Bekijk online versie ›

Verzekeringsvoorwaarden 2027

Menzis Basis Vrij Buitenland en Tandongeval ExtraVerzorgd TandVerzorgd



Basisverzekering, aanvullende en tandartsverzekeringen.
Geldig vanaf 1 januari 2027.

Versie Pe9jJa | 12-11-2026

Inhoudsopgave

Contact en service 5
- Onze website 5
- Contact 5
- Bellen met Menzis 5
- Telefoonnummers 5
- Postadres 5
- Bezoekadressen 5
- Klachten 5
- Menzis Zorgvinder 5
- Menzis Zorgadvies en wachtlijstbemiddeling 5

Menzis Basis Vrij 6
- Je Basisverzekering 6
- Combinatie natura restitutie 6
- Keuzevrijheid 6
- Naar een gecontracteerde zorgaanbieder 6
- Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder 7
- Hardheidsclausule 7
- Overeengekomen volume (omzetplafond) 8
- Redelijke termijn en afstand 8
- De inhoud en omvang van de zorg 8
- Indicatie en doelmatigheid 8
- Eigen risico 9
- Volgorde van de eigen betalingen 11
- Overig 11
- Buitenland 11
- Audiologische hulp 12
- Diëtetiek 13
- Dieetpreparaten 13
- Eerstelijnsverblijf 14
- Erfelijkheidsonderzoek 15
- Ergotherapie 15
- Fysiotherapie en oefentherapie 16
- Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 21
- Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) 25
- Geneesmiddelen 26
- Huisartsenzorg 29
- Hulpmiddelen 31
- In-vitrofertilisatie (IVF) 33
- Kraamzorg 35
- Logopedie 36
- Medisch specialistische zorg 37
- Niet-klinische dialyse (dialyse zonder opname) 40
- Oncologische hulp voor kinderen 41
- Plastische chirurgie 41
- Revalidatie 43
- Second opinion 45
- Stoppen met roken 46

Tandheelkunde ... 47
Transplantatie ... 50
Trombosedienst ... 51
Verblijf ... 52
Verloskundige zorg ... 52
Vervoer per ambulance ... 53
Verpleging en verzorging (wijkverpleging) ... 54
Voorwaardelijke toelating ... 56
Ziekenvervoer ... 56
Zintuiglijk gehandicaptenzorg ... 58

Je aanvullende verzekering ... 60
Basisverzekering of aanvullende verzekering? ... 60
Gecontracteerde of erkende zorgaanbieders ... 60
Hoe krijg je de vergoeding? ... 60
Indicatie en doelmatigheid ... 61
Alternatieve zorg ... 61
Bevalling en kraamzorg ... 61
Brillen en contactlenzen ... 63
Buitenland ... 63
Diëtetiek ... 65
Ergotherapie ... 66
Fysiotherapie en Oefentherapie ... 67
Fysiotherapie en Oefentherapie ... 67
FysioZelfCheck (app) ... 68
Fysiotherapie en oefentherapie na een ongeval ... 69
Fysiotherapie en oefentherapie bij specifieke aandoeningen en klachten ... 71
Gezondheid en Cursussen ... 72
Griepvaccinatie ... 72
Haarwerken en alternatieven ... 72
Hospice of Bijna-Thuis-Huis ... 73
Huidzorg ... 73
Kinderopvang bij ziekenhuisopname ... 74
Mantelzorg ... 74
Mentale zorg (preventief) ... 75
Overgangsconsulent en andere zorg bij hormonale veranderingen ... 76
Patiëntenverenigingen ... 76
Therapie ... 77
Plaswekker ... 78
Reiskosten ... 78
Softbrace of spalk ... 78
Sportmedisch Advies ... 79
Sterilisatie (man) ... 79
Sterilisatie (vrouw) ... 80
Steunpessarium ... 80
Verblijfskosten logeer- of gasthuis bezoekend gezinslid ... 81
Verblijfskosten logeer- of gasthuis patiënt ... 81
Voetzorg ... 81
Voorbehoedsmiddelen (anticonceptiemiddelen) ... 82

Je tandartsverzekering ... 84
Basisverzekering en tandartsverzekering ... 84
Welke zorgaanbieder ... 84

Systeem van codes 84
Techniek- en materiaalkosten 84
Wet- en regelgeving 84
Vergoeding JongerenVerzorgd, TandVerzorgd 250, 500 en 750 84
Tandartskosten na een ongeval 85
Orthodontie (beugels) 86
Vergoeding TandVerzorgd 1P (volledig kunstgebit) 87
Hoe declareer je de nota 88

Algemene Voorwaarden 89
Algemene voorwaarden (1) 89
Algemene voorwaarden (2) 99

ZEKERHEID OVER JE VERZEKERINGSVOORWAARDEN
DuurzameDrager.nl

Contact en service

Onze website

Op menzis.nl vind je alle informatie over je verzekering. Je kunt er bijvoorbeeld je premie berekenen, online declareren, zorgaanbieders vinden en alle vergoedingen van A tot Z bekijken en vergelijken.

Contact

Je kunt ons bereiken per telefoon, chat of per post. Ook kun je iets doorgeven of je pakket wijzigen, waar en wanneer je maar wilt via Mijn Menzis: menzis.nl/mijnmenzis.

Kijk ook op menzis.nl/contact.

Bellen met Menzis

De belangrijkste telefoonnummers vind je hieronder. Kijk voor de actuele openingstijden op menzis.nl/contact.

Telefoonnummers

Klantenservice: 088 222 40 40
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

Heb je een klacht? Kijk voor meer informatie rondom klachten en geschillen op menzis.nl/klachtafhandeling. Of zie artikel A17 in de algemene voorwaarden.

Menzis Zorgvinder

Met de Menzis Zorgvinder vind je simpel en snel zorgaanbieders bij jou in de buurt. Je ziet in één oogopslag met welke zorgaanbieders we afspraken hebben. Kijk op menzis.nl/zorgvinder.

Menzis Zorgadvies en wachtlijstbemiddeling

Voor vragen over zorg en wachtlijstbemiddeling kun je terecht bij Menzis Zorgadvies. Kijk voor meer informatie over hoe en wanneer we je kunnen helpen op menzis.nl/zorgadvies.

Menzis Basis Vrij

Hierna vind je op alfabetische volgorde de zorg omschreven waarvoor je verzekerd bent.

Je 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 je 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 jou wat in de Zorgverzekeringswet staat. Als een andere wettelijke regeling kan zorgen voor betaling van dezelfde zorg, heb je geen recht op die zorg vanuit je Basisverzekering. Je kunt het Verzekeringsreglement downloaden op menzis.nl/reglement. De Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering vind je op wetten.overheid.nl.

Combinatie natura restitutie

Combinatiepolis

Je hebt gekozen voor de Menzis Basis Vrij. Dit is een verzekering die bestemd is voor iedereen die in Nederland woont, of daarbuiten en die een zorgverzekering moet afsluiten. De Menzis Basis Vrij is een verzekering die grotendeels een restitutieverzekering is. Restitutie betekent dat je geen recht hebt op de zorg zelf, maar op vergoeding van de kosten van zorg en op bemiddeling om die zorg te krijgen. Voor je zorg vergoeden we het bedrag dat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. De GGZ en wijkverpleging zijn verzekerd op basis van natura. Natura betekent dat je recht hebt op de zorg zelf. Hier hoort ook wachtlijstbemiddeling bij. Op de volgende bladzijden staat alle zorg beschreven waarvoor je bent verzekerd.

Keuzevrijheid

Menzis sluit overeenkomsten met zorgaanbieders. Zorgaanbieders zijn bijvoorbeeld ziekenhuizen, artsen, medisch specialisten en fysiotherapeuten. Je kiest zelf je zorgaanbieder, het maakt voor je vergoeding niet uit of dat een gecontracteerde of een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is. Voor de vergoeding van GGZ en wijkverpleging maakt het wel uit of je naar een gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat. Kijk voor de vergoeding van GGZ en wijkverpleging naar het artikel 'Naar een gecontracteerde zorgaanbieder' en naar het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' hieronder.

Naar een gecontracteerde zorgaanbieder

GGZ en wijkverpleging zijn verzekerd op basis van natura. Zorg in natura betekent dat je recht hebt 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. Let op: het kan voorkomen dat het gecontracteerde aanbod verandert gedurende het jaar. Kijk altijd vooraf in Menzis Zorgvinder om te controleren of je zorgaanbieder een contract heeft.

Menzis Zorgvinder

Menzis maakt afspraken met zorgaanbieders in je buurt over de kwaliteit, snelheid, service en prijs van de zorg. Welke zorgaanbieders met Menzis een overeenkomst hebben, vind je via ‘Menzis Zorgvinder’, op menzis.nl/zorgvinder.

Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Kies je voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, dan vergoedt Menzis de nota van de zorgaanbieder slechts gedeeltelijk. De vergoeding is bovendien altijd lager dan het bedrag dat Menzis gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd. De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van het soort zorg:

Vergoeding	Zorgsoort
75% vergoeding van de nota van de zorgaanbieder, tot een maximum van 75% van het bedrag dat Menzis gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd, bij:	GGZ
85% vergoeding van de nota van de zorgaanbieder, tot een maximum van 85% van het bedrag dat Menzis gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd, bij:	Wijkverpleging

Op menzis.nl/vergoedingen kun je hierover meer informatie vinden. Op het te vergoeden bedrag worden eventueel verschuldigde eigen bijdragen en daarna verplicht en vrijwillig eigen risico in mindering gebracht.

Hardheidsclausule

Kies je voor GGZ of wijkverpleging liever voor een zorgaanbieder zonder zorgovereenkomst maar belemmert de lagere vergoeding je keuze? Dan kun je ons vragen om een hogere vergoeding. Bij de beoordeling of we je een hogere vergoeding kunnen bieden, gaan we uit van de gemiddelde (modale) zorggebruiker. Wij reageren binnen drie weken. Op het te vergoeden bedrag worden eventueel verschuldigde eigen bijdragen en daarna verplicht en vrijwillig eigen risico in mindering gebracht.

Let op

Vraag bij je zorgaanbieder naar zijn behandeltarief en de behandelcode voor de behandeling. Met de behandelcode kan de maximale vergoeding worden bepaald. Houd rekening met onverwachte omstandigheden, zoals complicaties, vervolgbehandelingen, een andere behandelcode of uitstel van de behandeling. Een andere behandelcode of het uitstellen van een behandeling kan namelijk van invloed zijn op het vergoedingsbedrag. Door complicaties of vervolgbehandelingen kan het zijn dat de niet-gecontracteerde zorgaanbieder extra kosten in rekening brengt. Het bedrag dat je zelf moet betalen kan dan hoger uitvallen.

Let op

Zorgaanbieders zijn verplicht om zich op grond van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) te melden of een vergunning te hebben voor het verlenen van zorg. Voor sommige zorgaanbieders geldt een uitzondering. Je kunt alleen naar een zorgaanbieder die aantoonbaar voldoet aan de vereisten van de Wtza. 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.

Overeengekomen volume (omzetplafond)

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

Redelijke termijn en afstand

Voor GGZ en wijkverpleging heb je recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen een redelijke afstand van je huisadres. Wat redelijk is, hangt af van de vorm en de urgentie van de zorg. Je hebt in elk geval recht op zorg binnen de termijn die medisch gezien als maximaal aanvaardbaar wordt beschouwd.

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 je 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: je bent verzekerd voor hulp die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. De zorg moet worden verleend in overeenstemming met de geldende Nederlandse kwaliteitsnormen.

Indicatie en doelmatigheid

Natuurlijk heb je 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, je moet ‘redelijkerwijs zijn aangewezen’ op de zorg. Welke zorg voor jou 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 je zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering.

Eigen risico

Je hebt een verplicht eigen risico van € 400 per kalenderjaar als je 18 jaar of ouder bent. Je kunt naast je verplicht eigen risico kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. In dat geval krijg je een korting op de premiegrondslag. Deze korting bedraagt per maand bij een eigen risico van € 100 een bedrag van € 3,50, bij een eigen risico van € 200 een bedrag van € 7, bij een eigen risico van € 300 een bedrag van € 10,50, bij een eigen risico van € 400 een bedrag van € 14, bij een eigen risico van € 500 een bedrag van € 17,50.

Let op

Sommige behandelingen worden gedeclareerd met een behandelcode, in officiële woorden heet dat: DBC-zorgproduct (diagnose behandelcombinatie), bijvoorbeeld de zorg die je 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 2027 en gesloten in 2028, dan tellen de kosten van het DBC-zorgproduct mee voor het eigen risico van het jaar 2027. Als na het sluiten van een DBC-zorgproduct een nieuw (vervolg)DBC-zorgproduct wordt geopend, dan moet je voor dat nieuwe DBC-zorgproduct opnieuw eigen risico betalen.

Als je een eigen bijdrage hebt 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 je zorgnota rechtstreeks betaalt aan een zorgaanbieder, betaal jij of de verzekeringnemer (ter keuze van Menzis) het eigen risico aan Menzis. Jij of de verzekeringnemer ontvangt dan een nota van Menzis. Een eventuele eigen bijdrage betaal je aan je zorgaanbieder of aan Menzis.

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,
- de niet-invasieve prenatale test (NIPT),
- 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, multidisciplinaire zorg waar huisartsenzorg deel van uitmaakt, stoppen-met-rokenprogramma en gecombineerde leefstijlinterventie. Door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek en beeldvormende diagnostiek valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht. Voor Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen geldt het eigen risico ook,
- medicatiebeoordeling chronisch Uitsluitend Recept-geneesmiddelengebruik, als je naar een apotheker of huisarts gaat,
- verpleging en verzorging (wijkverpleging),
- zorg aan de donor nadat 13 weken of 26 weken (bij levertransplantatie) na de datum van ontslag uit een instelling waar de donor was opgenomen in verband met selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal zijn verstreken, voor zover die zorg verband houdt met die opname.
- 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,
- medicatie en Nicotine vervangende middelen als onderdeel van een stoppen-met-rokenprogramma, als je deze betrekt van een specifiek daarvoor gecontracteerde zorgaanbieder,
- domein- en sectoroverstijgende samenwerking,
- advies van een zorgaanbieder op verzoek van de huisarts om een passende diagnose, behandeling of doorverwijzing te kunnen bieden.

Voorbeelden

1. Je 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. Je hebt een eigen risico van € 400. Je wordt behandeld in het ziekenhuis, maar ontvangt geen nota. Menzis vergoedt de kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis. Je ontvangt dan een nota van Menzis van € 400.
3. Je wordt op 20 december 2027 opgenomen in het ziekenhuis, en op 10 januari 2028 weer ontslagen. Het eigen risico wordt nu eenmaal toegepast in het jaar 2027.

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. de eventuele eigen bijdrage, daarna
3. het nog openstaande deel van het verplichte eigen risico, daarna
4. 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 je 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. Je hebt recht op zorg van een door Menzis gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als je zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijg je die vergoeding van kosten van zorg die je zou krijgen als je in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als je woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kun je 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 je zou krijgen als je in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Deze keuze heb je ook als je in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland of in een ander EU/EER-land of Verdragsland verblijft. Als je woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heb je recht op die vergoeding van kosten van zorg die je 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 je woonland, heb je voorafgaande toestemming van Menzis nodig. Voor meer informatie kun je contact opnemen met de klantenservice. Voorafgaande toestemming heb je niet nodig als de vraag en noodzaak voor die zorg ontstond terwijl je in het buitenland verbleef en de zorg redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na je terugkeer in Nederland.

