eigen bijdrage
Bent u 18 jaar of ouder? U betaalt een eigen bijdrage van 25% van de totale kosten van een volledige prothese. U betaalt een eigen bijdrage van 10% van de totale kosten van een volledige prothese op implantaten en bijbehorende mesostructuur voor de onderkaak en 8% van de totale kosten van een volledige prothese op implantaten en bijbehorende mesostructuur voor de bovenkaak. De eigen bijdrage voor reparatie en opvullen (rebasen) van een uitneembare volledige prothetische voorziening is 10% van de kosten van die reparatie of opvullen. U kunt dit ook vinden in de Regeling zorgverzekering. Raadpleeg de regeling op 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. Voor implantologie die verband houdt met de plaatsing van een volledige prothese in de bovenkaak, kunt u naar een daarvoor gecontracteerde zorgaanbieder of naar een tandarts-implantoloog die door de NVOI is erkend. U vindt deze op nvoi.nl/erkende-implantologen. Voor volledige protheses en implantaten heeft Menzis zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. Het artikel ‘Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder’ aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) is op de tandheelkunde niet van toepassing.

Verwijzing
U heeft alleen recht op 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,
- voor het maken van een overzichtsfoto (Orthopantomogram), als u jonger bent dan 18 jaar,
- 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 € 700 per kaak zijn,
- voor het plaatsen van een implantaatgedragen prothese en bijbehorende mesostructuren vervaardigd door een daarvoor niet-gecontracteerd zorgaanbieder,
- voor reparatie en rebasing van de implantaatgedragen prothese door een daarvoor niet-gecontracteerd zorgaanbieder,
- 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 transplantatie van weefsels en organen als de transplantatie wordt verricht:

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

U heeft ook recht op vergoeding van de kosten van:

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

Overige kosten gemoeid met de transplantatie en het wonen in het buitenland van de donor worden ook vergoed, behalve kosten van verblijf in Nederland en gederfde inkomsten.

ⓘ 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. Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op 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:

- 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. Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op 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. Als u vragen heeft over de zorg, belt u dan met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.

Welke zorg

U heeft recht op 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 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'. Eerstelijnsverblijf is hier niet beschreven, maar onder het artikel 'Eerstelijnsverblijf'.

Welke zorgaanbieder

Het verblijf vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum of een revalidatiecentrum) of een verpleeghuis. Menzis heeft instellingen gecontracteerd. U kunt uit deze instellingen kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Toestemming

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

- opname,
- klinische longrevalidatie,
- zorg geleverd door Stichting MC Astmacentrum (SMCA) in Zwitserland.

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 verloskundige zorg en prenatale screening.

De prenatale screening bestaat uit:

- counseling (voorlichting en advies),

- als u een medische indicatie heeft: een combinatietest, 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) als uit een combinatietest blijkt dat er een aanmerkelijke kans bestaat dat de foetus een chromosoomafwijking heeft zoals het syndroom van Down,
  - voor invasieve diagnostiek (vlokkentest en vruchtwateronderzoek) als uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test (NIPT) blijkt dat er een aanmerkelijke kans bestaat dat de foetus een chromosoomafwijking heeft zoals het syndroom van Down,
  - voor structureel echoscopisch onderzoek in het 2e trimester (de 20-wekenecho).

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).

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

ⓘ Let op

Het structureel echoscopisch onderzoek en de combinatietest mogen alleen worden uitgevoerd door een zorgaanbieder die een WBO-vergunning heeft of een samenwerkingsafspraak 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

Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 4,40 per uur voor kraamzorg bij u thuis. Bevalt u in een ziekenhuis of geboortecentrum zonder medische indicatie daarvoor? Dan betaalt u daarvoor een wettelijke eigen bijdrage van € 35 per opnamedag (€ 17,50 voor de moeder en € 17,50 voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 250 per dag (€ 125 voor de moeder en € 125 voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 35 ook het bedrag dat boven de € 250 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:

- 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 Wlz zal gaan verblijven,
- vervoer vanuit een Wlz-instelling naar een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling dat geheel of gedeeltelijk ten laste komt van de Wlz,
- vervoer vanuit een Wlz-instelling naar een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten, passen en repareren van een prothese, die geheel of gedeeltelijk verzekerd is in de Wlz,
- vervoer naar uw woning of, als u daar niet de nodige verzorging kunt krijgen, naar een andere woning als u komt van een van de zorgaanbieders of instellingen als hierboven bedoeld,
- als u jonger dan 18 jaar bent, vervoer naar een persoon bij wie of een instelling waarin u geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders.

U heeft recht op 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 het ministerie van VWS aangewezen vergunninghouder.

Verwijzing

U heeft alleen recht op 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 vervoer per helikopter als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de Meldkamer Ambulancezorg of een centrum voor neonatale en kinderchirurgische intensieve zorg. Voor spoedeisend vervoer heeft u geen verwijzing nodig.

Indicatie

Het vervoer moet geïndiceerd zijn door de behandelend arts.

ⓘ Let op

- Het recht op 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 ambulancevervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een Wlz-instelling.

Verpleging en verzorging (wijkverpleegkundige)

Verpleging en verzorging richt zich op uw lichamelijke gezondheidszorg, sociale redzaamheid, geestelijk welzijn en op uw eigen woon- en leefomgeving.

Welke zorg

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

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

U heeft ook recht op Verpleegkundige kinderdagopvang en verblijf in kinderzorghuizen als u jonger bent dan 18 jaar en aangewezen bent op verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap waarbij sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met 1 of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

ⓘ Let op

U heeft geen recht op verpleging en verzorging als u vanuit de Wet langdurige zorg verpleging en verzorging geïndiceerd hebt gekregen of als de persoonlijke verzorging onderdeel is van de Wet Maatschappelijke ondersteuning (WMO).

Persoonsgebonden budget

Een Persoonsgebonden budget (Pgb) is een geldbedrag waarmee u zelf verpleging en verzorging kunt inkopen. Als u recht heeft op 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 menzis.nl 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 opleidingsniveau 3 of hoger 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. U kunt ook naar een verpleegkundige of een verzorgende met opleidingsniveau 3 of hoger die in het bezit is van het KIWA-keurmerk voor zzp-ers in de zorg of het HKZ-NEN Keurmerk zzp-ers in Zorg & Welzijn.

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. In het artikel ‘Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder’ aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Indicatie en zorgplan

U heeft alleen recht op 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 inclusief een zorgplan hebben waarin de zorg die u nodig heeft beschreven staat in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen. De indicatie en het zorgplan moeten opgesteld zijn door een hbo-wijkverpleegkundige (opleidingsniveau 5) en ondertekend door u en de zorgaanbieder.