Menzis Alarmcentrale
Als je in het buitenland bent en je hebt daar zorg nodig, bel dan met de Menzis Alarmcentrale op +31 317 455 555. De Menzis Alarmcentrale is dag en nacht bereikbaar. Schakel de Menzis Alarmcentrale direct in bij spoedeisende zorg.

Extra informatie
Je 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
Je hebt recht op vergoeding van kosten van :
- onderzoek naar de gehoorfunctie,
- advisering over aan te schaffen gehoorapparatuur,
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur,
- psychosociale zorg als je problemen hebt met de gestoorde gehoorfunctie,
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen bij een kind.

Welke zorgaanbieder
Je kunt voor audiologische hulp naar een audiologisch centrum. Deze audiologische hulp moet worden verleend door een multidisciplinair team van deskundigen dat verbonden is aan het audiologisch centrum. Daarnaast moet het audiologisch centrum voldoen aan het veiligheidsbeleid zoals geformuleerd door de FENAC.

Let op
Zorg verleend door solistisch werkende medisch specialisten wordt niet vergoed.

Verwijzing
Je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van audiologische hulp als je vooraf een schriftelijke verwijzing hebt van je huisarts of medisch specialist (kinderarts of keel-, neus- en oorarts). Een verwijzing is maximaal een jaar geldig.

Extra informatie
Zoek je informatie over gehoorhulpmiddelen (hoortoestel)? Gehoorhulpmiddelen vallen onder Hulpmiddelen. Meer informatie vind je in het Verzekeringsreglement en de Regeling zorgverzekering. Deze vind je 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
Je hebt per kalenderjaar recht op vergoeding van kosten van maximaal 3 behandeluren diëtetiek met een geneeskundig doel over voeding en eetgewoonten. Een behandeluur bestaat uit de geplande tijd die de diëtist met je 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
Je kunt voor deze zorg naar een diëtist die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening ‘Kwaliteitsgeregistreerd’ heeft. Je kunt dit register vinden op kwaliteitsregisterparamedici.nl.

Verwijzing
Je hebt geen verwijzing nodig als je naar een diëtist gaat.

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

Welke zorg
Je hebt recht op vergoeding van kosten van polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. Je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van dieetpreparaten als je niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding, en:

- je lijdt aan een stofwisselingsstoornis,
- je lijdt aan een voedselallergie,
- je lijdt aan een resorptiestoornis,
- je 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
Je kunt voor dieetpreparaten naar een apotheek, een apotheekhoudende huisarts of een leverancier van dieetpreparaten.

Behandeladvies
Je hebt een behandeladvies nodig van een huisarts, medisch specialist of diëtist.

Maximale periode
Per recept heb je recht op vergoeding van kosten van dieetpreparaten voor maximaal 1 maand.

Toestemming

Als je naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat, lever je samen met het recept een door je huisarts, medisch specialist of diëtist ingevulde artsenverklaring in. Als aan de indicatievoorwaarden is voldaan krijg je de dieetpreparaten direct mee. Als je naar een zorgaanbieder gaat die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, heb je voorafgaande toestemming van Menzis nodig. Je kunt in dat geval gebruikmaken van een aanvraagformulier farmaceutische zorg van Menzis. Bij de aanvraag moet je een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van je behandelend arts meesturen. Je vindt het aanvraagformulier op menzis.nl.

Let op

Voor zuigelingenvoeding bij koemelkallergie heb je in de volgende gevallen vooraf onze toestemming nodig;

- als er geen provocatietest is uitgevoerd,
- voor kinderen van 2 jaar of ouder,
- bij een hoeveelheid van meer dan 1000 ml per dag.

Let op

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

Eerstelijnsverblijf

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

Welke zorg

Je hebt recht op vergoeding van kosten van verblijf, gedurende het etmaal, dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Ook heb je 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

Het eerstelijnsverblijf vindt plaats in een instelling voor verpleging en verzorging waar de geneeskundige zorg onder verantwoordelijkheid van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten wordt verleend.

Verwijzing

Je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van eerstelijnsverblijf als je vooraf een schriftelijke verwijzing hebt 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

Je hebt recht op vergoeding van kosten van :

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

Welke zorgaanbieder

Je 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.

Verwijzing

Je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van erfelijkheidsonderzoek als je vooraf een schriftelijke verwijzing hebt van jouw 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

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

Welke zorgaanbieder

Je kunt voor deze zorg naar een ergotherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening ‘Kwaliteitsgeregistreerd’ heeft. Je kunt dit register vinden op kwaliteitsregisterparamedici.nl.

Verwijzing

Je hebt geen verwijzing nodig als je naar een ergotherapeut gaat.

Fysiotherapie en oefentherapie

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 je leert zo goed mogelijk met je beperkingen om te gaan.

Welke zorg

Je hebt recht op vergoeding van kosten van fysiotherapie. Waar je precies recht op hebt, hangt ervan af of je 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. Je hebt geen recht op die behandelingen. Meer informatie en voorbeelden vind je op menzis.nl.

18 jaar of ouder

Je hebt recht op vergoeding van kosten van 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 heb je recht op vergoeding van kosten van fysiotherapie voor een maximale periode. Of dat het geval is vind je 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 vind je op menzis.nl. Je kunt ook contact opnemen met de Klantenservice.

Let op

Je hebt vanuit je Basisverzekering geen recht op vergoeding van kosten van de 1e 20 behandelingen per aandoening. In de aanvullende verzekeringen van Menzis is een aantal behandelingen verzekerd. Kijk daarvoor in je aanvullende verzekering.

Jonger dan 18 jaar

Je hebt recht op vergoeding van kosten van fysiotherapie in dezelfde gevallen als mensen van 18 jaar of ouder, maar dan vanaf de 1e behandeling. Als je een aandoening hebt die niet op de lijst die de minister van VWS heeft vastgesteld staat, heb je recht op vergoeding van kosten van ten hoogste 9 behandelingen per aandoening per kalenderjaar. Als de 1e 9 behandelingen niet toereikend zijn, heb je recht op vergoeding van kosten van nog eens ten hoogste 9 behandelingen per kalenderjaar.

Welke zorgaanbieder

Voor de meeste klachten kun je terecht bij een algemeen fysiotherapeut. Voor sommige specifieke klachten kun je naar een therapeut die gespecialiseerd is in de behandeling van deze klachten. Denk 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 je aan om aan je fysiotherapeut te vragen of hij gespecialiseerd is in de behandeling van jouw klachten.

Let op

Je kunt voor behandeling van de ziekte van Parkinson alleen naar een fysiotherapeut die is aangesloten bij ParkinsonNet en die staat ingeschreven in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of in het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

Let op

Je kunt alleen naar een algemeen fysiotherapeut, een kinderfysiotherapeut, een manueel therapeut, een oedeemfysiotherapeut, een geriatriefysiotherapeut of een bekkenfysiotherapeut die staat ingeschreven in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of in het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR). Voor oedeemtherapie en littekentherapie kun je ook naar een huidtherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening 'Kwaliteitsgeregistreerd' heeft.

Verwijzing

Je hebt geen verwijzing nodig als je naar een fysiotherapeut gaat. Wel heb je een bewijs van diagnosestelling nodig. Het bewijs van de diagnosestelling moet minimaal de naam bevatten van de patiënt en de diagnosesteller. De diagnosestelling moet specifiek genoeg zijn om vast te kunnen stellen of het een aandoening betreft die vermeld staat in Besluit zorgverzekering en/of Bijlage 1 artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering.

Let op

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

Je hebt recht op vergoeding van kosten van oefentherapie. Waar je precies recht op hebt, hangt ervan af of je 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. Je hebt geen recht op die behandelingen. Meer informatie vind je op menzis.nl.

18 jaar of ouder

Je hebt recht op vergoeding van kosten van 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 heb je recht op vergoeding van kosten van oefentherapie voor een maximale periode. Of dat het geval is vind je 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 vind je op menzis.nl. Je kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice.

Let op

Je hebt geen recht op vergoeding van kosten van de 1e 20 behandelingen. In de aanvullende verzekeringen van Menzis is een aantal behandelingen verzekerd. Kijk daarvoor in je aanvullende verzekering.

Jonger dan 18 jaar

Je hebt recht op vergoeding van kosten van oefentherapie in dezelfde gevallen als mensen van 18 jaar of ouder, maar dan vanaf de 1e behandeling. Als je een aandoening hebt die niet op de lijst staat, heb je recht op vergoeding van kosten van ten hoogste 9 behandelingen per aandoening per kalenderjaar. Als de 1e 9 behandelingen niet toereikend zijn, heb je recht op vergoeding van kosten van nog eens ten hoogste 9 behandelingen per kalenderjaar.

Welke zorgaanbieder

Je kunt naar een oefentherapeut of een kinderoefentherapeut, die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening ‘Kwaliteitsgeregistreerd’ heeft.

Verwijzing

Je hebt geen verwijzing nodig als je naar een oefentherapeut gaat. Wel heb je een bewijs van diagnosestelling nodig. Het bewijs van de diagnosestelling moet minimaal de naam bevatten van de patiënt en de diagnosesteller. De diagnosestelling moet specifiek genoeg zijn om vast te kunnen stellen of het een aandoening betreft die vermeld staat in Besluit zorgverzekering en/of Bijlage 1 artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering.

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

Je hebt recht op vergoeding van kosten van maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie, als je 18 jaar of ouder bent. Vergoeding geldt vanaf de 1e behandeling.

Welke zorgaanbieder

Je kunt naar een bekkenfysiotherapeut die staat ingeschreven in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of in het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR). Je kunt ook naar een oefentherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP) de aantekening 'Kwaliteitsgeregistreerd' heeft en daarnaast in het bezit is van een master Bekkenfysiotherapie.

Verwijzing

Je hebt geen verwijzing nodig als je naar een bekkenfysiotherapeut of oefentherapeut gaat. Wel heb je een bewijs nodig van je behandelend arts waarin de diagnose urine-incontinentie is vastgesteld. Het bewijs van de diagnosestelling moet minimaal de naam bevatten van de patiënt en de diagnosesteller.

Claudicatio intermittens (etalagebenen)

Etalagebenen is de volksterm voor symptomatisch perifeer arterieel vaatlijden, ofwel claudicatio intermittens. Hierbij voeren de slagaders in je benen te weinig zuurstof aan voor de spieren die je 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 ze noodgedwongen moeten rusten. Ze kijken dan bijvoorbeeld in de etalage van een winkel.)

Welke zorg

Als je 18 jaar of ouder bent, heb je gedurende maximaal 12 maanden recht op vergoeding van kosten van maximaal 37 behandelingen oefentherapie onder begeleiding van een fysio- of oefentherapeut als je etalagebenen hebt. Vergoeding geldt vanaf de 1e behandeling.

Onder etalagebenen wordt verstaan: perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine.

Welke zorgaanbieder

Je kunt naar een fysiotherapeut of oefentherapeut die is aangesloten bij Chronisch ZorgNet.

Verwijzing

Je hebt geen verwijzing nodig als je naar een fysiotherapeut of oefentherapeut gaat die is aangesloten bij Chronisch ZorgNet. Wel heb je een bewijs nodig van je behandelend arts waarin de diagnose etalagebenen is vastgesteld. Het bewijs van de diagnosestelling moet minimaal de naam bevatten van de patiënt en de diagnosesteller.

Valpreventieve beweeginterventie

Een valpreventieve beweeginterventie is gericht op het verminderen van valrisico's. Aan de hand van een valrisicobeoordeling van de huisarts kun je het advies krijgen om een beweegprogramma te gaan volgen. Dat wordt een valpreventieve beweeginterventie genoemd.

Welke zorg

Als je 18 jaar of ouder bent heb je recht op vergoeding van kosten van een valpreventieve beweeginterventie. Waar je precies recht op hebt hangt af van je valrisico's en de onderliggende of bijkomende somatische of psychische problemen.

Je hebt eenmaal per 12 maanden recht op een valpreventieve beweeginterventie.

Welke zorgaanbieder

Je kunt naar een fysiotherapeut of oefentherapeut die gespecialiseerd is in Otago (een individueel oefenprogramma of in een groep van maximaal 6 personen) of In Balans (een oefenprogramma voor

een groep van maximaal 6 personen). Ook moet deze zorgaanbieder samenwerkingsafspraken hebben met je gemeente en ketenpartners voor een valpreventieve beweeginterventie.

Verwijzing

Je hebt alleen recht op een valpreventieve beweeginterventie als je vooraf een schriftelijke verwijzing hebt van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde, physician assistent of verpleegkundig specialist.

Artrose van heup- of kniegewricht

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

Welke zorg

Als je 18 jaar of ouder bent, heb je gedurende maximaal 12 maanden recht op vergoeding van kosten van maximaal 12 behandelingen oefentherapie onder begeleiding als je artrose van heup- of kniegewricht hebt. Vergoeding geldt vanaf de 1e behandeling.

Welke zorgaanbieder

Je kunt naar een fysio- of oefentherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening ‘Kwaliteitsgeregistreerd’ heeft.

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)

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

Welke zorg

Als je 18 jaar of ouder bent, heb je recht op vergoeding van kosten van oefentherapie onder begeleiding van een fysio- of oefentherapeut als er sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie. Een arts moet dit vaststellen. Vergoeding geldt vanaf de 1e behandeling.

Welke zorgaanbieder

Je kunt naar een fysiotherapeut of oefentherapeut die is aangesloten bij Chronisch ZorgNet.

Verwijzing

Je hebt geen verwijzing nodig als je naar een fysiotherapeut of oefentherapeut gaat die is aangesloten bij Chronisch ZorgNet. Wel heb je een bewijs nodig van je behandelend arts waarin de diagnose COPD Gold II of hoger is vastgesteld. Het bewijs van de diagnosestelling moet minimaal de naam bevatten van de patiënt en de diagnosesteller.

Artritis

Reumatoïde artritis (RA) is een chronische auto-immuunziekte waarbij je ontstekingen in de gewrichten hebt en vaak ook in je slijmbeurzen en pezen. Axiale spondyloartritis (axSpA) is een chronische ontstekingsziekte en systemische aandoening die vooral wordt gekenmerkt door ontstekingen van de gewrichten van het bekken en de wervelkolom. Hierbij kunnen ernstige functionele beperkingen ontstaan die je belemmeren in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Langdurige persoonsgerichte actieve fysio- of oefentherapie kan helpen om ernstige achteruitgang te voorkomen.

Welke zorg

Als je 18 jaar of ouder bent, heb je recht op vergoeding van kosten van langdurige persoonsgerichte actieve oefentherapie onder begeleiding van een fysio- of oefentherapeut als er sprake is van reumatoïde artritis of axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen. Vergoeding geldt vanaf de 1e behandeling.

Welke zorgaanbieder

Je kunt naar een fysiotherapeut of oefentherapeut die de trainingsmodule voor RA en axSpA met ernstige functionele beperkingen voor fysio- en oefentherapeuten heeft gevolgd. De therapeuten die deze trainingsmodule hebben gevolgd kun je vinden op de website van het KNGF. Je kunt dit ook navragen bij je fysiotherapeut.