Toestemming
Als u kiest voor een behandeling bij een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, worden de gemaakte kosten niet volledig vergoed. Ook heeft u voorafgaande schriftelijke toestemming van Menzis nodig. Om deze toestemming aan te vragen, kunt u contact opnemen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.

Advies
Heeft u vragen over verpleging en verzorging? Informeer dan bij de Menzis Zorgadviseur over de mogelijkheden op 088 222 42 42.

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.

U vindt de vormen van zorg die voorwaardelijk zijn toegelaten in het Verzekeringsreglement en op menzis.nl.

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 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 en die zich hoofdzakelijk richt op de extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicaptenzorg.

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing en indicatie

U heeft alleen recht op 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 fysicus 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. Stuurt u bij uw aanvraag een schriftelijke motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder mee.

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 € 0,30 per kilometer. U heeft recht op 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 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 als u naar consulten, onderzoek en controles toe moet die als onderdeel van de behandeling nodig zijn, of
- u oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie moet ondergaan, of als u naar consulten, onderzoek en controles toe moet die als onderdeel van de behandeling nodig zijn, of
- u zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen, of
- u zich door uw beperkte gezichtsvermogen niet zonder begeleiding kan verplaatsen, of
- u voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening en de controles, onderzoeken en consulten die als onderdeel van die behandeling nodig zijn, 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, of
- u jonger bent dan 18 jaar en aangewezen op verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap waarbij sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

ⓘ 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 gebruikmaakt van eigen vervoer, wordt de vergoeding berekend op de snelste route volgens de ANWB-routeplanner.
- Het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een Wlz-instelling wordt niet vergoed.

Eigen bijdrage
U betaalt een eigen bijdrage van € 103 per kalenderjaar.

Welke zorgaanbieder
Het vervoer wordt verleend door een vervoersbedrijf of een particulier (bijvoorbeeld een familielid of kennis). Menzis heeft vervoersbedrijven gecontracteerd. Welke dat zijn, wordt vermeld bij het verlenen van toestemming. Bij een vervoersbedrijf dat geen overeenkomst heeft met Menzis, krijgt u € 0,85 vergoed per beladen kilometer. Bij vervoer door een particulier, krijgt u € 0,30 per kilometer.

Toestemming
U vraagt vooraf toestemming aan Menzis. Belt u met de Servicelijn Vervoer op 0317 49 20 51. Of stuur het aanvraagformulier 'zittend ziekenvervoer' op. Het aanvraagformulier kunt u downloaden van 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.

ⓘ Let op

Overige kosten, zoals parkeerkosten, (veer)pontkosten worden niet vergoed.

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 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. Als u vragen heeft over de zorg, belt u dan met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.

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 menzis.nl/mijnmenzis. Ook kunt u gebruikmaken van de gratis Menzis declaratie-app. Daarmee is het indienen van uw rekeningen heel gemakkelijk, snel en veilig.

ⓘ 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 en niet-spoedeisende medisch specialistische zorg in België en Duitsland (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 huidaandoening. 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:

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
€ 200	€ 250	€ 300	€ 500

U heeft recht op deze vergoeding als:

- u een verwijzing heeft van een huisarts of medisch specialist, en
- als de behandeling wordt gegeven door een huidtherapeut (of iemand die onder zijn verantwoordelijkheid werkt, bijvoorbeeld een schoonheidsspecialist), die door Menzis is erkend. Welke dat zijn, kunt u vinden op menzis.nl/zorgvinder.

Algemene check-up

Een algemene check-up (PreventieConsult) is een onderzoek waardoor eventuele hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2 en chronische nierschade tijdig kunnen worden ontdekt of kunnen worden voorkomen.

U krijgt een vergoeding voor de kosten van een algemene check-up (PreventieConsult) tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
€ 50	€ 100	€ 100	€ 150

U heeft recht op deze vergoeding als de algemene check-up wordt uitgevoerd door een huisarts.

Alternatieve zorg

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 gebruikmaakt of gebruik wilt maken van alternatieve geneesmiddelen.

U krijgt een vergoeding voor behandelingen, homeopathische en antroposofische geneesmiddelen tot een maximumbedrag. De vergoedingen voor behandelingen (€ 40 per behandeldag) en geneesmiddelen (100%) worden opgeteld tot het vermelde maximumbedrag is bereikt. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
€ 0	€ 450	€ 650	€ 850

U heeft recht op deze vergoeding als:
- de (individuele) 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 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.

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.

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
Ja	Ja	Ja	Ja

Borstvoeding

U krijgt de kosten van de begeleiding en hulpmiddelen (als onderdeel van de begeleiding) vergoed tot maximaal € 200. U heeft recht op deze vergoeding als de begeleiding verleend wordt en het hulpmiddel voorgeschreven wordt door een door Menzis erkende lactatiekundige. Welke lactatiekundigen dat zijn, kunt u vinden op menzis.nl/zorgvinder.

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.

Kraamzorg na opname

U krijgt kraamzorg na een ziekenhuisopname van u of uw baby vergoed tot een maximum van 16 uur.

Meerlinguitkering

U krijgt eenmalig 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 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 (incl. nachtlenzen) tot een maximumbedrag. De vergoedingen voor brillen en contactlenzen worden opgeteld tot het vermelde maximumbedrag is bereikt. Dit maximumbedrag is per 2 kalenderjaren:

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
€ 0	€ 75	€ 175	€ 275

Voorbeeld

Stel, u heeft recht op € 75 per 2 kalenderjaren en schaft in 2019 een bril aan voor € 150.
Het maximumbedrag van € 75 per 2 kalenderjaren is daarmee bereikt. Dit betekent dat u tot en met het jaar 2020 geen recht meer heeft op een vergoeding. Vanaf 2021 krijgt u opnieuw recht op een vergoeding.

ⓘ Let op

- De sterkte van de brillenglazen of contactlenzen moet op de nota staan vermeld.
- Menzis heeft exclusieve afspraken gemaakt met Pearle en Eye Wish Opticiens voor extra korting. Deze korting ontvangt u bij inlevering van een kortingsbon voor brillen en contactlenzen die u kunt verkrijgen in het Menzis SamenGezond spaarprogramma. Iedereen kan meedoen aan SamenGezond, ook als u geen brildekking hebt.

SamenGezond: extra korting op brillen en lenzen!