Verwijzing

Je hebt geen verwijzing nodig als je naar een fysiotherapeut of oefentherapeut gaat. Wel heb je een bewijs nodig van je behandelend arts waarin de diagnose reumatoïde artritis of axiale spondyloartritis is vastgesteld. Het bewijs van de diagnosestelling moet minimaal de naam bevatten van de patiënt en de diagnosesteller.

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 (kijk hiervoor in het artikel Huisartsenzorg), GGZ zonder opname en GGZ met opname. Geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, 1^{e} lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van de Jeugdwet is niet verzekerd.

GGZ zonder opname

GGZ zonder opname wil zeggen dat je regelmatig een bezoek brengt aan de zorgaanbieder voor je behandeling, maar dat je gewoon thuis leeft en slaapt. De meeste psychische stoornissen kunnen zonder opname behandeld worden.

Welke zorg

Je hebt recht op diagnostiek en behandeling bij erkende psychische DSM-stoornissen. DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. De omvang van de zorg binnen de GGZ zonder opname is begrensd door wat klinisch-psychologen en psychiaters plegen te bieden.

Ook heb je recht op een verkennend gesprek op verzoek van de huisarts. In een verkennend gesprek wordt samen met jou, een GGZ professional en een hulpverlener uit het sociaal domein gekeken wat je hulpvraag is en welke ondersteuning of zorg je nodig hebt.

Let op

- Niet elke behandeling van een psychische stoornis of GGZ-behandeling is verzekerd in de Basisverzekering. Laat je hierover goed informeren door je zorgaanbieder voordat je de behandeling start of informeer bij de klantenservice.
- Je hebt geen recht op behandeling van aanpassingsstoornissen en hulp bij psychische klachten die verband houden met werk- en relatieproblemen.
- Als je een nota bij Menzis indient, dient deze alle informatie te bevatten die volgens wet- en regelgeving vereist is. Je kunt deze vinden op menzis.nl. Menzis kan aanvullende informatie bij je 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 je daarom vooraf goed informeren als je je voor verslaving wilt laten behandelen. Je kunt hiervoor contact opnemen met de klantenservice.

Welke zorgaanbieder

Je kunt naar een vrijgevestigd zorgaanbieder of naar een GGZ-instelling. Uit het AGB-register moet blijken dat de zorgaanbieder beschikt over een kwaliteitsstatuut dat voldoet aan de eisen uit het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. De zorgaanbieder moet naar dit kwaliteitsstatuut handelen. Een regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor de totale behandeling. Daarnaast is hij voor alle betrokkenen, en voor jou als patiënt en je naasten het centrale aanspreekpunt.

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. Je kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Alle door Menzis gecontracteerde zorgaanbieders hebben een kwaliteitsstatuut. Op menzis.nl/zorgvinder vind je een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. Je kunt ook contact opnemen met de Klantenservice. In het artikel ‘Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder’ aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat je vergoed krijgt als je naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Als je naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, controleer dan vóór de behandeling of deze zorgaanbieder een kwaliteitsstatuut heeft dat voldoet aan de eisen uit het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Je kunt hiervoor contact opnemen met de Klantenservice. Je kunt ook contact opnemen met de betreffende zorgaanbieder of naar de website van de zorgaanbieder gaan. Als de zorgaanbieder waar je naartoe gaat geen kwaliteitsstatuut heeft dat voldoet aan de eisen uit het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ, komt de verleende zorg niet voor vergoeding in aanmerking.

Verwijzing

- Je hebt alleen recht op GGZ zonder opname als je vooraf een schriftelijke verwijzing hebt van de huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, spoedeisende hulp arts (SEH), straatdokter, arts maatschappij en gezondheid of je regiebehandelaar. Deze verwijzing moet voldoen aan de 'Verwijsafspraken Geestelijke gezondheidszorg’ zoals vastgesteld door het ministerie van VWS.
- Als uit het verkennend gesprek blijkt dat je recht hebt op GGZ, dan heb je hiervoor een verwijzing nodig.

Let op

- Kom je zonder tijdige afmelding niet op je afspraak? Dan moet je de kosten daarvan zelf betalen.
- Indien je 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. Je dient samen met je behandelaar een verklaring te ondertekenen en naar Menzis op te sturen. Deze verklaring is te vinden op menzis.nl/vergoedingen.
- Ben je een behandeling gestart onder de Jeugdwet bij een zorgaanbieder die niet beschikt over een goedgekeurd kwaliteitsstatuut? En gaat deze behandeling door op 18-jarige leeftijd? Dan komen de kosten voor deze behandeling onder bepaalde voorwaarden voor vergoeding in aanmerking. Deze voorwaarden zijn te vinden in de 'Regeling overgang Jeugdwet naar Zvw bij bereiken 18 jaar', behorend bij het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ.

GGZ met opname

Sommige psychische problematiek is zo ernstig, dat een behandeling zonder opname niet toereikend is. Opname in een psychiatrische kliniek of een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis is dan de beste oplossing. Dat betekent dat je je behandeling ontvangt in de kliniek maar ook dat je 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

Je hebt recht op:

- diagnostiek en behandeling bij complexe en/of meervoudige erkende DSM psychische stoornissen waarbij vaak ook een multidisciplinaire aanpak gewenst is. DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. De omvang van de zorg binnen de GGZ met opname is begrensd door wat klinisch-psychologen en psychiaters plegen te bieden.
- opname en verblijf, gedurende het etmaal, in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende maximaal 1.095 dagen. Als de opname korter dan 31 dagen wordt onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij de 1.095 dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld. 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

- Niet elke behandeling van een psychische stoornis of GGZ-behandeling is verzekerd in de Basisverzekering. Laat je hierover goed informeren door je zorgaanbieder voordat je voor behandeling wordt opgenomen of informeer bij de klantenservice.
- Je hebt geen recht op behandeling van aanpassingsstoornissen en hulp bij psychische klachten die verband houden met werk- en relatieproblemen.
- Verslavingszorg is vaak duur en is – zeker als de verslavingszorg in het buitenland plaatsvindt – in lang niet alle gevallen verzekerd. Laat je daarom vooraf goed informeren als je je voor verslaving wilt laten behandelen. Je kunt hiervoor contact opnemen met de klantenservice.

Welke zorgaanbieder

Je kunt naar een GGZ-instelling. Uit het AGB-register moet blijken dat de zorgaanbieder beschikt over een kwaliteitsstatuut dat voldoet aan de eisen uit het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. De zorgaanbieder moet naar dit kwaliteitsstatuut handelen. Een regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor de totale behandeling. Daarnaast is hij voor alle betrokkenen, en voor jou als patiënt en je naasten het centrale aanspreekpunt.

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. Je kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Alle door Menzis gecontracteerde zorgaanbieders hebben een kwaliteitsstatuut. Op menzis.nl/zorgvinder vind je een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. Je kunt ook contact opnemen met de Klantenservice. In het artikel ‘Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder’ aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat je vergoed krijgt als je naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Als je naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, controleer dan vóór de behandeling of deze zorgaanbieder een kwaliteitsstatuut heeft dat voldoet aan de eisen uit het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Je kunt hiervoor contact opnemen met de Klantenservice. Je kunt ook contact opnemen met de betreffende zorgaanbieder of naar de website van de zorgaanbieder gaan. Als de zorgaanbieder waar je naartoe gaat geen kwaliteitsstatuut heeft dat voldoet aan de eisen uit het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ, komt de verleende zorg niet voor vergoeding in aanmerking.

Verwijzing

Je hebt alleen recht op GGZ met opname als je vooraf een schriftelijke verwijzing hebt van de huisarts, medisch specialist, spoedeisende hulp arts (SEH), straatdokter, arts maatschappij en gezondheid of je regiebehandelaar. Een verwijzing is niet nodig als er sprake is van acute zorg. Wel is per direct een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die plaatsvindt nadat de acute situatie voorbij is.

De verwijzing omvat een duidelijke hulpvraag die vanuit de GGZ beantwoord kan worden, dient specifiek naar de GGZ te verwijzen en dient ten minste te vermelden wat de door de verwijzer vermoede psychische (DSM-)stoornis is en de reden voor de verwijzing. De verwijzing moet voldoen aan de ‘Verwijsafspraken Geestelijke gezondheidszorg’ zoals vastgesteld door het ministerie van VWS. Dit betekent o.a. dat je behandeling binnen 9 maanden na het afgeven van de verwijzing moet starten. Zit er meer dan 9 maanden tussen? Vraag dan een nieuwe verwijzing.

Toestemming

- Als je kiest voor een behandeling met verblijf bij een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, heb je voorafgaande schriftelijke toestemming van Menzis nodig. Om deze toestemming aan te vragen, kun je contact opnemen met de Klantenservice.
- Wil je het geneesmiddel esketamine neusspray (onder andere Spravato) gebruiken? Dan heb je voorafgaande schriftelijke toestemming van Menzis nodig indien je naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat. Om deze toestemming aan te vragen, kun je contact opnemen met de Klantenservice.

Let op

- Indien je 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. Je dient samen met je 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.
- Ben je een behandeling gestart onder de Jeugdwet bij een zorgaanbieder die niet beschikt over een goedgekeurd kwaliteitsstatuut? En gaat deze behandeling door op 18-jarige leeftijd? Dan komen de kosten voor deze behandeling onder bepaalde voorwaarden voor vergoeding in aanmerking. Deze voorwaarden zijn te vinden in de 'Regeling overgang Jeugdwet naar Zvw bij bereiken 18 jaar', behorend bij het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ.

Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP)

De geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen is een verzameling van zorgvormen voor kwetsbare mensen die (nog) thuis wonen met (hoog) complexe problematiek. De zorgvraag is veelzijdig en kan liggen op het somatische, het psychische en/of het gedragsmatige gebied.

Welke zorg

Je hebt recht op vergoeding van kosten van generalistische zorg gericht op kwetsbare patiënten.

Deze zorg kan individueel of groepsgewijs worden ingezet. De geleverde zorg moet voldoen aan de Uitgangspunten ‘Zorg in een groep’ Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) en Uitgangspunten ‘Individuele prestaties’ Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP)’. Deze uitgangspunten zijn gezamenlijk opgesteld door diverse zorgaanbieders, beroepsorganisaties en Zorgverzekeraars Nederland. Je vindt deze via zn.nl/publicaties.

Welke zorgaanbieder

Je kunt naar een specialist oudergeneeskunde of een arts verstandelijk gehandicapten. De specialist oudergeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten kan ook andere zorgprofessionals bij de behandeling betrekken.

Verwijzing

Je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen als je vóóraf een schriftelijke indicatie hebt van een huisarts of een medisch specialist.

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', heb je recht op vergoeding van kosten van alle geneesmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke geneesmiddelen dat zijn, is te vinden in Bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. Je kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen op overheid.nl. Als je wilt weten of een bepaald geneesmiddel op deze lijst staat, kun je ook contact opnemen met onze Klantenservice.

Niet geregistreerde geneesmiddelen

Je hebt recht op vergoeding van kosten van geneesmiddelen die in de apotheek zelf zijn bereid. Ook heb je recht op vergoeding van kosten van geneesmiddelen die je arts voor gebruik door je bestelt, als dit geneesmiddel in Nederland is bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, 1^{e} lid, onder mm van de Geneesmiddelenwet. Indien het gaat om een bestelling van een geneesmiddel dat in Nederland niet in de handel is maar wel in een ander land, is dit slechts toegestaan als je 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 je 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. Je hebt recht op vergoeding van kosten van 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 heb je alleen recht op vergoeding van kosten van die geneesmiddelen die door Menzis zijn aangewezen. Dit zijn de zogenaamde preferente geneesmiddelen. Voor welke werkzame stoffen preferente geneesmiddelen zijn aangewezen en welke geneesmiddelen dat zijn, vind je in het Verzekeringsreglement. In uitzonderingsgevallen kan het voorkomen dat behandeling met een preferent geneesmiddel medisch niet verantwoord is. Dan heb je recht op vergoeding van kosten van een ander geneesmiddel uit Bijlage

1 bij de Regeling zorgverzekering. Je kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen op overheid.nl.

Preferente geneesmiddelen

Als behandeling met een preferent geneesmiddel niet medisch verantwoord is en je dus een ander, niet-preferent, geneesmiddel wilt gebruiken, heb je voorafgaande toestemming nodig. Als je naar een apotheker gaat waarmee Menzis een overeenkomst heeft gesloten, geeft deze apotheek je het geneesmiddel mee als je een door een arts ondertekend recept inlevert waarop de arts 'medisch noodzakelijk' of MN heeft geschreven. Ook kun je samen met het recept een door jouw huisarts, tandarts, medisch specialist, verloskundige of GGD-arts, ingevulde verklaring inleveren waar de medische noodzaak uit blijkt. Ga je naar een apotheker waarmee Menzis geen overeenkomst heeft gesloten dan vraag je met het Aanvraagformulier farmaceutische zorg toestemming aan Menzis. Bij dit formulier moet je een gemotiveerde toelichting van je arts sturen. Als het gaat om medicatie die je voor het eerst gebruikt, heb je de 1e 15 dagen ook zonder toestemming van Menzis recht op vergoeding van kosten van het geneesmiddel. Je moet dan wel binnen die 15 dagen een aanvraag voor toestemming bij Menzis indienen. Als je de aanvraag niet tijdig indient heb je na de 15e dag geen recht meer op het niet-preferente geneesmiddel.

Indicatie

Op sommige geneesmiddelen heb je alleen recht als je een indicatie hebt die in de wettelijke regeling is omschreven. Je vindt deze geneesmiddelen en indicaties in Bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering. Je kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen op overheid.nl. Voor sommige geneesmiddelen die op Bijlage 2 staan gelden ook andere voorwaarden, die je vindt in het Verzekeringsreglement. Je kunt het Verzekeringsreglement vinden op menzis.nl.

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 je apotheek, tenzij deze boven de onderstaande hoeveelheden uitkomen. Een andere reden kan zijn dat de houdbaarheid van een geneesmiddel ervoor zorgt dat je slechts een deel meekrijgt. De apotheker zal dit altijd met je overleggen.

- Een nieuw voorgeschreven geneesmiddel krijg je voor 15 dagen mee. Of je krijgt de kleinste geneesmiddelenverpakking. Als het gaat om een geneesmiddel waarvoor het preferentiebeleid geldt, krijg je 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 € 2.500 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.

- Geneesmiddelen die een chronische ziekte behandelen krijg je ten minste voor 3 maanden mee en ten hoogste 6 maanden als het gaat om een geneesmiddel dat door Menzis als preferent is aangewezen, tenzij je om aantoonbare medische reden niet zo lang over een geneesmiddel mag beschikken.
- Slaapmiddelen en kalmeringsmiddelen krijg je voor 1 maand mee.
- Geneesmiddelen tijdens intensieve zorg thuis (farmaceutische zorg tijdens de palliatieve en terminale fase) krijg je in principe voor een periode van 15 dagen mee. Er kan ook in overleg tussen verzekerde, (huis)arts, wijkverpleegkundige en apotheker een maatwerkafspraak worden gemaakt.
- Voor alle andere gevallen krijg je geneesmiddelen voor minimaal 1 maand mee.

Eigen bijdrage

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

Let op

De eigen bijdrage is niet hetzelfde als het eigen risico. Je betaalt beide.