Extra korting op brillen
Bovenop de brilvergoeding krijgt bij aankoop van een bril op sterkte bij Pearle en Eye Wish Opticiens extra kassakorting. Lever de SamenGezond-kortingsbon in bij de kassa en ontvang de volgende extra korting:

- € 25 kassakorting bij een bril van € 50 tot € 200, of
- € 50 kassakorting bij een bril van € 200 tot € 500, of
- € 75 kassakorting bij een bril van € 500 of meer.

Extra korting op contactlenzen
Bovenop de vergoeding voor contactlenzen krijgt u bij aankoop van een (half)jaarpakket contactlenzen of nachtlenzen bij Pearle en Eye Wish Opticiens extra kassakorting. Lever de SamenGezond-kortingsbon in bij de kassa en ontvang de volgende extra korting:

- 3 maanden gratis lenzen bij een jaarabonnement, of
- € 25 kassakorting bij lenzen van € 50 tot € 200, of
- € 50 kassakorting bij lenzen van € 200 tot € 500, of
- € 75 kassakorting bij lenzen van € 500 of meer.

U mag maximaal 1 kortingsbon per aankoop gebruiken. De kortingsbon kan gebruikt worden in combinatie met de dan lopende aanbiedingen van Pearle en Eye Wish Opticiens. Bent u nog geen lid van SamenGezond? Meldt u zich dan gratis aan via samengezond.menzis.nl.

De kortingsbon is ook te gebruiken voor verzekerden van Menzis zónder brildekking. Kijk voor meer informatie, de volledige actievoorwaarden en voorbeelden op menzis.nl/brillen.

Buitenland

Tijdens een verblijf in het buitenland kan het gebeuren dat u snel medische zorg of geneesmiddelen nodig heeft. Bij spoedeisende zorg tijdens een verblijf in het buitenland krijgt u service en ondersteuning van de Alarmcentrale van Menzis. De Alarmcentrale verzorgt onder andere contacten met behandelend artsen, repatriëring en garantiestellingen. Extra informatie kunt u vinden op 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 de kosten van consulten, inentingen, geneesmiddelen en (herhalings)recepten in verband met preventie bij een reis naar het buitenland vergoed.

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
Ja	Ja	Ja	Ja

U heeft recht op deze vergoeding als:

- het consult plaatsvindt bij een door Menzis erkende arts,
- de geneesmiddelen zijn voorgeschreven of de inenting wordt toegediend door een door Menzis erkende arts. Welke artsen dat zijn, kunt u vinden op menzis.nl/zorgvinder,
- het middel geleverd wordt door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Spoedeisende tandheelkundige zorg in het buitenland

U krijgt spoedeisende tandheelkundige zorg in het buitenland vergoed tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
€ 250	€ 250	€ 250	€ 250

U krijgt alleen vergoeding voor kosten als:

- er sprake is van pijnklachten waardoor tandheelkundige zorg snel nodig is en niet uitgesteld kan worden tot u weer in Nederland bent,
- het niet te voorzien was dat deze tandheelkundige zorg nodig zou zijn. Een vulling, implantaat of een kroon zijn voorbeelden van behandelingen die te voorzien zijn.

Spoedeisende zorg en geneesmiddelen in het buitenland

Zorg is spoedeisend als er sprake is van een situatie waarin medische hulp zo snel nodig is dat terugkeren naar Nederland niet meer mogelijk is. Het was niet te voorzien dat deze medische hulp nodig zou zijn.

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.

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
Ja	Ja	Ja	Ja

U krijgt alleen een 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 +31 317 455 555

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

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
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.

ⓘ 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 menzis.nl/reisverzekering.

Niet-spoedeisende medisch specialistische zorg in België en Duitsland

U krijgt, voor niet-spoedeisende medische specialistische (ziekenhuis-)zorg in België en Duitsland, een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt uit de Basisverzekering. De aanvulling is het verschil tussen de vergoeding uit de Basisverzekering en het gemiddeld door Menzis voor de betreffende zorg in Nederland gecontracteerde tarief.

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
Ja	Ja	Ja	Ja

U krijgt deze vergoeding alleen als:

- er sprake is van medisch specialistische zorg die op de grond van de Basisverzekering aan u wordt vergoed, en
- de zorg in België of Duitsland wordt verleend.

Een overzicht van de vergoedingen vanuit de Basisverzekering voor verschillende vormen van medisch specialistische (ziekenhuis-)zorg vindt u op menzis.nl/klantenservice.

Wordt u opgenomen in het ziekenhuis? Dan is de vergoeding beperkt tot een aanvulling van de kosten van de Basisverzekering tot het gemiddeld door Menzis voor de betreffende zorg in Nederland gecontracteerd tarief voor maximaal 365 verpleegdagen per ziektegeval. Onder ziektegeval verstaan wij: iedere niet-onderbroken behoefte aan een medische behandeling, welke voortkomt uit dezelfde ziekteoorzaak of hetzelfde ongeval.

ⓘ Let op

Voor medisch specialistische (ziekenhuis-)zorg in het buitenland gelden, naast het in dit artikel bepaalde, dezelfde voorwaarden en uitsluitingen zoals die in de Basisverzekering zijn opgenomen voor medisch specialistische zorg. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook voor het buitenland. Kijkt u voor de voorwaarden in de Basisverzekering.

U kunt de nota indienen bij Menzis. Als u vragen heeft over zorg in het buitenland, dan kunt u contact opnemen met onze afdeling Zorgadvies.

Voorbeeld

U werkt in Nederland, maar woont in België. U wordt voor een liesbreuk doorgestuurd naar een Belgisch ziekenhuis. Hiervoor ontvangt u na uw behandeling een factuur van € 400. Deze factuur kunt u bij Menzis indienen. In het overzicht met vergoedingen vanuit de basisverzekering op menzis.nl ziet u dat u vanuit de Basisverzekering € 267,43 voor de behandeling vergoed krijgt. Dit is 75% van het gemiddeld in Nederland door Menzis gecontracteerde tarief. Vanuit uw Collectief Aanvullende verzekering ontvangt u vervolgens een aanvulling tot 100% van dit tarief (€ 89,14). In totaal krijgt u dus vanuit Menzis een vergoeding van € 365,57.

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:

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
€ 200	€ 250	€ 300	100%

U heeft recht op deze vergoeding als de behandeling wordt gegeven door een huidtherapeut (of iemand die onder zijn verantwoordelijkheid werkt, bijvoorbeeld een schoonheidsspecialist), die door Menzis is erkend. Welke dat zijn, kunt u vinden op 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:

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
€ 200	€ 300	€ 700	€ 1.500

U heeft recht op deze vergoeding als de behandeling wordt gegeven door een huidtherapeut, die door Menzis is erkend. Welke dat zijn, kunt u vinden op 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:

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
0	0	3	5

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

ⓘ 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. Menzis vergoedt 75% van de nota van de zorgaanbieder, tot een maximum van 75% van het bedrag dat Menzis gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.