Uitsluitingen

Je hebt geen recht op vergoeding van kosten van geneesmiddelen:

- in gevallen die zijn aangegeven in de Regeling zorgverzekering,
- in geval van ziekterisico bij reizen,
- voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, 3^{e} lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet,
- die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij het een apotheekbereiding is van een geneesmiddel opgenomen in Bijlage 3, onderdeel A, van de Regeling zorgverzekering, of het een apotheekbereiding van een geneesmiddel betreft waarover de Minister blijkens bijlage 1 en 3 van de Regeling zorgverzekering nog geen besluit tot opname in het verzekerde pakket heeft genomen,
- die opgenomen zijn op Bijlage 3, onderdeel B, van de Regeling zorgverzekering,
- als bedoeld in artikel 40, 3^{e} lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.

Welke zorgaanbieder

Je kunt voor geneesmiddelen naar een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.

Recept

Je hebt een recept nodig van een huisarts, tandarts, medisch specialist, verloskundige of GGD-arts. Of van een specialist ouderengeneeskunde als je gebruikmaakt van eerstelijnsverblijf (ELV).

Toestemming

Voor sommige geneesmiddelen heb je voorafgaande toestemming nodig. Welke geneesmiddelen dat zijn, vind je in het Verzekeringsreglement in tabel 1. Je arts kan een bij dit geneesmiddel horende artsenverklaring invullen. Hiervoor zijn speciale formulieren, die je kunt vinden op znformulieren.nl. Als

je met deze artsenverklaring naar een apotheek gaat waarmee Menzis een overeenkomst heeft gesloten, beoordeelt de apotheker of je recht hebt op vergoeding van kosten van het geneesmiddel. Je hoeft dan niet eerst aan Menzis toestemming te vragen. Ga je voor het geneesmiddel naar een apotheek waarmee Menzis geen overeenkomst heeft gesloten, dan moet je wel eerst toestemming vragen aan Menzis.

Huisartsenzorg

De huisarts is het 1e aanspreekpunt als je vragen over gezondheid en ziekte hebt. Huisartsenzorg is vrij toegankelijk en persoonsgericht. In de avond, nacht, of het weekend kun je hulp krijgen bij een huisartsenpost.

Welke zorg

Je hebt recht op vergoeding van kosten van :

- huisartsenzorg, behalve de griepprik,
- door de huisarts aangevraagd laboratoriumonderzoek, beeldvormende diagnostiek en functieonderzoek. Uitzondering hierop zijn de onderzoeken die volgens de NHG niet behoren tot het deskundigheidsgebied van de huisarts. Op menzis.nl staat welke onderzoeken dit zijn,
- 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 je psychische klachten hebt en beoordeelt of hij je zelf kan behandelen of dat je verwezen moet worden naar de GGZ zonder opname of de GGZ met opname,
- ketenzorg die bekostigd wordt op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Met welke huisartsen Menzis afspraken heeft gemaakt, vind je 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. Je kunt kiezen of je 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 je kunt vinden op Loketgezondleven.nl, als je een matig of sterk verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico hebt. Dit wordt vastgesteld door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist,
- zorg en ondersteuning voor kinderen jonger dan 18 jaar met overgewicht en obesitas. Deze zorg bestaat uit een brede analyse, begeleiding, coördinatie en GLI voor kinderen. Er moet sprake zijn van een matig of sterk verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico. Dit wordt vastgesteld door een huisarts, kinderarts, jeugdarts of jeugdverpleegkundige. Alleen als er in het behandelplan een GLI voor kinderen wordt aangeboden heb je recht op begeleiding en coördinatie. De GLI voor kinderen wordt aangeboden in de vorm van een programma. Op de website loketgezondleven.nl staat welke GLI programma's door het RIVM erkend zijn en vergoed worden vanuit de Basisverzekering. De GLI voor kinderen mag maximaal 24 aaneengesloten maanden duren. De begeleiding en coördinatie mag maximaal 3,5 jaar duren,

- Geneeskundige zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) verleend door een Specialist Ouderengeneeskunde of een Arts Verstandelijk Gehandicapten. Kijk voor meer informatie in het artikel 'Geneeskundige zorg voor Specifieke Patiëntgroepen',
- preventieve voetzorg: wanneer je diabetes hebt én daarbij een verhoogd risico op voetulcus (diepe ontsteking aan de voet), of wanneer je door andere medische aandoeningen of door een medische behandeling een verhoogd risico op een voetulcus hebt,
- valrisicobeoordeling: een analyse naar de oorzaken van een eventuele val die je hebt gemaakt of het vaststellen van hoge valrisico's. Vervolgens ontvang je advies en krijg je mogelijk een verwijzing om een beweegprogramma te volgen. Dat wordt een valpreventieve beweeginterventie genoemd. Kijk voor meer informatie in het artikel 'Fysiotherapie, oefentherapie en bekkenfysiotherapie'.

Welke zorgaanbieder

Voor huisartsenzorg ga je 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 (NP), verpleegkundig specialist (VS), physician assistant (PA), praktijkondersteuner (POH, POH-O en POH-GGZ) of door een zorgaanbieder waarmee Menzis afspraken heeft gemaakt over huisartsenzorg. In de avond, nacht, of in het weekend kun je 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 je huisarts bij welke dienstdoende huisarts of huisartsenpost je terecht kunt. Je vindt ook informatie op verenigingh uisartsenposten.nl.

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

Je kunt je voor het plaatsen van een spiraaltje (anticonceptie) ook wenden tot een verloskundige.

Voor de GLI kun je naar:
- een leefstijlcoach die staat ingeschreven in het register van de BLCN (BLCN staat voor beroepsvereniging leefstijlcoaches Nederland),
- een paramedicus (diëtist, oefentherapeut of fysiotherapeut) met de aantekening leefstijlcoach in het betreffende register (Kwaliteitsregister Paramedici (KP), Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of in het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR)),
- een samenwerkingsverband (van bijvoorbeeld diëtist en fysiotherapeut) geschoold in de uitvoering van een door het RIVM erkend GLI programma die vergoed wordt vanuit de Basisverzekering.

Voor zorg en ondersteuning bij kinderen met overgewicht en obesitas geldt het volgende:
- voor een brede analyse, begeleiding en coördinatie kun je naar een zorgaanbieder die is opgeleid als centrale zorgverlener. Deze zorgverlener moet samenwerkingsafspraken hebben met de ketenpartners en je gemeente voor aanpak overgewicht en obesitas.
- voor een GLI voor kinderen kun je naar een zorgaanbieder die is opgeleid als kinderleefstijlcoach voor één van de erkende GLI programma's die staan vermeld op loketgezondleven.nl. Deze zorgaanbieder moet samenwerkingsafspraken hebben met de ketenpartner en je gemeente voor aanpak overgewicht en obesitas.

Je kunt je voor preventieve voetzorg buiten de ketenzorg wenden tot een podotherapeut. De podotherapeut kan voor preventieve voetzorg een pedicure inschakelen. De pedicure werkt onder de verantwoordelijkheid van de podotherapeut.

Let op

Ga je voor preventieve voetzorg rechtstreeks naar een pedicure? Dan krijg je geen vergoeding. De kosten van een pedicure worden alleen vergoed als onderdeel van ketenzorg of als de podotherapeut je naar de pedicure doorverwijst.

Verwijzing

- Preventieve voetzorg: je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van voetzorg als je vooraf een schriftelijke verwijzing van je huisarts of medisch specialist hebt.
- GLI: je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van gecombineerde leefstijlinterventie als je vooraf een schriftelijke verwijzing van je huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist hebt.
- Zorg en ondersteuning voor kinderen jonger dan 18 jaar met overgewicht en obesitas: je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van een brede analyse, begeleiding en coördinatie door een centrale zorgverlener en een GLI voor kinderen als je vooraf een schriftelijke verwijzing van je huisarts, kinderarts, jeugdarts of jeugdverpleegkundige hebt.

Toestemming

Voor zorg in een groep aan lichamelijk gehandicapten / mensen met niet-aangeboren hersenletsel heb je voorafgaande toestemming van Menzis nodig als de zorg langer duurt dan 12 maanden.

Let op

Wanneer de huisarts laboratorium- en functieonderzoek en beeldvormende diagnostiek aanvraagt, dan valt dit onder het eigen risico als dat onderzoek elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht.

Hulpmiddelen

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

Welke zorg

Je hebt recht op vergoeding van kosten van functionerende hulpmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke hulpmiddelen dat zijn, is te vinden in de Regeling zorgverzekering. Sommige groepen hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering specifiek beschreven, anderen zijn functiegericht omschreven. In het laatste geval betekent dat, dat je recht hebt 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.

Wil je een hulpmiddel dat behoort tot de functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Verzekeringsreglement opgenomen? Dien je dan een aanvraag in bij Menzis. Menzis zal je aanvraag beoordelen. In de Regeling zorgverzekering zijn ook de indicatiecriteria opgenomen waaraan je moet voldoen om aanspraak te kunnen maken op het hulpmiddel. Je kunt de Regeling zorgverzekering en het Verzekeringsreglement vinden op menzis.nl. Als je wilt weten of een bepaald hulpmiddel op deze lijst staat, kun je ook contact opnemen met onze Klantenservice.

Eigen bijdrage

Voor sommige hulpmiddelen geldt een (procentuele) wettelijke eigen bijdrage of maximale vergoeding. Je kunt in de Regeling zorgverzekering vinden of dat het geval is en hoe hoog de eigen bijdrage of maximale vergoeding dan is. Je betaalt de eigen bijdrage aan Menzis of aan de leverancier. De wettelijke eigen bijdragen en maximale vergoedingen kun je ook vinden in het Verzekeringsreglement.

Welke zorgaanbieder

Je kunt naar elke leverancier die voldoet aan bepaalde kwaliteits- of deskundigheidseisen. Je vindt deze per hulpmiddel 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 je naar een gecontracteerde leverancier gaat, is voorafgaande toestemming van Menzis voor de meeste hulpmiddelen vaak niet nodig. De leverancier beoordeelt je aanvraag. Als de leverancier niet zeker weet of Menzis je het hulpmiddel verstrekt of vergoedt, zal hij de aanvraag voor toestemming doorsturen naar Menzis.

Let op

- Als je naar een leverancier wilt die geen overeenkomst heeft met Menzis, heb je voorafgaande toestemming nodig. Vermeld op de aanvraag voor toestemming dat je gebruik wilt maken van een leverancier die met Menzis geen overeenkomst heeft.
- Als je een 2e exemplaar van eenzelfde hulpmiddel wilt, heb je hiervoor voorafgaande toestemming van Menzis nodig.
- In het Verzekeringsreglement wordt per hulpmiddel uitgelegd aan welke andere voorwaarden je moet voldoen, bijvoorbeeld het meesturen van een toelichting van een arts.
- Voor de vergoeding van de meeste verbandmiddelen moet je verpleegkundig specialist een speciaal formulier invullen. Verbandmiddelen worden alleen maar vergoed bij een ernstige aandoening waarbij een langdurige behandeling nodig is. Dit speciale verbandmiddelenaanvraagformulier vind je op znformulieren.nl. Meer informatie kun je 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 je het hulpmiddel met opzet beschadigt of als schade is ontstaan omdat door jouw schuld niet goed voor het hulpmiddel is gezorgd, heb je geen recht op vervanging, correctie of herstel van het

hulpmiddel voordat de gebruiksduur die in het Verzekeringsreglement staat is verstreken. Als je het hulpmiddel in bruikleen hebt en het is door jou met opzet beschadigd of de schade is ontstaan omdat door jouw schuld niet goed voor het hulpmiddel is gezorgd, dan kan Menzis de kosten hiervan op je verhalen.

Let op

- Je hebt 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 je recht hebt op een hulpmiddel wordt hiermee bedoeld dat je recht hebt 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. Beiden zijn vormen van kunstmatige bevruchting waarbij de eicel buiten het lichaam wordt bevrucht maar met een verschillende techniek. Bij IVF worden de eicel en zaadcellen bij elkaar gevoegd en moet de zaadcel zelf de eicel binnendringen. Bij ICSI wordt de zaadcel direct geïnjecteerd in de eicel.

Welke zorg

Waar je precies recht op hebt, hangt af van je leeftijd. Laat je hierover goed informeren door je zorgaanbieder of informeer bij de Klantenservice.

Jonger dan 38 jaar:

Je hebt recht op vergoeding van kosten van de 1e, 2e en 3e poging IVF per te realiseren doorgaande zwangerschap. Voor de 1e en 2e poging IVF per te realiseren doorgaande zwangerschap geldt dat je daarop alleen recht hebt 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:

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

Een doorgaande zwangerschap is een zwangerschap van;

- ten minste 10 weken, gerekend vanaf het moment van de follikelpunctie, of
- ten minste 9 weken en 3 dagen te rekenen vanaf de implantatie in geval van terugplaatsing van gecryopreserveerde (ingevroren) embryo's, of
- ten minste 12 weken na de 1e dag van de laatste menstruatie, die zonder medisch ingrijpen is ontstaan.

Let op

- Je hebt geen recht op vergoeding van kosten van IVF als je 43 jaar of ouder bent. Je hebt wel recht op vergoeding van kosten van IVF voor zover het een poging IVF betreft die reeds is aangevangen voordat je de leeftijd van 43 jaar hebt 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

Je kunt voor IVF naar een IVF-centrum met de daarvoor wettelijk vereiste vergunningen.

Verwijzing en toestemming

Je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van IVF als je vooraf een verwijzing van je medisch specialist hebt. Als je naar een zorgaanbieder wilt die geen overeenkomst heeft met Menzis, neem dan vooraf contact met ons op.

Extra informatie

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

1. je krijgt hormonen die de rijping van eicellen in je lichaam bevorderen,
2. daarna volgt de follikelpunctie (het verkrijgen van follikels),
3. als er rijpe eicellen in de follikels zitten, dan worden de eicellen 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. Van een geslaagde follikelpunctie is sprake als het gelukt is om conform de daarvoor gebruikelijke werkwijze de follikelpunctie uit te voeren.
- 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.
- 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 kan uitlopen op de geboorte van een kind, maar ook op een miskraam.
- Na ontstaan van een doorgaande zwangerschap, is er opnieuw recht op vergoeding van 3 IVF-pogingen als aan de overige voorwaarden is voldaan.

Overige fertiliteitbevorderende behandelingen

Welke zorg

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

Let op

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

Welke zorgaanbieder

Je kunt voor deze zorg naar een gynaecoloog of uroloog.

Verwijzing

Je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van overige fertiliteitbevorderende behandelingen als je vooraf een schriftelijke verwijzing hebt van je 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 je geen recht hebt op vergoeding als de behandeling in het buitenland niet voldoet aan wat in dit en het voorgaande artikel is opgenomen. Laat je hierover goed informeren door je zorgaanbieder of informeer bij de Klantenservice.

Kraamzorg

De kraamverzorgende assisteert de verloskundige of arts tijdens de bevalling. Na de bevalling 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 dagen na de bevalling.

Welke zorg

Je hebt recht op vergoeding van kosten van kraamzorg tot maximaal 6 weken vanaf de dag van je bevalling.