Fysiotherapie en oefentherapie

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

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
9	18	27	32

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

ⓘ Let op

- Voor de meeste klachten kunt u terecht bij een algemeen fysiotherapeut. Voor sommige specifieke klachten kunt u het beste naar een therapeut die gespecialiseerd is in de behandeling van deze klachten. Denkt u hierbij bijvoorbeeld aan klachten:
  - waarin de wervelkolom en ledematen centraal staan (manueel therapeut),
  - waarin de motorische ontwikkeling en motorisch leren van het kind centraal staat (kinderfysiotherapeut/kinderoefentherapeut),

- bij kwetsbare ouderen en cliënten/patiënten met een hoge (biologische) leeftijd die te maken hebben met complexe gezondheidsproblematiek (geriatriefysiotherapeut),
- waarin de bekkenregio en heupen centraal staan (bekkenfysiotherapeut),
- die samenhangen met stress en klachten als pijn en vermoeidheid waarvoor geen direct lichamelijke oorzaak kan worden gevonden (psychosomatisch fysiotherapeut en psychosomatisch oefentherapeut),
- waarin (lymf)oedeem centraal staat (oedeemtherapeut).

- Wij raden u aan om aan uw fysiotherapeut te vragen of hij gespecialiseerd is in de behandeling van uw klachten.
- U kunt alleen naar een algemeen fysiotherapeut, een kinderfysiotherapeut, een manueel therapeut, een oedeemtherapeut, een geriatriefysiotherapeut of een bekkentherapeut die staat ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of in het register Keurmerk Fysiotherapie. Voor oedeemtherapie en littekentherapie kunt u ook naar een huidtherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening 'Kwaliteitsgeregistreerd' heeft.
- Kiest u voor een therapeut die geen contract met Menzis heeft? Dan krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Menzis vergoedt 75% van de nota van de zorgaanbieder, tot een maximum van 75% van het bedrag dat Menzis gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.
- Manuele therapie krijgt u per indicatie vergoed tot maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar.
- Een screening telt als 1 behandeling. Vindt tegelijkertijd een intake en onderzoek plaats, dan is het 1e bezoek gelijk aan 1 behandeling. Als de screening, intake en onderzoek niet op dezelfde dag plaatsvinden, dan telt dit als 2 behandelingen.
- U krijgt geen vergoeding voor behandelingen die niet als fysiotherapie of oefentherapie beschouwd worden, zoals fysiofitness, shockwave therapie en zwemmen in warm water. Informeer bij uw therapeut, kijk op menzis.nl/fysiotherapie voor nog meer voorbeelden of bel met onze Klantenservice als u twijfelt.

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, behalve voor behandelingen aan huis.

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 (Geneesmiddelenvergoedingssysteem).

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

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
€ 250	€ 250	€ 250	€ 250

Hoortoestellen

Voor de 1e aanschaf of de vervanging van een hoortoestel krijgt u onder voorwaarden een vergoeding uit de Basisverzekering. Er geldt een eigen bijdrage van 25% van de aanschafprijs.
U krijgt de eigen bijdrage vergoed tot een maximumbedrag per toestel. Dit maximumbedrag is:

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
€ 0	€ 100	€ 150	€ 200

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

Hospice of Bijna-Thuis-Huis

In een hospice (soms hospitium genoemd) of Bijna-Thuis-Huis wordt zorg verleend aan mensen die ongeneeslijk ziek zijn. Zij kunnen hier tot aan hun overlijden worden verzorgd. Een hospice en Bijna-Thuis-Huis 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:

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
€ 0	€ 3.200	€ 3.200	€ 3.200

U heeft recht op deze vergoeding als het hospice of Bijna-Thuis-Huis door Menzis is erkend. Welke dat zijn, kunt u vinden op menzis.nl/zorgvinder.

Hulpmiddelen ten behoeve van Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen

Algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) zijn de handelingen die mensen dagelijks in het gewone leven verrichten om zelfstandig te kunnen blijven leven. Het gaat om handelingen als in en uit bed komen, koken, douchen, aankleden enzovoort. ADL-hulpmiddelen verhogen de zelfredzaamheid en maken het mogelijk (langer) zelfstandig te blijven.
Voor enkele ADL-hulpmiddelen krijgt u een vergoeding als deze niet uit een andere regeling of voorziening worden vergoed. Het betreft hulpmiddelen als aangepast bestek, aangepast serviesgoed, of aan- en uitkleedhulpmiddelen. U krijgt een vergoeding tot een maximumbedrag per kalenderjaar. Dit bedrag is:

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
€ 0	€ 0	€ 100	€ 100

U krijgt geen vergoeding uit deze aanvullende verzekering als u op een andere regeling of voorziening aanspraak kunt maken. Zoals bij uw gemeente op grond van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, of bij het UWV op grond van de WIA.

Niet vergoed worden:
- eenvoudige loophulpmiddelen, als een rollator, krukken of looprekken,
- hulpmiddelen die uitsluitend bedoeld zijn voor het uitoefenen van een hobby/vrijetijdsbesteding.

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 11e dag dat u bent opgenomen in een ziekenhuis. De vergoeding geldt voor maximaal 3 maanden per kalenderjaar.

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
Ja	Ja	Ja	Ja

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

Kronen en bruggen tot 18 jaar

Voor jongeren tot en met 17 jaar is de mondzorg grotendeels verzekerd in de Basisverzekering. Aanvullend daarop krijgt u een vergoeding voor kronen en bruggen.
U krijgt kronen en bruggen vergoed tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
€ 0	€ 250	€ 500	100%

U heeft recht op deze vergoeding als de zorg wordt verleend door een tandarts.

ⓘ Let op

Bij de dekking voor kronen en bruggen in de Collectief Aanvullend 3 en 4 geldt een wachttijd van 1 jaar. Dit betekent dat u gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt. De wachttijd gaat in op de ingangsdatum van de Collectief Aanvullend 3 en 4.

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:

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
€ 100	€ 100	€ 150	€ 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 menzis.nl/zorgvinder.

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:

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
€ 350	€ 350	€ 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 menzis.nl/zorgvinder.

Hoe vraagt u toestemming?

Bel met de Menzis Mantelzorgservice op 088 222 42 42.

Mantelzorgvervanging

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 mantelzorgvervanging vergoed.

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
Ja	Ja	Ja	Ja

U heeft recht op deze vergoeding als de mantelzorgvervanging geregeld wordt door Stichting Mantelzorgvervanging Nederland ‘Handen in Huis’. Bel voor de mogelijkheden met ‘Handen in Huis’ op 030 659 09 70.

Orthodontie

Orthodontie is zorg die u krijgt bij een tandarts of orthodontist, om uw tanden recht te zetten.
U krijgt orthodontie vergoed tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is voor de gehele verzekeringsduur:

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
€ 0	€ 0	€ 2.250 (tot 18 jaar)	100% (tot 18 jaar) € 500 (vanaf 18 jaar)

U krijgt deze vergoeding als de behandeling wordt uitgevoerd door een orthodontist of een tandarts.

ⓘ Let op

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 Collectief Aanvullend 3 of Collectief Aanvullend 4.

Tandartskosten na een ongeval

Een ongeval kan leiden tot hoge tandartskosten. Een ongeval is een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op het lichaam van de verzekerde, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan. Gebeurtenissen waarbij men vooraf kan voorzien dat schade aan het gebit kan ontstaan vallen niet onder deze definitie. Denk daarbij bijvoorbeeld aan het openen van een fles met de tanden, op iets hards bijten zoals noten, het niet dragen van gebitsbescherming bij relevante sporten en schade aan het gebit ten gevolge van een ziekte.
Bent u 17 jaar of jonger dan zijn tandartskosten na een ongeval verzekerd in de Basisverzekering. De aanvullende verzekering biedt vergoeding voor tandartskosten na een ongeval als u 18 jaar of ouder bent. U krijgt een vergoeding voor tandartskosten na een ongeval tot een maximumbedrag van € 10.000 per ongeval in de volgende pakketten:

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
Ja	Ja	Ja	Ja

U krijgt tandartskosten 100% tot maximaal € 10.000 per ongeval vergoed, mits:
- u op het moment van het ongeval 18 jaar of ouder was, en
- het ongeval in Nederland plaatsvond, en
- de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts of orthodontist in Nederland,
- de tandartskosten niet door de Basisverzekering worden gedekt, en
- u ten tijde van het ongeval en de behandeling een aanvullende verzekering bij Menzis heeft met dekking voor tandartskosten na een ongeval.

De eventuele kosten van het eigen risico en eigen bijdragen (Basisverzekering) worden niet vergoed.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op uitkering in geval van tandheelkundige schade die is ontstaan:
- door opzet en/of bewuste roekeloosheid,
- terwijl u onder invloed van alcohol of drugs was,
- door het eten van etenswaren,

- door het beoefenen van sport als (neven)beroep,
- door reeds bestaande tekortkomingen van het gebit (vóór het ongeval),
- door betrokkenheid bij een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging,
- wanneer u niet de gebruikelijke beschermingsmaatregelen heeft genomen bij het sporten.

Toestemming

Voordat u met de behandeling begint, hebt u een akkoordverklaring van Menzis nodig. Uw tandarts of orthodontist kan deze bij ons aanvragen door een behandelplan op te stellen en dit naar Menzis op te sturen. Indien nodig kan Menzis foto's opvragen ter beoordeling. Ook dient u een verklaring in te vullen met informatie over het ongeval. U kunt de verklaring vinden op menzis.nl/tandongeval.

Beoordeling

Op basis van het behandelplan van uw tandarts of orthodontist en uw verklaring beoordelen wij of de behandeling voor vergoeding in aanmerking komt. Wij kijken dan of er sprake is geweest van een ongeval dat de schade heeft veroorzaakt, of de uitsluitingen niet van toepassing zijn en of u voldoet aan de overige voorwaarden. Ook beoordelen wij of de voorgestelde behandeling doelmatig is. Zorg die onnodig is of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en de zorgbehoefte, wordt niet vergoed.

Als u voldoet aan alle genoemde voorwaarden, ontvangt u een akkoordverklaring voor behandeling. Er wordt maximaal uitgekeerd tot het bedrag van het behandelplan van uw tandarts of orthodontist. Is er sprake van betrokkenheid van derden? Meld dat bij Menzis. Dan verhalen wij de schade.

Nota naar aanleiding van een ongeval

Uw tandarts of orthodontist zal de kosten waarvoor toestemming is gegeven voor de ongevallendekking rechtstreeks declareren bij Menzis. U zult hier geen nota van ontvangen. Ontvangt u hier wel een nota van, dan kunt u contact opnemen met uw tandarts of orthodontist.

Patiëntenverenigingen

Een patiëntenvereniging is een vereniging die de belangen van mensen met een bepaalde aandoening behartigt. De verenigingen hebben meestal tot doel om voorlichting te geven over de aandoening en om themabijeenkomsten te organiseren. De leden kunnen met andere lotgenoten contact zoeken en informatie uitwisselen.

Cursus

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

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
€ 50	€ 50	€ 100	€ 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 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:

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
€ 50	€ 50	€ 50	€ 50

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

Therapie

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

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
€ 100	€ 100	€ 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 menzis.nl/zorgvinder.

ⓘ Let op

- Sportactiviteiten die georganiseerd worden door een patiëntenvereniging worden alleen vergoed als de activiteit plaatsvindt onder begeleiding van een arts, fysiotherapeut, oefentherapeut, 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 1e ongewenste urineverlies.

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

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
Nee	Ja	Ja	Ja

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

Preventie

Onder preventie vallen griepvaccinaties, advies, trainingen en cursussen die ervoor zorgen dat u gezonder wordt, gezond blijft of zich beter in uw vel voelt.

Griepvaccinatie

Vaccinatie tegen de 'gewone' seizoensgriep wordt vergoed uit het Nationaal programma grieppreventie 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.

EHBO- en reanimatiecursussen

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.

Gezondheidscursussen

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').

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.

Stoppen-met-rokencursus

Het stoppen-met-rokenprogramma is verzekerd in de Basisverzekering. U kunt daarvoor terecht bij uw huisarts. Naast de Basisverzekering biedt de aanvullende verzekering een vergoeding voor cursussen die u helpen bij het stoppen met roken, waarvoor u geen verwijzing van uw huisarts nodig hebt.

Valpreventietraining

Een valpreventietraining is gericht op mensen die moeite hebben met bewegen of bang zijn om te vallen. In de training leert u om vallen te voorkomen. U krijgt daarnaast balanstraining en leert vallen onder veilige omstandigheden.

Gewichtsconsulent

Een gewichtsconsulent geeft voedingsvoorlichting. Voedingsvoorlichting is voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten zonder medisch doel.

Zwangerschapscursussen

Zwangerschapscursussen zijn cursussen die u tijdens de zwangerschap voorbereiden op de bevalling.