Protocol

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

Eigen bijdrage kraamzorg

Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 6 per uur voor kraamzorg bij je thuis. Beval je in een ziekenhuis of geboortecentrum zonder medische indicatie daarvoor? Dan betaal je daarvoor een wettelijke eigen bijdrage van € 47 per opnamedag (€ 23,50 voor de moeder en € 23,50 voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 338 per dag (€ 169 voor de moeder en € 169 voor het kind)? Dan betaal je naast die € 47 ook het bedrag dat boven de € 338 per dag uitkomt. Je betaalt de eigen bijdrage aan Menzis.

Welke zorgaanbieder

Kraamzorg wordt verleend door een gediplomeerde kraamverzorgende die verbonden is aan een kraamzorginstelling of zelfstandig werkt en samenwerkingsafspraken heeft met een kraamzorginstelling of met minimaal drie zelfstandige kraamverzorgenden in hetzelfde werkgebied. Voor zelfstandige kraamverzorgenden geldt dat zij minimaal twee jaar staan ingeschreven in het KCKZ-register.

Medisch kraampakket

Ben je in verwachting? Dan krijg je van Menzis een medisch kraampakket cadeau. In het kraampakket zit alles wat je tijdens de bevalling en de eerste dagen erna nodig hebt. Je kunt het medisch kraampakket bestellen via de website van Menzis.

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

Je hebt recht op vergoeding van kosten van logopedie als:

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

Let op

Je hebt geen recht op vergoeding van kosten van logopedie in verband met:

- dyslexie,
- behandelingen met een onderwijskundig doel,
- taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid,
- behandeling in verband met beroepsuitoefening, bijvoorbeeld voor zangers,
- spreken in het openbaar

Welke zorgaanbieder

Voor de meeste klachten kun je terecht bij een algemeen logopedist. Sommige logopedisten hebben voor specifieke klachten een aantekening. Denk 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 je aan om aan je logopedist te vragen of hij gespecialiseerd is in de behandeling van jouw klachten.

Je kunt naar een logopedist die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening 'Kwaliteitsgeregistreerd' heeft. Je kunt dit register vinden op kwaliteitsregisterparamedici.nl. De logopedisten die een specifieke aantekening hebben, kun je vinden in het desbetreffende deelregister van de NVLF. Dit register kun je vinden op nvlf.nl.

Verwijzing
Je hebt geen verwijzing nodig als je naar een logopedist gaat.

Toestemming
Je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van logopedie in een school of een kinderdagverblijf met voorafgaande toestemming van Menzis. Je logopedist kan deze toestemming namens jou 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
Je hebt recht op vergoeding van kosten van :
- onderzoek en diagnostiek,
- behandeling,
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,
- laboratoriumonderzoek,
- mechanische beademing en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum,
- een tegemoetkoming in de elektriciteitskosten bij mechanische beademing thuis.

Let op

Je hebt geen recht op vergoeding van kosten van 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 doorgaande 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 dialyse (dialyse zonder opname),
- oncologische hulp voor kinderen,
- verblijf in verband met medisch specialistische zorg,
- plastische of reconstructieve chirurgie,
- medisch specialistische revalidatie,
- transplantatie,
- trombosedienst.

Welke zorgaanbieder

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

Let op

- Zelfstandige behandelcentra bieden niet alle vormen van medisch specialistische zorg.
- Medisch specialistische zorg voor zover het een behandeling betreft met een geneesmiddel dat voorkomt in tabel 3 van het Verzekeringsreglement wordt alleen vergoed als de behandeling in of door het ziekenhuis plaatsvindt.
- Zorg verleend door solistisch werkende medisch specialisten wordt niet vergoed.
- Steeds meer medisch specialistische behandelingen vinden plaats in de thuissituatie. Daar hoort soms verpleging en verzorging bij. Deze verpleging en verzorging vergoeden wij niet als wij deze betalen als onderdeel van medisch specialistische zorg.

Let op

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

Verwijzing

Je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van medisch specialistische zorg als je vooraf een schriftelijke verwijzing hebt van je huisarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts), forensisch arts, verslavingsarts of arts voor verstandelijk gehandicapten.

- De optometrist of orthoptist mag verwijzen naar de oogarts als het gaat om oogzorg.
- De triage-audicien mag verwijzen naar de KNO-arts als het gaat om hoorzorg.
- De triage-audicien mag verwijzen naar de klinisch fysicus-audioloog.
- De GGD-arts mag verwijzen naar de medisch specialist als het gaat om tuberculose of een seksueel overdraagbare aandoening (soa).
- De bedrijfsarts mag verwijzen als de klachten met je werk te maken hebben.
- De tandarts of orthodontist mag verwijzen naar de kaakchirurg als het gaat om kaakchirurgische behandelingen.
- De jeugdarts mag verwijzen naar een oogarts, kinderarts of orthopeed.
- De verloskundige mag verwijzen in geval van zwangerschap of bevalling. De verloskundige mag ook verwijzen naar een kinderarts binnen de eerste 10 dagen na de bevalling en naar de KNO-arts als het gaat om het klieven van het tongriempje. De verloskundige mag verwijzen naar een gynaecoloog als het plaatsen van een spiraal niet lukt of in geval van prenatale screening.
- Het RIVM mag verwijzen naar een gespecialiseerde kinderarts bij een afwijkende uitslag van een hielprik.
- De tandarts CBT mag verwijzen naar de neuroloog, anesthesist als pijnbestrijder en KNO-arts.
- De klinisch fysicus-audioloog mag verwijzen naar de KNO-arts, kinderarts en neuroloog.

Voor spoedeisende zorg heb je geen schriftelijke verwijzing nodig.

Een verwijzing is maximaal een jaar geldig.

Toestemming

Je hebt voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig. Je vindt deze behandelingen op de Limitatieve Lijst Medisch Specialistische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Om welke behandelingen gaat het?

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

Let op

Deze lijst kan gedurende het jaar wijzigen. Kijk voor de meest recente versie van de lijst op de website van Menzis.

Advies

Wij raden je aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling. Je medisch specialist is verplicht te melden dat je kosten van zorg zelf moet betalen als je geen voorafgaande toestemming hebt. Het recht op behandelingen van plastisch chirurgische aard is geregeld in het polisartikel plastische en/of reconstructieve chirurgie. Zoek je een medisch specialist met een bijzondere expertise of voor hoog-complexe zorg? Informeer dan bij de Klantenservice.

Niet-klinische dialyse (dialyse zonder opname)

Onder de niet-klinische dialyse vallen hemodialyse en peritoneaaldialyse. Hemodialyse 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

Je hebt recht op vergoeding van kosten van hemodialyse 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 heb je ook recht op vergoeding van 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,

- aanpassingen die redelijkerwijs in je 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,
- 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
Je kunt voor deze zorg naar een dialysecentrum, ZBC of ziekenhuis.

Verwijzing
Je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van niet-klinische dialyse als je vooraf een schriftelijke verwijzing hebt van je huisarts of medisch specialist. Een verwijzing is maximaal een jaar geldig.

Let op
- Thuisdialyse wordt uitsluitend vergoed op basis van medisch specialistische zorg.
- De vergoeding voor woningaanpassingen en redelijk te achten kosten die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen vallen onder hulpmiddelenzorg. Kijk 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
Je hebt recht op vergoeding van kosten van registratie, onderzoek en vergelijking met het aanwezige materiaal voor een zo goed mogelijk behandelplan.

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

Verwijzing
Je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van oncologische hulp voor kinderen als je vooraf een schriftelijke verwijzing hebt van de huisarts of de medisch specialist.

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

Welke zorg

Plastische chirurgie wordt niet vaak vergoed. Je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen,
- verminkingen die gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting,
- verlamde of verslapte bovenoogleden, maar alleen 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.

De Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland hebben een ‘Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard’ opgesteld. In deze werkwijzer is nader uitgewerkt wanneer je recht hebt op zorg in bovenstaande situaties. Je vindt deze werkwijzer op onze website.

Let op

Je hebt geen recht op vergoeding van kosten van behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om:

- liposuctie (het onderhuids wegzuigen van vetophopingen) van de buik,
- borstconstructie of vervanging 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

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

Let op

Zorg verleend door solistisch werkende medisch specialisten wordt niet vergoed.

Verwijzing
Je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van plastische chirurgie als je vooraf een schriftelijke verwijzing hebt van je 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) heb je voorafgaand aan de behandeling toestemming van Menzis nodig. Als wij je 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 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 je te helpen blijvende beperkingen te voorkomen. Als dat ook niet mogelijk is, werken de revalidatiearts en zijn team samen met je om je beperking zo goed mogelijk in je leven, je omgeving en de maatschappij in te passen.

Welke zorg
Je hebt recht op vergoeding van kosten van medisch specialistische revalidatie als deze zorg voor jou het meest doeltreffend is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Met medisch specialistische revalidatie ben je in staat een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, rekening houdend met je handicap, redelijkerwijs mogelijk is. Het moet gaan om een handicap die het gevolg is van:

- een aandoening van het bewegingsapparaat, een neurologische aandoening of andere ziekte, die samenhangt met problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen,
- of om niet-aangeboren hersenletsel (NAH), dat samengaat met problemen van het bewegingsvermogen, cognitieve problemen, spraak- of slikproblemen of een combinatie daarvan.

Welke zorgaanbieder
Je wordt behandeld door een interdisciplinair team van deskundigen onder leiding van een revalidatiearts. Dit team moet verbonden zijn aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis.

Let op
- Je hebt recht op vergoeding van kosten van medisch specialistische revalidatie in deeltijd- of dagbehandeling.
- Zorg verleend door solistisch werkende medisch specialisten wordt niet vergoed.

Verwijzing

Je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van medisch specialistische revalidatie als je vooraf een schriftelijke verwijzing hebt van je huisarts, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of een bedrijfsarts als de klachten met je werk te maken hebben. Een verwijzing is maximaal een jaar geldig.

Toestemming

Ga je voor revalidatie naar een zorgaanbieder die met Menzis geen contract heeft? Je hebt in dat geval alleen recht op vergoeding van kosten van van medisch specialistische revalidatie als je vooraf toestemming van Menzis hebt. Stuur bij je aanvraag een motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder mee.

Let op

Arbeidsreïntegratie is geen verzekerde zorg.

Interdisciplinaire zorg bij complex chronische longaandoeningen

Interdisciplinaire zorg bij complex chronische longaandoeningen is een vorm van interdisciplinaire medisch specialistische zorg onder verantwoordelijkheid van een longarts. Zorg bij complex chronische longaandoeningen is gericht op het functioneren van het hele lichaam van mensen met een complex chronische longziekte.

Welke zorg

Je hebt recht op vergoeding van kosten van interdisciplinaire zorg bij complex chronische longaandoeningen als je gezondheidstoestand als gevolg van je ernstige chronische longaandoening zo ernstig is dat een interdisciplinaire aanpak nodig is. Er wordt een behandelplan opgesteld voor het functioneren van het hele lichaam. Het behandelplan richt zich op het verbeteren van het lichamelijk functioneren, het verminderen van klachten en beperkingen en het verbeteren van de kwaliteit van leven.

Let op

Je hebt recht op vergoeding van kosten van interdisciplinaire zorg bij complex chronische longaandoeningen in deeltijd- of dagbehandeling. Je wordt voor interdisciplinaire zorg bij complex chronische longaandoeningen alleen opgenomen als daarmee snel betere resultaten zijn te verwachten dan in deeltijd of dagbehandeling.

Welke zorgaanbieder

Je wordt behandeld door een interdisciplinair team van deskundigen onder leiding van een longarts. Dit team moet verbonden zijn aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis.

Verwijzing

Je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van interdisciplinaire zorg bij complex chronische longaandoeningen als je vooraf een schriftelijke verwijzing hebt van een longarts. Een verwijzing is maximaal een jaar geldig.

Toestemming

Ga je voor interdisciplinaire zorg bij complex chronische longaandoeningen naar een zorgaanbieder die met Menzis geen contract heeft? Je hebt in dat geval alleen recht op vergoeding van kosten van deze zorg als je vooraf toestemming van Menzis hebt. Stuur bij je aanvraag een motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder mee.

Geriatrische revalidatie

Geriatrische revalidatie richt zich op kwetsbare ouderen. Bijvoorbeeld op ouderen die in het ziekenhuis een medisch specialistische behandeling hebben ondergaan en verder moeten revalideren. 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 herstel of verbetering van het functioneren en de participatie in de maatschappij.

Welke zorg

Je hebt recht op vergoeding van kosten van geriatrische revalidatie in verband met kwetsbaarheid en complexe multimorbiditeit. Geriatrische revalidatie is integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg met als doel herstel of verbetering van het functioneren en de participatie in de maatschappij.

Je hebt geen recht op vergoeding van kosten van geriatrische revalidatie als je bent 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.

Welke zorgaanbieder

Je 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.

Verwijzing

Je hebt recht op vergoeding van kosten van geriatrische revalidatie als je vooraf een schriftelijke verwijzing hebt van je huisarts, specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist.

De indicatie voor geriatrische revalidatie dient altijd gesteld te worden onder verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde, klinisch geriater of een internist ouderengeneeskunde.

Toestemming

Ga je voor geriatrische revalidatie naar een zorgaanbieder die met Menzis geen contract heeft? Je hebt in dat geval alleen recht op vergoeding van kosten van geriatrische revalidatie als je vooraf toestemming van Menzis hebt. Stuur bij je 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

Je hebt recht op vergoeding van kosten van een second opinion als:

- de second opinion betrekking heeft op de geneeskundige zorg zoals reeds besproken met de 1e behandelaar, en
- je met de second opinion terugkeert naar de oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over je behandeling.

Welke zorgaanbieder

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

Verwijzing

Je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van een second opinion als je vooraf een schriftelijke verwijzing van je behandelaar hebt.

Stoppen met roken

Een stoppen-met-rokenprogramma bestaat uit verschillende interventies (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

Je hebt maximaal drie keer per kalenderjaar recht op vergoeding van kosten van het volgen van een stoppen-met-rokenprogramma:

- dat is gericht op gedragsverandering, en
- dat tot doel heeft te stoppen met roken,
- al dan niet in combinatie met een geneesmiddel, en
- dat voldoet aan de meest recente zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving van het Trimbos-instituut.

Welke zorgaanbieder

Voor gedragsmatige ondersteuning bij stoppen met roken kun je terecht bij een zorgaanbieder voor deze vorm van zorg. Daarnaast kun je terecht bij je huisarts voor gedragsmatige ondersteuning.

Let op

1. Je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van nicotinemiddelen en geneesmiddelen als zij onderdeel zijn van een stoppen-met-rokenprogramma; aparte vergoeding van nicotinemiddelen en geneesmiddelen (dus zonder stoppen-met-rokenprogramma) vindt niet plaats.
2. Als je kiest voor een zorgaanbieder voor gedragsmatige ondersteuning die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, dien je 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, krijg je geen vergoeding.
3. Als je kiest voor een leverancier voor nicotinemiddelen en geneesmiddelen die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten voor het leveren van nicotinemiddelen en geneesmiddelen, dien je 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.

Welke zorg

Je hebt recht op vergoeding van kosten van bijzondere tandheelkunde die noodzakelijk is als je:

- een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel hebt,
- een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt,
- een niet-tandheelkundige medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder de bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben.

Let op

Je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van bijzondere tandheelkunde als dit noodzakelijk is om een tandheelkundige functie te behouden of te verwerven, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die je zou hebben gehad zonder de aandoening.