U krijgt een vergoeding voor alle bovengenoemde onderdelen samen tot een maximumbedrag. De kosten van een griepvaccinatie, het advies, de trainingen en cursussen worden opgeteld tot het maximumbedrag is bereikt. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
€ 100	€ 200	€ 300	€ 400

Bij een cursus of training geldt dat u alleen recht heeft op deze vergoeding als de consulent of aanbieder van de cursus of training door Menzis gecontracteerd of erkend is. Welke dat zijn kunt u vinden op menzis.nl/zorgvinder. Daarnaast geldt als voorwaarde bij trainingen en cursussen dat u deze volledig afgerond moet hebben voordat u de kosten ervan bij Menzis declareert.
Voor griepvaccinaties heeft u alleen recht op een vergoeding als het vaccin wordt toegediend door een huisarts die met Menzis een contract heeft. Welke huisartsen dat zijn, kunt u vinden op 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:

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
€ 0	€ 100	€ 300	€ 500

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

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:

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
€ 50	€ 50	€ 50	€ 50

Sportmedisch Advies

Een Sportmedisch 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 Sportmedisch Advies wordt verstaan:
- Basis Sportmedisch Onderzoek,
- Basisplus Sportmedisch Onderzoek,
- Groot Sportmedisch Onderzoek,
- Uitgebreid Sportmedisch Onderzoek (ook wel topsportmedisch onderzoek genoemd),
- sportmedische begeleiding (trainingsadvies en individueel trainingsschema),
- sportkeuring (verplicht gesteld door sportbond).

U krijgt een Sportmedisch Advies vergoed, tot een maximumbedrag per kalenderjaar:

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
€ 100	€ 150	€ 200	€ 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 menzis.nl/zorgvinder.

ⓘ Let op

U krijgt geen vergoeding voor een Sportmedisch Advies dat nodig is bij een opleiding, het uitoefenen van een beroep of topsport.

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:

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
€ 0	€ 300	€ 300	€ 300

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

ⓘ 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:

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
€ 0	€ 1.200	€ 1.200	€ 1.200

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

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts.

ⓘ 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.

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:

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
€ 200	€ 350	€ 500	€ 1.000

ⓘ Let op

U heeft alleen recht op stottertherapie als de therapie wordt gegeven door een door Menzis erkende therapeut. Welke dat zijn kunt u vinden op 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 McDonald Huis, 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:

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
€ 0	€ 300	€ 450	€ 450

U heeft recht op deze vergoeding als het logeer- of gasthuis door Menzis is erkend. Welke dat zijn, kunt u vinden op 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 McDonald Huis, 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:

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
€ 0	€ 350	€ 350	€ 350

U heeft recht op deze vergoeding als het logeer- of gasthuis door Menzis is erkend. Welke dat zijn, kunt u vinden op 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 orthopedische steunzolen, reparatie van orthopedische steunzolen, pedicure, podologie en podotherapie tot een maximumbedrag. De behandelingen en hulpmiddelen worden opgeteld tot het maximumbedrag is bereikt. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
€ 0	€ 100	€ 150	€ 200

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

ⓘ Let op

Pedicurezorg wordt alleen vergoed bij voetproblemen met een verhoogd risico op wonden en/of infecties. Wilt u weten welke voetproblemen dit zijn? Kijk dan op 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 en het eventueel plaatsen verzekerd in de Basisverzekering. Dit geldt ook voor verzekerden vanaf 21 jaar als er sprake is van een medische indicatie.

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 de kosten voor deze middelen vergoed.

Collectief Aanvullend 1	Collectief Aanvullend 2	Collectief Aanvullend 3	Collectief Aanvullend 4
Ja	Ja	Ja	Ja

U heeft recht op deze vergoeding als:

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

ⓘ Let op

- Voor het plaatsen van een voorbehoedsmiddel (bijvoorbeeld een spiraal) kunt u terecht bij de huisarts of medisch specialist (bij een medische indicatie). De kosten hiervan worden vergoed vanuit de Basisverzekering.
- De kosten voor huisartsenzorg vallen niet onder het eigen risico. Wordt de spiraal door een medisch specialist geplaatst dan komt dit ten laste van het eigen risico.
- 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, welk deel onder de Basisverzekering en welk deel van de kosten u eventueel zelf moet betalen.

Uw tandartsverzekering Collectief Tand

Basisverzekering en tandverzekering

Tandheelkundige zorg is alle zorg die u krijgt bij een tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus. 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). In de Collectief Aanvullend 3 en 4 is een vergoeding voor orthodontie opgenomen voor kinderen tot 18 jaar, in de Collectief Aanvullend 4 ook voor volwassenen vanaf 18 jaar.

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.

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 nza.nl.

Wet- en regelgeving

Uw zorgaanbieder moet zich houden aan wet- en regelgeving en voldoen aan de regels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in een (tarief)beschikking. Deze (tarief)beschikking vindt u op nza.nl. Declareert uw zorgaanbieder in strijd met de wet- of regelgeving, bijvoorbeeld door een behandeling uit te voeren waarvoor hij geen bevoegdheid heeft? Dan krijgt u geen vergoeding.

Vergoeding Collectief Tand 250, 500 en 1000

Met de Collectief Tand 250, 500 en 1000 krijgt u alle behandelingen vergoed tot het genoemde maximumbedrag. U krijgt vergoed:

- consulten (C-codes) 100%
- verdoving (A- en B-codes) 80%
- wortelkanaalbehandelingen (E-codes) 80%
- kaakgewrichtsbehandelingen (G-codes) 80%
- chirurgische behandelingen (H-codes) 80%
- implantaten (J-codes), 80%
- preventieve mondzorg (M-codes) 80%
- prothetische voorzieningen (P-codes) 80%
- kronen, bruggen en inlays (R-codes) 80%
- tandvleesbehandelingen (T-codes) 80%

- vullingen (V-codes) 80%
- röntgenfoto's (X-codes) 80%

Het maximumbedrag is per kalenderjaar:

Collectief Tand 250	Collectief Tand 500	Collectief Tand 1000
€ 250	€ 500	€ 1.000

ⓘ Let op

Wat wordt niet vergoed: uitwendig bleken (E97 en E98), de kaakoverzichtsfoto (X21) onder de 18 jr, de algehele narcose (A20), de snurkbeugel (G71, G72 en G73).

Orthodontie (beugels)

In de Collectief Aanvullend 3 en 4 is een vergoeding opgenomen voor orthodontie.

Wachttijd kronen, bruggen en implantaten in de Collectief Tand 1000

Voor kronen, bruggen en implantaten geldt in de Collectief Tandarts 1000 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 geldt als u overstapt naar de Collectief Tand 1000 en gaat in op de ingangsdatum van de Collectief Tand 1000.

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

Hoe declareert u de nota

Als u voor tandheelkundige zorg een nota ontvangt van uw zorgaanbieder dan kunt u de nota online declareren via menzis.nl/mijnmenzis. Kijk op menzis.nl/declareren voor meer informatie over het declareren van nota's. Sommige zorgverleners declareren rechtstreeks bij Menzis. U ontvangt dan van uw zorgverlener de nota voor de kosten die u eventueel zelf moet betalen.

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)

Wie is Menzis?

Menzis is de risicodrager 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.

A1 Algemeen

- Deze algemene voorwaarden zijn van toepassing op uw Basisverzekering en ook op uw aanvullende verzekering en tandartsverzekering.
- Welke verzekeringen u heeft gesloten, vindt u op uw zorgpolis.
- De verzekeringsovereenkomst bestaat uit: uw zorgpolis, deze verzekeringsvoorwaarden, voor zover voor u de verzekering geldt die daarin wordt beschreven, en het Verzekeringsreglement.
- Als hieronder 'verzekering' staat, bedoelen wij daarmee de Basisverzekering, de aanvullende verzekering en/of de tandartsverzekering.
- De verzekeringnemer is degene die de verzekering met Menzis heeft gesloten. De verzekerde is de persoon 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 Basis 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 de verzekering niet wordt opgezegd.

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

A4 Terugwerkende kracht

- Als uw Basisverzekering is afgesloten binnen 4 maanden nadat u verzekeringsplichtig bent geworden, werkt die Basisverzekering terug tot en met de dag waarop de verzekeringsplicht ontstond.
- Als uw Basisverzekering is afgesloten binnen een maand nadat een eerdere Basisverzekering door u is opgezegd, werkt die 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.

A6 Hoe kunt u de verzekering opzeggen?

Alleen de verzekeringnemer kan een verzekering opzeggen. Opzeggen kan met een brief. 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. 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,
- 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. De opzegging moet dan wel vóór die dag ontvangen zijn door Menzis. Als de opzegging later is ontvangen, gaat de opzegging in op de 1e dag van de 2e 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 1e dag van de 2e kalendermaand na de dag waarop is opgezegd,

- uw verzekering ook opzeggen als Menzis de verzekeringsvoorwaarden verandert en de nieuwe verzekeringsvoorwaarden 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. U kunt de verzekering niet opzeggen als Menzis wettelijk verplicht is de verzekeringsvoorwaarden te wijzigen,
- de Basisverzekering niet opzeggen als u de premie niet heeft betaald en u daarvoor bent aangemaand, tenzij Menzis de dekking van de verzekering heeft geschorst of de opzegging binnen 2 weken heeft bevestigd,
- de Basisverzekering de eerste 12 maanden waarover deze loopt niet opzeggen als u door het CAK als verzekerde bij Menzis bent aangemeld. Als u kunt aantonen dat u in de periode bedoeld in artikel 9d, 1e lid Zorgverzekeringswet, al een Basisverzekering had gesloten, kunt u de Basisverzekering bij Menzis vernietigen. Dit moet u dan doen binnen 2 weken nadat het CAK u heeft gemeld dat zij u bij Menzis heeft verzekerd.

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,
- Menzis de verzekering uit de markt neemt en niet langer aanbiedt.

Als het CAK voor u bij Menzis een verzekeringsovereenkomst heeft gesloten, maar achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was, kan Menzis de verzekeringsovereenkomst vernietigen.

A9 Wanneer eindigt de Basisverzekering vanzelf?

Uw Basisverzekering eindigt vanzelf 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.

A10 Bedenktijd

Nadat u een verzekering bij Menzis heeft afgesloten, kunt u deze verzekering nog 14 dagen na ontvangst van de zorgpolis zonder reden ontbinden. U hoeft dan geen premie of kosten te betalen en krijgt ook geen kosten vergoed. Ontbinden gaat op dezelfde manier als opzeggen (zie artikel A6).

A11 Informatieplicht

- U bent verplicht Menzis schriftelijk en binnen 30 dagen te informeren als:
  - u verhuist,
  - een verzekerde overlijdt,
  - uw bankrekeningnummer wijzigt,
  - u in dienst treedt als militair in actieve dienst,
  - u wordt gedetineerd of uw detentie eindigt,
  - u niet langer voldoet aan de voorwaarden om deel te nemen aan een collectiviteit,
  - uw verzekeringsplicht voor de Basisverzekering eindigt.

U bent ook verplicht te melden wie uw nieuwe zorgverzekeraar is als u de verzekering bij Menzis heeft opgezegd.
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.

- U bent verplicht de informatie te verstrekken die Menzis bij u opvraagt, voor zover u dit kunt. Bijvoorbeeld informatie over de reden van een opname, voor een onderzoek naar fraude, of voor controle. Als u niet meewerkt, kan het zijn dat uw recht op zorg of vergoeding van kosten vervalt.
- U bent verplicht Menzis informatie te verstrekken over ziektekosten die door iemand anders zijn veroorzaakt. Bijvoorbeeld ziektekosten door een verkeersongeval of een medische fout. U kunt daarover bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40 of onze afdeling Verhaal op 050 523 43 77. U kunt ook online informatie verstrekken via menzis.nl/klantenservice/schade-melden. Menzis kan u adviseren en de schade verhalen op de aansprakelijke partij. U mag zelf geen regeling treffen met de aansprakelijke partij of zijn verzekeraar als dit nadelig is voor Menzis.

A12 Premie, manier van betalen en betaling eigen risico

1 Premie

- Per 1 januari 2019 is de premiegrondslag voor de Basisverzekering € 122 per kalendermaand. De premie die u moet betalen is de premiegrondslag verminderd met kortingen. U kunt korting krijgen bij deelname aan een collectiviteit en als u kiest voor een vrijwillig eigen risico. De premie die u moet betalen staat op uw zorgpolis.
- Tot 18 jaar hoeft u voor de Basisverzekering geen premie te betalen. Vanaf de 1e dag van de maand na de maand waarin u 18 wordt, moet u wél premie betalen.
- 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 betaling die u van Menzis 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 of accept-e-mail betaalt, brengt Menzis u € 1,50 in rekening.
- Als u met Menzis een betalingsregeling heeft afgesproken, kan Menzis kosten in rekening brengen.