Eigen bijdrage

- Voor bijzondere tandheelkunde betaal je een eigen bijdrage voor de zorg die niet rechtstreeks onder je indicatie voor bijzondere tandheelkunde valt. De eigen bijdrage is dan het bedrag dat je zelf had moeten betalen als je geen indicatie voor bijzondere tandheelkunde had gehad.

- Betreft de bijzondere tandheelkunde in jouw geval het plaatsen van een kunstgebit (een volledige prothetische voorziening), dan betaal je 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. Je kunt dit ook vinden in de Regeling zorgverzekering. Raadpleeg de regeling op menzis.nl of vraag deze op bij onze Klantenservice.

Welke zorgaanbieder

Je kunt naar een tandarts, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde, kaakchirurg of orthodontist. Voor het orthodontische deel van de behandeling kun je naar een orthodontist. Zygoma-implantaten mogen alleen worden geplaatst door een kaakchirurg.

Verwijzing

- Je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van bijzondere tandheelkunde door een orthodontist als je vooraf een schriftelijke verwijzing hebt van je tandarts of kaakchirurg.
- Je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van bijzondere tandheelkunde door een kaakchirurg als je vooraf een schriftelijke verwijzing hebt van je tandarts of huisarts. De kaakchirurg moet verbonden zijn aan een ziekenhuis.
- Je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van bijzondere tandheelkunde door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde als je vooraf een schriftelijke verwijzing hebt van je huisarts, tandarts of kaakchirurg.

Toestemming

Voor bijzondere tandheelkunde heb je voorafgaande toestemming van Menzis nodig. Je zorgaanbieder vraagt deze toestemming voor je aan.

Tandheelkunde

Je hebt recht op vergoeding van kosten van tandheelkunde. Waar je precies recht op vergoeding van kosten van hebt, hangt ervan af of je jonger bent dan 18 jaar of 18 jaar of ouder.

Welke zorg

Tot en met 17 jaar

Je hebt recht op vergoeding van kosten van :

- 1 periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, tenzij je meer keren per jaar zo'n onderzoek nodig hebt,
- incidenteel tandheelkundig consult,
- het verwijderen van tandsteen,
- 2 fluorideapplicaties per jaar, tenzij je meer keren per jaar zo'n applicatie nodig hebt, vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen,
- sealing,
- parodontale hulp (behandeling van het botweefsel dat de tand of kies in de kaak ondersteunt),
- anesthesie (verdoving),
- endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling),
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen),
- gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtsproblemen of knarsen),
- uitneembare prothetische voorzieningen (geheel of gedeeltelijk kunstgebit en frameprothese),

- chirurgische tandheelkundige hulp, behalve het aanbrengen van implantaten,
- röntgenonderzoek (foto), behalve röntgenonderzoek voor orthodontische hulp,
- orthodontische hulp als er sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurg) of andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van orthodontische hulp als deze wordt verleend door een orthodontist.

Tot en met 22 jaar

Je hebt recht op vergoeding van kosten van 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. Je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van deze zorg als de noodzaak daarvan is vastgesteld voordat je de leeftijd van 18 jaar hebt bereikt.

Let op

Ga je buiten de normale openingstijden naar de tandarts, dan heb je alleen recht op vergoeding van kosten van tandheelkunde als het bezoek niet tot een andere dag kan worden uitgesteld.

Vanaf 18 jaar

Je hebt recht op vergoeding van kosten van :

- chirurgische tandheelkundige hulp door een kaakchirurg en het daarbij horende röntgenonderzoek, behalve parodontale chirurgie, het aanbrengen van implantaten en ongecompliceerde extracties,
- uitneembare volledige protheses voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur valt hier ook onder. Let op: het plaatsen van implantaten wordt alleen vergoed bij een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak. Bovendien moet het plaatsen van implantaten noodzakelijk zijn om een tandheelkundige functie te behouden of te verwerven, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die je zou hebben gehad zonder de aandoening. De implantaten moeten dienen om een uitneembare prothese op te bevestigen,
- orthodontische hulp als er sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurg) of andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van orthodontische hulp als deze wordt verleend door een orthodontist.

Eigen bijdrage

Ben je 18 jaar of ouder? Je betaalt een eigen bijdrage van:

- 25% van de totale kosten van een volledige prothese,
- 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 mesostructuur is de niet uitneembare constructie tussen implantaten en het kunstgebit (het kliksysteem),
- 10% van de totale kosten voor reparatie of opvullen (rebasen) van een uitneembare volledige prothetische voorziening.

Welke zorgaanbieder

Je kunt naar een tandarts, kaakchirurg of tandprotheticus. Ben je jonger dan 18 jaar, dan kun je ook naar een vrijgevestigde mondhygiënist. Voor implantologie die verband houdt met de plaatsing van een volledige prothese in de bovenkaak kun je naar een kaakchirurg of naar een tandartsimplantoloog die door de NVOI is erkend. Je vindt deze op nvoi.nl/erkende-implantologen. Zygoma-implantaten mogen alleen worden geplaatst door een kaakchirurg.

Verwijzing

Je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van behandeling door een kaakchirurg als je vooraf een schriftelijke verwijzing hebt van een tandarts of huisarts.

Toestemming

Je hebt voorafgaande toestemming van Menzis nodig:

Vanaf 18 jaar

- voor tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten,
- voor parodontale hulp, behandeling onder narcose, osteotomie en het plaatsen van een implantaat door een kaakchirurg,
- als een tandarts of tandprotheticus een volledige en uitneembare prothese voor de boven- of onderkaak maakt en de totale kosten (inclusief de techniekkosten) meer dan € 874 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 je nu draagt, binnen 5 jaar na levering wordt vervangen. Dit geldt niet voor een immediaatprothese,
- als je moet worden behandeld op de plaats waar je verblijft (bijvoorbeeld thuis of in een instelling).

Tot en met 17 jaar

- voor het maken van een overzichtsfoto (orthopantomogram),
- voor preventieve voorlichting, instructie en evaluatie daarvan als er meer dan 12 keer 5 minuten per jaar nodig is,
- voor gebitsreiniging als er meer dan 6 keer 5 minuten per dag nodig is of meer dan 18 keer 5 minuten per jaar,
- voor het sealen van melkelementen,
- voor het sealen van meer dan 8 blijvende elementen per jaar.

Je zorgaanbieder vraagt de toestemming voor je aan. Bij de aanvraag moet een schriftelijke motivatie en een behandelplan worden meegestuurd.

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

Je hebt recht op vergoeding van kosten van transplantatie van weefsels en organen als de transplantatie wordt verricht:

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

Je hebt ook recht op vergoeding van 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 je op grond van deze Basisverzekering recht op vergoeding van kosten van hebt,
- 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 jouw zorgverzekering.

Welke zorgaanbieder

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

Verwijzing

Je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van transplantatie als je vooraf een schriftelijke verwijzing hebt van je 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

Je hebt recht op vergoeding van kosten van :

- het regelmatig afnemen van bloedmonsters,
- het verrichten van laboratoriumonderzoek als dat nodig is voor het bepalen van de stollingstijd van het bloed,
- het gebruik van apparatuur en toebehoren waarmee je de stollingstijd van je bloed kunt meten,
- een opleiding om je 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

Je kunt naar een trombosedienst.

Verwijzing

Je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van zorg door een trombosedienst als je vooraf een schriftelijke verwijzing hebt van je 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 je vragen hebt over de zorg, neem dan contact met ons op.

Welke zorg

Je hebt recht op vergoeding van kosten van verblijf, gedurende het etmaal, dat medisch noodzakelijk is in verband met verloskundige zorg, chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard, medisch specialistische zorg en geriatrische revalidatie. Ook heb je recht op vergoeding van kosten van de bijbehorende noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg en geneesmiddelen. Het verblijf is verzekerd gedurende een ononderbroken periode van 1.095 dagen. Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Een onderbreking wegens weekend- of vakantieverlof telt wel mee.

Welke zorgaanbieder

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

De vergoeding voor het verblijf buiten het ziekenhuis na CAR-T-celtherapie bedraagt maximaal € 97 per nacht.

Verloskundige zorg

Verloskundige zorg is de zorg voor de moeder of aanstaande moeder en het kind. 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

Je hebt recht op vergoeding van kosten van verloskundige zorg. Deze zorg bestaat ook uit:

- een niet-invasieve prenatale test (NIPT) - je hebt alleen recht op deze test als je een medische indicatie hebt,
- een invasieve diagnostiek (vlokkentest en vruchtwateronderzoek) - je hebt alleen recht op deze diagnostiek als je een medische indicatie hebt.

Welke zorgaanbieder

Je kunt voor verloskundige zorg naar een verloskundige of naar een huisarts die is ingeschreven in het Register Verloskunde van het College voor huisartsen met bijzondere bekwaamheden (CHBB). 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 verloskundige of huisarts aangevraagd laboratoriumonderzoek, beeldvormende diagnostiek en functieonderzoek kun je naar een eerstelijns diagnostisch centrum (EDC), een productiesamenwerkingsverband, een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

Let op

De NIPT mag 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 poliklinische bevalling

Als er geen medische indicatie is voor een poliklinische bevalling, dan geldt er een eigen bijdrage voor het gebruik van de verloskamer in een ziekenhuis of geboortecentrum. Je betaalt een wettelijke eigen bijdrage van € 47 per opnamedag (€ 23,50 voor de moeder en € 23,50 voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 338 per dag (€ 169 voor de moeder en € 169 voor het kind)? Dan betaal je naast die € 47 ook het bedrag dat boven de € 338 per dag uitkomt. Je betaalt de eigen bijdrage aan Menzis.

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

Je hebt recht op vergoeding van kosten van :

- vervoer naar een zorgaanbieder of instelling om zorg te krijgen. Deze zorg moet geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de Basisverzekering,
- vervoer naar een instelling waar je 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 je woning of, als je daar niet de nodige verzorging kunt krijgen, naar een andere woning als je komt van een van de zorgaanbieders of instellingen als hierboven bedoeld,
- als je jonger dan 18 jaar bent, vervoer naar een persoon bij wie of een instelling waarin je geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders.

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

Welke zorgaanbieder
Ambulancevervoer wordt verleend door een door het ministerie van VWS aangewezen vergunninghouder.

Verwijzing
Je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van vervoer per ambulance als je vooraf een schriftelijke verwijzing hebt van je huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of arts voor verstandelijk gehandicapten. Je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van vervoer per helikopter als je vooraf een schriftelijke verwijzing hebt van de Meldkamer Ambulancezorg of een centrum voor neonatale en kinderchirurgische intensieve zorg. Voor spoedeisend vervoer heb je geen verwijzing nodig.

Indicatie
Het vervoer moet geïndiceerd zijn door de behandelend arts.

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

Verpleging en verzorging (wijkverpleging)
Verpleging en verzorging is zorg voor mensen in hun eigen omgeving. Deze verpleging en verzorging zorgt ervoor dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen wonen.

Welke zorg
Je hebt 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 geneeskundige zorg of een hoog risico daarop,
b. niet samenvalt met verblijf in een zorginstelling, en
c. geen kraamzorg betreft.

Ben je jonger dan 18 jaar? En heb je complexe lichamelijke problematiek of een lichamelijke beperking waarbij altijd toezicht nodig is of altijd zorg dichtbij moet zijn? Dan heb je ook recht op verpleegkundige kinderdagopvang of verblijf in een kinderzorghuis. Deze zorg bevat één of meer verpleegkundige handelingen.

Indicatie en zorgplan

Je hebt alleen recht op verpleging en verzorging als je daarvoor een indicatie hebt. Deze indicatie moet voldoen aan het Normenkader Indicatieproces, zoals vastgesteld door de beroepsvereniging van wijkverpleegkundigen, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet je een verpleegkundige indicatie hebben, inclusief een zorgplan. In dit zorgplan staat beschreven welke zorg je nodig hebt in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen. De indicatie en het zorgplan moeten opgesteld zijn door een hbo-wijkverpleegkundige of verpleegkundig specialist en ondertekend zijn door jou en de indicatiesteller.

Voor verzekerden jonger dan 18 jaar geldt dat de indicatie wordt gesteld door een hbo-kinderverpleegkundige die is aangesloten bij de Branchevereniging Integrale Kindzorg (BINKZ). Deze stelt samen met de ouders en kinderarts een zorgplan op. Bij het stellen van de indicatie moet - naast het Normenkader Indicatieproces - ook worden voldaan aan de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK).

Let op

- Je hebt geen recht op verpleging en verzorging als deze zorg voor je gefinancierd kan worden op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Als er aanwijzingen zijn dat jouw zorg op grond van één van deze wetten kan worden gefinancierd, kan Menzis je vragen om een beroep op deze wetten te doen, door een indicatiebesluit aan te vragen bij het CIZ of de gemeente van je woonplaats. Je hebt niet langer recht op verpleging en verzorging als je hieraan geen medewerking verleent of als het CIZ of jouw gemeente inderdaad besluit dat je een beroep kunt doen op de Wlz of de Wmo.
- Steeds meer medisch specialistische behandelingen vinden plaats in de thuissituatie. Daar hoort soms verpleging en verzorging bij. Deze verpleging en verzorging vergoeden wij niet als wij deze betalen als onderdeel van medisch specialistische zorg.

Persoonsgebonden budget

Een Persoonsgebonden budget (Pgb) is een geldbedrag waarmee je zelf verpleging en verzorging kunt inkopen. Als je recht hebt op verpleging en verzorging kun je bij Menzis mogelijk ook vergoeding van die zorg vragen in de vorm van een Persoonsgebonden budget. In het Verzekeringsreglement kun je lezen wanneer je hiervoor in aanmerking kunt komen, wat je verantwoordelijkheden daarbij zijn en hoe het Pgb wordt betaald. Je kunt het Verzekeringsreglement op menzis.nl vinden. Je kunt het ook opvragen bij onze Klantenservice.

Welke zorgaanbieder

Je kunt naar een (thuiszorg)instelling voor verpleging en verzorging met een hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist in vaste (loon)dienst. De hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist stelt de indicatie en blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan. De zorg wordt verleend door een hbo/mbo-verpleegkundige, verpleegkundig specialist of verzorgende niveau 3 of hoger.

Ook kun je naar een zelfstandig werkend hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist voor de indicatiestelling en de zorgverlening (zzp'er). De zorg kan ook worden verleend door een mbo-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. Dit mag

uitsluitend als deze zorgaanbieder samenwerkt met de hbo-(kinder)verpleegkundige of de verpleegkundig specialist die de indicatie heeft gesteld. De zorgaanbieder die de indicatie heeft gesteld, blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan.

De hbo-kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist moet zijn aangesloten bij de Branchevereniging Integrale Kindzorg (BINKZ).

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. Je kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vind je een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. Je kunt ook contact met de Klantenservice opnemen. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat je vergoed krijgt als je naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Toestemming

Als je kiest voor een behandeling bij een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, heb je voorafgaande schriftelijke toestemming van Menzis nodig. Om deze toestemming aan te vragen, kun je het toestemmingsformulier op menzis.nl invullen.

Een toestemmingsverklaring is maximaal 365 dagen geldig behalve als dit nadrukkelijk anders wordt aangegeven. Een toestemmingsverklaring is niet meer geldig als de toepasselijke wet- of regelgeving wijzigt.