2 Manier van betalen

Als u Menzis toestemming geeft om uw premie automatisch te incasseren, geldt die toestemming ook voor alle andere betalingen die u aan Menzis moet doen. Bijvoorbeeld betalingen voor het eigen risico en eigen bijdragen. Over automatische incasso van eigen risico en eigen bijdragen krijgt u tijdig bericht. Uiterlijk 5 werkdagen voordat de incasso plaatsvindt. De zorgpolis geldt als aankondiging voor de automatische incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar.

3 Betaling eigen risico en eigen bijdrage

- Het eigen risico en de eigen bijdragen van alle personen die u heeft verzekerd, worden door Menzis bij u in rekening gebracht.
- Als u het eigen risico en de eigen bijdrage niet per automatische incasso of accept-e-mail betaalt, brengt Menzis u € 1,50 in rekening.

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 Centraal Administratiekantoor (CAK) aanmelden voor bronheffing.
Er wordt u dan een bestuursrechtelijke premie van ten minste 110% en ten hoogste 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 CAK 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 CAK 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 4 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 schuldhulpverlening kunt krijgen en hoe u die hulp kunt krijgen en welke schuldhulpverlening 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 CAK, zodra u 6 maanden of langer geen premie heeft betaald. Als Menzis u meldt bij het CAK betekent dit dat het CAK 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 CAK, 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 CAK 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 CAK. Menzis zal aan het CAK uw persoonsgegevens doorgeven en die van de personen die u heeft verzekerd. Menzis geeft alleen die persoonsgegevens aan het CAK 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.
7. Een eventueel gekozen vrijwillig eigen risico komt te vervallen, evenals de bijbehorende korting op de premie.

A14 Mag Menzis de voorwaarden en premie wijzigen?

Menzis mag de voorwaarden, de premie en de kortingen op elk moment wijzigen. Als Menzis de grondslag van de premie van de Basisverzekering wijzigt, dan gaat die wijziging pas in na 7 weken nadat de wijziging 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. Vanaf het moment dat u niet meer voldoet aan de voorwaarden voor deelname aan de collectieve verzekering, vervallen voor u een eventuele premiekorting en 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.

U kunt een nota online indienen:
- u kunt dat doen op MijnMenzis.nl, of met de declaratie-app,
- Menzis kan u vragen de originele nota alsnog in te sturen,
- de originele nota moet u 3 jaren bewaren.

U kunt een nota per post indienen:
- het moet het origineel van de nota zijn, geen kopie, duplicaat of aanmaning,
- een nota wordt niet aan u teruggestuurd.

ⓘ Let op

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

Waaraan moet een nota voldoen:
- U moet de nota binnen 3 jaar na ontvangst ervan hebben ingediend. Als datum van ontvangst geldt de factuurdatum.
- Op uw nota moet voldoende informatie staan om vast te stellen of u recht heeft op vergoeding.
- Als een nota niet is opgesteld in het Nederlands, Engels of Duits, kan Menzis u vragen een vertaling van de nota te sturen. De vertaling moet plaatsvinden door een beëdigd vertaler. U moet de vertaling zelf betalen.

Betaling van een nota:
- 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.
- Als u een nota indient, zonder aan te geven op welk rekeningnummer de vergoeding moet worden uitbetaald, zal Menzis die vergoeding uitbetalen op het bij Menzis bekende rekeningnummer van de verzekeringnemer.
- 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.
- Als Menzis een vergoeding rechtstreeks betaalt aan de zorgaanbieder, vervalt daarmee de plicht aan u te vergoeden.

- 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 onze 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 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.
- U kunt het formulier sturen naar de afdeling Klachtenmanagement.
- Menzis zal uw klacht in behandeling nemen en beantwoorden.
- 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).
- Informatie over de SKGZ kunt u vinden op skgz.nl. U kunt de SKGZ ook benaderen via het Europese platform voor online geschillenbeslechting. Informatie over dit platform kunt u vinden op ec.europa.eu/odr.
- De SKGZ zal uw probleem eerst voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen. De Ombudsman probeert door bemiddeling voor een oplossing te zorgen. Als bemiddeling niet mogelijk is, of als de poging tot bemiddeling niet slaagt, kunt u uw probleem voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ.
- Behandeling door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen kost € 37. De behandeling door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen eindigt met een bindend advies. Aan dit advies moeten Menzis en u zich houden.
- Ook kunt u uw zaak voorleggen aan één van de volgende instanties:
  - als het gaat over formulieren: de Nederlandse Zorgautoriteit,
  - de burgerlijke rechter.

ⓘ Let op

Voor klachten over premieachterstand, 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.

- Menzis, afdeling Klachtenmanagement, 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

A19 Molest

U heeft geen recht op zorg of vergoeding van kosten als deze het gevolg zijn van gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij. 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 gedeponeerd 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 maximumbedrag 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 1e 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 vervallen

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, vervalt uw recht op uitkering. Menzis kan dan ook al uw verzekeringen opzeggen. Wat Menzis eventueel al heeft betaald als gevolg van de misleiding, 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 Verzekeraar & Criminaliteit 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 menzis.nl.
- 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 factuurdatum of de datum waarop betaald is, is hiervoor niet van belang.
  Als de behandeling wordt bekostigd door middel van een DBC-zorgproduct (Diagnose Behandel Combinatie), dan is de openingsdatum van het DBC-zorgproduct bepalend voor vergoeding. Voor een DBC-zorgproduct dat is geopend in 2019 en gesloten in 2020, krijgt u dus de vergoeding die hoort bij 2019.
- U verleent Menzis volmacht te veel betaalde vergoeding terug te vorderen.
- Als u Menzis bezoekt of belt en Menzis doet u een mondelinge 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. U kunt uw aanvullende verzekering en tandartsverzekering opzeggen als u op grond van de Wlz bent opgenomen in een instelling en uw tandheelkundige hulp uit de Wlz wordt vergoed. U moet deze opzegging dan binnen 30 dagen na opname aan Menzis doorgeven.

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.
- Voor de aanvullende verzekering van een verzekerde tot 18 jaar, hoeft geen premie te worden betaald. Voor de tandartsverzekering van een verzekerde tot 10 jaar, hoeft geen premie te worden betaald. Dit geldt alleen als die verzekerde op een polis staat waar een verzekerde wél premie betaald voor deze verzekering of een duurdere verzekering. Voor de JongerenVerzorgd moet altijd voor verzekerden van álle leeftijden premie worden betaald.

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 menzis.nl of 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.

Verzekeringsvoorwaarden Menzis Basis Collectief 2019

Menzis Basis **Modelnummer Zvw 1.95.19**

Postbus 75000

7500 KC Enschede

t 088 222 40 40

i 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.

BR.7771.1018