Advies

Heb je vragen over verpleging en verzorging? Informeer dan bij de Klantenservice over de mogelijkheden.

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.

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

Ziekenvervoer

Bij sommige indicaties kun je een beroep doen op deze verzekering voor vervoer of de kosten daarvan. Er zijn 3 soorten ziekenvervoer. Je kunt vervoerd worden per auto, taxi, met het openbaar vervoer of met een ander vervoermiddel, bijvoorbeeld een boot.

Welke zorg

Je hebt recht op vergoeding van kosten van het openbaar vervoer in de laagste klasse, taxi of op vergoeding van de kosten van een auto. Bij gebruik van een particuliere auto heb je recht op een vergoeding van € 0,43 per kilometer. Je hebt recht op vergoeding van kosten van vervoer met een ander vervoermiddel als vervoer per openbaar vervoer, taxi 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, taxi, 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, taxi, het vervoer per auto of het vervoer met een ander vervoermiddel van 2 begeleiders toestaan.

Je hebt recht op vergoeding van kosten van vervoer als het gaat om vervoer van en naar personen, instellingen en de woningen als bedoeld onder het artikel over vervoer per ambulance, en:

- je nierdialyses moet ondergaan, of als je naar consulten, onderzoek en controles toe moet die als onderdeel van de behandeling nodig zijn, of
- je oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie moet ondergaan, of als je naar consulten, onderzoek en controles toe moet die als onderdeel van de behandeling nodig zijn, of
- je jezelf uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen, of
- je jezelf door je beperkte gezichtsvermogen niet zonder begeleiding kan verplaatsen, of
- je 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 jou zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule), of
- je 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 vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen, of
- je aangewezen bent op geriatrische revalidatie,
- je bent aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend en die onderdeel is van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking.

Logeren

Als je recht hebt op vergoeding van kosten van vervoer en je hebt dit vervoer op drie of meer achtereenvolgende dagen nodig, dan kun je kiezen voor vergoeding van kosten van logeren. De vergoeding van kosten voor logeren bedraagt maximaal € 97 per nacht en komt gedeeltelijk in plaats van vergoeding voor vervoer.

Let op

- Het recht op vervoer of de vergoeding van kosten is beperkt tot een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis.
- Als Menzis je toestemming geeft naar een bepaalde persoon of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
- Als je recht hebt op vervoer of vergoeding van kosten, kun je ook een vergoeding voor de kosten van vervoer van een eventuele begeleider krijgen, als begeleiding noodzakelijk is. Kinderen jonger dan 16 jaar hebben altijd recht op vergoeding van de reiskosten van begeleiding. In bijzondere gevallen kan Menzis de kosten van 2 begeleiders vergoeden.
- Als je 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

Je betaalt een eigen bijdrage van € 140 per kalenderjaar. De eigen bijdrage is niet van toepassing op de vergoeding voor logeren.

Je betaalt geen eigen bijdrage voor vervoer:

- als je bent opgenomen in een instelling op kosten van de zorgverzekering of de wet langdurige zorg en vervoerd moet worden naar een andere instelling waar je wordt opgenomen omdat je specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling nodig hebt die in die eerste instelling niet mogelijk is;
- als je bent opgenomen in een instelling op kosten van de zorgverzekering of de wet langdurige zorg en vervoerd moet worden naar een andere instelling of een persoon voor specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling op kosten van de zorgverzekering. Dit geldt alleen als die behandeling in de eerste instelling niet mogelijk was. Dit geldt voor de heen- en terugreis;
- als je bent opgenomen in een instelling op kosten van de wet langdurige zorg en vervoerd moet worden naar een andere instelling of een persoon omdat je een tandheelkundige behandeling op kosten van de wet langdurige zorg nodig hebt, die in die eerste instelling niet mogelijk is.

Welke zorgaanbieder

Het vervoer wordt verleend door een vervoersbedrijf of een particulier (bijvoorbeeld een familielid of kennis). Bij een vervoersbedrijf dat geen overeenkomst heeft met Menzis, krijg je € 0,95 vergoed per beladen kilometer. Bij vervoer door een particulier, krijg je € 0,43 per kilometer.

Toestemming

Je vraagt vooraf toestemming aan Menzis. Bel met de Servicelijn Vervoer op 0317 49 20 51. Of stuur het aanvraagformulier ‘ziekenvervoer’ op. Het aanvraagformulier kun je downloaden van menzis.nl. Menzis stelt vast of je toestemming krijgt en voor welk soort vervoer (openbaar vervoer, eigen vervoer of vervoer met een ander vervoermiddel) je toestemming krijgt.

Let op

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

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.

Niet onder de zintuiglijk gehandicaptenzorg valt ondersteuning bij maatschappelijk functioneren en de complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doof-blinden en volwassen prelinguaal doven. Dit betreft mensen die doof/slechthorend zijn geworden vóór de leeftijd van 3 jaar.

Welke zorg

Je hebt recht op vergoeding van kosten van multidisciplinaire zorg (zorg waarbij verschillende specialisten betrokken zijn). Je hebt die zorg nodig omdat je:

- een visuele beperking hebt (je bent blind of slechtziend),
- een auditieve beperking hebt (je bent doof of slechthorend), of
- een communicatieve beperking hebt (ernstige moeilijkheden met spraak/taal) als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis en je 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 je zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren.

Welke zorgaanbieder

Je kunt voor zintuiglijk gehandicaptenzorg naar een instelling die zich hoofdzakelijk richt op de extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicaptenzorg.

Verwijzing

Je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van zintuiglijk gehandicaptenzorg als je vooraf een schriftelijke verwijzing hebt. Als het gaat om de behandeling van een visuele beperking heb je vooraf een schriftelijke 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 heb je vooraf een schriftelijke 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, heb je voorafgaande toestemming van Menzis nodig. Stuur bij je aanvraag een schriftelijke motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder mee.

Je aanvullende verzekering

Menzis biedt verschillende aanvullende verzekeringen aan. Hieronder vind je 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 je zorgpolis staat welke aanvullende verzekering je hebt.

Basisverzekering of aanvullende verzekering?

Je aanvullende verzekering is een aanvulling op je Basisverzekering. De aanvullende verzekering is geen vervanging van de Basisverzekering. Wat verzekerd is in de Basisverzekering, wordt niet vergoed door je 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 krijg je alleen een vergoeding als je naar een gecontracteerde of erkende zorgaanbieder gaat. Als dat zo is, staat dat bij de vorm van zorg vermeld. Je vindt de gecontracteerde en erkende zorgaanbieders op menzis.nl/zorgvinder.

Hoe werkt de Menzis Zorgvinder?

- selecteer in de Menzis Zorgvinder het soort zorg dat je zoekt, bijvoorbeeld fysiotherapie
- verfijn zo nodig de selectie (bijvoorbeeld manuele therapie)
- typ je postcode of woonplaats in en geef de afstand op waarbinnen je zoekt
- vervolgens zie je de zorgaanbieders die door Menzis gecontracteerd of erkend zijn.

Als je vragen hebt over de zorg, neem dan contact op met onze Klantenservice.

Hoe krijg je de vergoeding?

Met veel zorgaanbieders heeft Menzis een contract. Die zorgaanbieders kunnen de rekening rechtstreeks bij Menzis indienen. Je hoeft hier dan niets voor te doen. Wel kun je altijd alle rekeningen inzien in Mijn Menzis. Heb je zelf een rekening ontvangen van een zorgaanbieder? Je kunt de nota online declareren via menzis.nl/mijnmenzis. Ook kun je gebruikmaken van de gratis Menzis declaratie-app. Daarmee is het indienen van je 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 (zie artikel Buitenland).

Indicatie en doelmatigheid

Je hebt 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 jou 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 jouw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering.

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 jouw huisarts of medisch specialist op de hoogte te stellen als je gebruikmaakt of gebruik wilt maken van alternatieve geneesmiddelen.

Je 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:

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 200	€ 0	€ 300	€ 500

Je hebt 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, kun je vinden op menzis.nl/zorgvinder. De lijst met erkende beroepsverenigingen kan tussentijds wijzigen. Raadpleeg voorafgaand aan jouw behandeling menzis.nl/zorgvinder om er zeker van te zijn dat wij jouw behandelaar vergoeden.
- 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 verzekerd in de Basisverzekering. Naast de Basisverzekering biedt de aanvullende verzekering een aantal aanvullende vergoedingen rondom jouw bevalling en kraamzorg.

Kraamzorg

Je krijgt de wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg vergoed.

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
Nee	Nee	Nee	Ja	Ja

Borstvoeding

Je krijgt de kosten van de begeleiding en hulpmiddelen (als onderdeel van de begeleiding) vergoed. De maximale vergoeding per kalenderjaar is:

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 0	€ 200	€ 200

Je hebt recht op deze vergoeding als de begeleiding verleend wordt en het hulpmiddel voorgeschreven wordt door een door Menzis erkende lactatiekundige. Welke lactatiekundigen dat zijn, kun je vinden op menzis.nl/zorgvinder.

Let op

Een borstkolf wordt niet vergoed. Je kunt wel korting krijgen op de aanschaf van een borstkolf via de webshop van Natalis.

Ondersteuning en advisering na adoptie

In aanvulling op de kraamzorg uit de Basisverzekering krijg je ondersteuning en advisering over de verzorging van jouw geadopteerde baby vergoed. De kraamzorgorganisatie stelt het aantal noodzakelijke uren zorg vast. Het maximale aantal uren dat je vergoed krijgt is:

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
0	0	0	16	16

Ondersteuning en advisering na ziekenhuisopname

Kun je door een ziekenhuisopname van jezelf of jouw baby geen of onvoldoende gebruik maken van jouw geïndiceerde uren kraamzorg uit de Basisverzekering? Dan krijg je in aanvulling op de kraamzorg uit de Basisverzekering na een ziekenhuisopname van jou of jouw baby ondersteuning en advisering vergoed. De kraamzorgorganisatie stelt het aantal noodzakelijke uren zorg vast. Het maximale aantal uren dat je vergoed krijgt is:

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
0	0	0	16	16

Verloskamer

Als er geen medische indicatie is voor een poliklinische bevalling, dan betaal je een eigen bijdrage voor het gebruik van de verloskamer. Je 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, kun je vinden op menzis.nl/zorgvinder.

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
Nee	Nee	Nee	Ja	Ja

De ziekenhuizen en door Menzis erkende instellingen kun je 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.

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

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 75	€ 0	€ 75	€ 125

Voorbeeld

Stel, je hebt recht op € 75 per 2 kalenderjaren en schaft in 2027 een bril aan voor € 150. Het maximumbedrag van € 75 per 2 kalenderjaren is daarmee bereikt. Dit betekent dat je tot en met het jaar 2028 geen recht meer hebt op een vergoeding. Vanaf 2029 krijg je opnieuw recht op een vergoeding.

Let op

De sterkte van de brillenglazen of contactlenzen moet op de nota staan vermeld.

Buitenland

Tijdens verblijf in het buitenland kan het gebeuren dat je snel medische zorg of geneesmiddelen nodig hebt. Bij spoedeisende zorg tijdens een verblijf in het buitenland krijg je service en ondersteuning van de Menzis Alarmcentrale. De Menzis Alarmcentrale verzorgt onder andere contacten met behandelend artsen, repatriëring en garantiestellingen. Extra informatie kun je vinden op menzis.nl/buitenland.

Preventie bij reizen naar het buitenland

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

Je krijgt een vergoeding voor consulten, inentingen, geneesmiddelen en (herhalings)recepten in verband met preventie bij een reis naar het buitenland. De vergoeding is tot een maximumbedrag. De vergoedingen voor consulten, inentingen, geneesmiddelen en (herhalings)recepten worden opgeteld tot het vermelde maximumbedrag is bereikt. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 100	€ 100	€ 100	€ 150

Je hebt 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, kun je vinden op menzis.nl/zorgvinder,
- het geneesmiddel geleverd wordt door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Spoedeisende tandheelkundige zorg in het buitenland

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

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 250	€ 250	€ 250	€ 250	€ 250

Je krijgt alleen een vergoeding voor de kosten als:
- er sprake is van pijnklachten waardoor tandheelkundige zorg snel nodig is en niet uitgesteld kan worden tot je 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 en/of geneesmiddelen zo snel nodig zijn dat terugkeren naar Nederland niet meer mogelijk is. Het was niet te voorzien dat deze medische hulp en/of geneesmiddelen nodig zouden zijn.

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

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Je krijgt alleen een vergoeding voor de kosten als:
- er sprake is van spoedeisende zorg (de medisch adviseur van Menzis en/of de medisch adviseur van de Menzis Alarmcentrale beoordeelt dit),
- direct melding is gedaan bij de Menzis Alarmcentrale bij opname in een instelling,
- je niet langer dan 1 jaar in het buitenland bent,

- je een recept hebt 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

Je breekt een been in de Verenigde Staten en hebt direct medische zorg nodig. Voor de behandeling ontvang je een nota ter hoogte van € 3.000. In Nederland zou dat € 2.000 hebben gekost. Dat bedrag krijg je dan uit de Basisverzekering vergoed. De aanvullende verzekering vergoedt dan de resterende € 1.000.

Menzis Alarmcentrale +31 317 455 555

Reddingskosten zijn kosten die worden gemaakt voor opsporing, redding of berging. Wil je 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 je in het buitenland ziek wordt of een ongeval krijgt en het noodzakelijk is dat je voor (verdere) behandeling naar Nederland terug moet keren.

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

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

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

Let op

- Als de Menzis 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.
- Wil je ook een vergoeding voor vervoerskosten als er geen medische noodzaak is? Bijvoorbeeld als je tijdens de (wintersport) vakantie je arm breekt en wilt terugkeren naar Nederland. Sluit hiervoor een reisverzekering af. Kijk voor de reisverzekering op menzis.nl/reisverzekering.

Diëtetiek

Diëtetiek is voorlichting over voeding en eetgewoonten met een geneeskundig doel. Een diëtist is de deskundige die voedingspatronen ontdekt, bestudeert en zo nodig adviseert over aanpassingen. De

diëtist kan door middel van het adviseren van een bepaald eetpatroon (dieet) de lichamelijke gezondheid bevorderen.

Diëtetiek is voor een deel verzekerd in de Basisverzekering. Als het een aanvulling is op de vergoeding uit de Basisverzekering, dan krijg je diëtetiek vergoed voor een maximum aantal behandeluren. Het maximum aantal behandeluren per kalenderjaar is:

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
0	0	0	2	4

Je hebt recht op deze vergoeding als je diëtist met Menzis een contract heeft. Welke diëtisten dat zijn, kun je vinden op menzis.nl/zorgvinder.

Let op

Kies je voor een diëtist die geen contract met Menzis heeft? Dan moet de diëtist als 'Kwaliteitsgeregistreerd' staan ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici en krijg je 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.

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 krijg je ergotherapie vergoed voor een maximum aantal uren per kalenderjaar:

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
0	0	0	0	5

Je hebt recht op deze vergoeding als jouw ergotherapeut met Menzis een contract heeft. Welke therapeuten dat zijn, kun je vinden op menzis.nl/zorgvinder.

Let op

Kies je voor een ergotherapeut die geen contract met Menzis heeft? Dan moet de ergotherapeut als ‘Kwaliteitsgeregistreerd’ staan ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici en krijg je 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 kun je 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 je leert zo goed mogelijk met je beperkingen om te gaan.

Fysiotherapie en Oefentherapie

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

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
0	6	6	12	20

Je hebt recht op deze vergoeding als je therapeut met Menzis een contract heeft. Welke therapeuten dat zijn, kun je vinden op menzis.nl/zorgvinder.

Let op

- Voor de meeste klachten kun je terecht bij een algemeen fysiotherapeut. Voor sommige specifieke klachten kun je het beste naar een therapeut die gespecialiseerd is in de behandeling van deze klachten. Denk hierbij bijvoorbeeld aan klachten:
  - waarin de wervelkolom en ledematen centraal staan (manueel therapeut),
  - waarin de motorische ontwikkeling en motorisch leren van het kind centraal staan (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 je aan om aan je fysiotherapeut te vragen of hij gespecialiseerd is in de behandeling van jouw klachten.
- Je kunt alleen naar een algemeen fysiotherapeut, een kinderfysiotherapeut, een manueel therapeut, een oedeemtherapeut, een geriatriefysiotherapeut of een bekkentherapeut die staat ingeschreven in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of in het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR). Voor oedeemtherapie en littekentherapie kun je ook naar een huidtherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening ‘Kwaliteitsgeregistreerd’ heeft.
- Kies je voor een therapeut die geen contract met Menzis heeft? Dan krijg je 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 krijg je 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. Vindt na een intake en onderzoek op dezelfde dag ook nog een behandeling plaats, dan telt dit als 2 behandelingen.
- Je krijgt geen vergoeding voor behandelingen die niet als fysiotherapie of oefentherapie beschouwd worden, zoals fysiofitness, shockwave therapie en zwemmen in warm water. Informeer bij je therapeut, kijk op menzis.nl/fysiotherapie voor nog meer voorbeelden of neem contact op met onze Klantenservice als je twijfelt.

FysioZelfCheck (app)

FysioZelfCheck is een app ontwikkeld door en van fysiotherapeuten. De FysioZelfCheck biedt op laagdrempelige wijze oefeningen, informatie en tips waarmee je zelf actief aan de slag kunt met het oplossen van je klachten. Het is geschikt wanneer je last hebt van milde klachten aan het bewegingsapparaat, zoals pijnlijke schouders, lage rugpijn of klachten bij/na het sporten.

Je krijgt volledige toegang tot de FysioZelfCheck:

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
Nee	Ja	Ja	Ja	Ja

Je kunt de FysioZelfCheck downloaden via de app-store (IOS en Android). Kijk voor meer informatie op fysiozelfcheck.nl.

Over de FysioZelfCheck

Bij veel mensen verminderen of verdwijnen veelvoorkomende, milde klachten aan het bewegingsapparaat binnen een aantal weken met rust en eenvoudige oefeningen. De FysioZelfCheck kan in deze situaties helpen. Met verschillende instructiefilmpjes van fysiotherapeuten kan de gebruiker zelf aan de slag met oefeningen.

Fysiotherapie en oefentherapie na een ongeval

Je krijgt fysiotherapie of oefentherapie vergoed die je nodig hebt na een ongeval. Een ongeval is een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op het lichaam, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan. Gebeurtenissen waarbij men vooraf kan voorzien dat schade aan het lichaam kan ontstaan vallen niet onder deze definitie.

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

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
0	16	16	16	16

Je krijgt fysiotherapie of oefentherapie na een ongeval vergoed, mits:

- het ongeval in Nederland plaatsvond, en
- je ten tijde van het ongeval en de behandeling een aanvullende verzekering hebt bij Menzis met dekking voor fysiotherapie na een ongeval, en
- de zorg plaatsvindt als direct gevolg van een ongeval, en
- de behandelingen niet door de Basisverzekering worden gedekt.

Let op: eventuele kosten van het eigen risico en eigen bijdragen (Basisverzekering) worden niet vergoed tenzij anders vermeld.

Uitsluitingen

Je hebt geen recht op vergoeding als de klacht is ontstaan:

- door opzet en/of bewuste roekeloosheid,
- terwijl je onder invloed van alcohol of drugs was,
- door deelname aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging,
- door reeds bestaande klachten (vóór het ongeval),
- door overbelasting van het lichaam door bijvoorbeeld een tenniselleboog, muispols, verkeerde zithouding of klachten als gevolg van het niet onderhouden of verzorgen van lichaamsdelen,
- bij het optillen of dragen van personen of objecten en de eventuele gevolgen daarvan,

- tijdens het sporten en niet door van buiten inwerkend geweld veroorzaakt zijn, zoals reguliere sportblessures als spierblessures, hamstringblessure, zweepslag, etcetera,
- wanneer je niet de gebruikelijke beschermingsmaatregelen hebt genomen bij het sporten,
- door het beoefenen van een van de volgende gevaarlijke sporten en activiteiten: Parachutespringen, Kiten, Raften, Abseilen, Delta- en ultralight vliegen, Paragliding, Zweefvliegen, Hanggliding, Wildwatervaren, Diepzeeduiken, Afdalen in grotten, IJshockey.
- door het beoefenen van sport als (neven)beroep,
- tijdens je werk of een bedrijfsuitje.

Voorbeeldsituaties

- Je bent gestruikeld of ergens vanaf gevallen; bijvoorbeeld een val van de keukentrap bij het vervangen van een lamp, waardoor je je enkel verzwikt hebt.
- Je krijgt een hockeystick van een tegenstander tegen je pols tijdens een wedstrijd.
- Je wordt gelanceerd door je hond waardoor je op je heup valt.
- Je wordt aangereden door een voertuig.

De volgende situaties zijn voorbeelden waarbij je géén recht hebt op vergoeding:

- Na een dag spitten in de tuin van je schoonvader heb je last van je onderrug.
- Met de tenniscompetitie meedoen, terwijl je al langer last hebt van je elleboog.
- Je tilt een boodschappenkratje van de grond en het schiet je in je rug.
- Tijdens een voetbalwedstrijd na een kapbeweging je kruisband scheuren.

Je hebt recht op deze vergoeding als je therapeut met Menzis een contract heeft. Welke therapeuten dat zijn, kun je vinden op menzis.nl/zorgvinder.

Toestemming

Voordat je aanspraak kunt maken op de vergoeding heb je toestemming van Menzis nodig. Daarbij dien je een formulier in te vullen met informatie over het ongeval. Je kunt het toestemmingsformulier vinden op menzis.nl.

Beoordeling

Op basis van je 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 je voldoet aan de overige voorwaarden. Wij kunnen je vragen aanvullende informatie te geven. Als je voldoet aan alle genoemde voorwaarden, ontvang je een akkoordverklaring voor behandeling. Is er sprake van betrokkenheid van derden? Meld dat bij Menzis. Dan verhalen wij de schade.

Zo worden de kosten gedeclareerd

De fysiotherapeut of oefentherapeut zal de behandelingen waarvoor toestemming is gegeven voor de ongevallendekking rechtstreeks declareren bij Menzis. Je ontvangt hier dus geen rekening van. Ontvang je die wel, neem dan contact op met je fysiotherapeut of oefentherapeut.

Let op

- De fysiotherapeut of oefentherapeut heeft een machtigingsnummer nodig om te kunnen declareren. Dit machtigingsnummer staat op de brief die je ontvangt wanneer wij toestemming geven voor behandeling. Neem deze toestemmingsbrief mee naar je fysiotherapeut of oefentherapeut.
- Je kunt alleen bij gecontracteerde fysiotherapeuten of oefentherapeuten terecht.
- Je dient de toestemming binnen drie maanden na het ongeval aan te vragen.

Fysiotherapie en oefentherapie bij specifieke aandoeningen en klachten

Bij een aantal aandoeningen of klachten heb je recht op fysiotherapie of oefentherapie vanuit de Basisverzekering, bijvoorbeeld bij herstel na een gebroken been of als onderdeel van de behandeling van een spierziekte. Het gaat om aandoeningen en klachten die staan op een door de minister van VWS vastgestelde lijst. Dit is de lijst opgenomen in Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering. Deze lijst vind je op menzis.nl.

In de Basisverzekering heb je aanspraak op fysiotherapie of oefentherapie vanaf de 21e behandeling, per aandoening of klacht. De eerste 20 behandelingen bij elke eerste diagnose worden niet vergoed uit de Basisverzekering. Voldoe je aan de voorwaarden uit de Basisverzekering dan krijg je maximaal de eerste 20 behandelingen wel vergoed uit de aanvullende verzekering. Dit geldt bij de eerste diagnose, per aandoening of klacht. Dit maximum geldt voor behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie samen. Voor sommige aandoeningen en klachten is een maximale behandelduur vastgesteld.

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
0	20	20	20	20

Je hebt recht op deze vergoeding als:

- je therapeut met Menzis een contract heeft. Welke therapeuten dat zijn, kun je vinden op menzis.nl/zorgvinder en;
- het gaat om aandoeningen en klachten die staan op een door de minister van VWS vastgestelde lijst. Dit is de lijst opgenomen in Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering. Deze lijst vind je op menzis.nl. Een eventuele maximale behandelduur staat ook op deze lijst vermeld en;
- je ten tijde van de diagnosestelling en de behandeling een aanvullende verzekering bij Menzis hebt met dekking voor fysiotherapie bij specifieke aandoeningen en klachten en;
- je 18 jaar of ouder bent.

Uitgezonderd zijn aandoeningen die vanaf de eerste behandeling wel worden vergoed uit de Basisverzekering; artrose aan de heup- en kniegewrichten, claudicatio intermittens (etalagebenen), COPD, bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie en artritis (reumatoïde artritis en axiale spondyloartritis) met ernstige functionele beperkingen.

Verwijzing

Je hebt geen verwijzing nodig als je naar een fysio- of oefentherapeut gaat. Wel heb je een bewijs van diagnosestelling nodig. Het bewijs van de diagnosestelling moet minimaal de naam bevatten van de patiënt en de diagnosesteller. De diagnosestelling moet specifiek genoeg zijn om vast te kunnen stellen of het een aandoening betreft die vermeld staat in Bijlage 1 artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering.

Gezondheid en Cursussen

Een gezondheidscursus is gericht op het bevorderen van je gezondheid en leefstijl. Bijvoorbeeld 'voeding en gezond leven', het leren omgaan met je ziekte (bijvoorbeeld 'hoe te leven als diabetespatiënt') of op verzorging van anderen (bijvoorbeeld 'omgaan met een dementerend familielid'). Of een zwangerschapscursus die je tijdens de zwangerschap voorbereidt op de bevalling of je helpt om sneller te herstellen na de bevalling. Ook leefstijlcoaching valt onder deze vergoeding.

Je krijgt een vergoeding voor gezondheidscursussen tot een maximumbedrag. De vergoedingen voor deze cursussen worden opgeteld tot het vermelde maximumbedrag is bereikt. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 0	€ 50	€ 100

Je hebt recht op vergoeding als je de cursus volledig hebt afgerond en de cursus gegeven wordt door een door Menzis erkende organisatie. Welke dat zijn, kun je vinden op menzis.nl/zorgvinder.

Griepvaccinatie

Griepvaccinatie tegen de 'gewone' seizoensgriep wordt vergoed uit het Nationaal Programma Griepppreventie, maar alleen als je tot een bepaalde risicogroep behoort. Behoor je niet tot een risicogroep? Dan kun je een vergoeding krijgen vanuit je aanvullende verzekering.

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

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
Nee	Nee	Nee	Ja	Ja

Je hebt recht op deze vergoeding als het vaccin wordt toegediend door een huisarts die met Menzis een contract heeft. Welke huisartsen dat zijn, kun je vinden op menzis.nl/zorgvinder.

Haarwerken en alternatieven

Haarwerken (pruiken) zijn tot een maximumbedrag verzekerd in de Basisverzekering. Aanvullend daarop heb je recht op een vergoeding uit de aanvullende verzekering. Niet alle mensen die een indicatie hebben voor een haarwerk willen deze dragen. Zij kiezen liever voor een andere hoofdbedekking, zoals sjaals, hoofddoekjes, toupim haarband, bandana's, buffs en mutssja's.

Je krijgt een vergoeding voor een haarwerk of het alternatief, tot een maximumbedrag per kalenderjaar:

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 100	€ 200	€ 300

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.

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

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 0	€ 3.200	€ 3.200

Je hebt recht op deze vergoeding als het hospice of Bijna-Thuis-Huis door Menzis is erkend. Welke dat zijn, kun je vinden op menzis.nl/zorgvinder.

Huidzorg

Onder huidzorg vallen acnebehandelingen, camouflagetherapie en epilatie bij ernstige huidafwijkingen in het gezicht of de hals.

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.

Camouflagetherapie

Camouflagetherapie is bedoeld om mensen met een ernstige huidafwijking of littekens in het gezicht of hals, te leren hoe deze huidafwijking het beste gecamoufleerd kan worden met camouflagemiddelen. Camouflagemiddelen zijn producten die tijdens de camouflagelessen worden gebruikt om ernstige huidafwijkingen of littekens in het gezicht of de hals te camoufleren.

Je krijgt een vergoeding voor acnebehandelingen en camouflagetherapie samen. Je krijgt een deel van de rekening vergoed tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	80% tot € 200	€ 0	80% tot € 200	80% tot € 200

Je hebt 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, kun je vinden op menzis.nl/zorgvinder.

Epilatie

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

Je krijgt een deel 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:

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	80% tot € 300	€ 0	80% tot € 500	80% tot € 750

Je hebt 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, kun je vinden op menzis.nl/zorgvinder.

Kinderopvang bij ziekenhuisopname

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

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

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
Nee	Nee	Nee	Ja	Ja

Je hebt recht op deze vergoeding als 1 of meer kinderen binnen je gezin jonger zijn dan 12 jaar.

Mantelzorg

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

Mantelzorg-app

Zorgen voor een ander kan voldoening geven, maar vraagt ook veel tijd en energie. De kans om overbelast te raken is groot. Deel daarom de zorgtaken met andere mantelzorgers. De Hello 24/7 Mantelzorg-app helpt je daar bij.

Je krijgt volledige toegang tot de premium versie van de Hello 24/7 mantelzorg-app:

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
Nee	Ja	Ja	Ja	Ja

Mantelzorgcursussen

Met een mantelzorgcursus leer je niet alleen over de verzorging van je naaste, maar hoe je goed voor jezelf blijft zorgen (bewust zijn van de eigen grenzen).

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

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 0	€ 100	€ 150

Je hebt recht op vergoeding van een mantelzorgcursus als de mantelzorgcursus georganiseerd is door een door Menzis erkende organisatie. Welke dat zijn kun je 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.

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

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 0	€ 350	€ 350

Je hebt recht op deze vergoeding als de mantelzorgmakelaar door Menzis is erkend. Welke dat zijn kun je vinden op menzis.nl/zorgvinder.

Mantelzorgvervanging

Mantelzorg kan, hoe graag je het ook doet, een hele belasting zijn. Zeker als je langdurig en zeer intensief mantelzorg verleent. Daarom is er de mogelijkheid ondersteuning te krijgen of een vervanger in te schakelen als je bijvoorbeeld vakantie neemt. Je krijgt een vergoeding tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 0	€ 2.325	€ 2.325

Je hebt recht op de vergoeding voor vervangende mantelzorg wanneer deze wordt geregeld door een door Menzis erkende organisatie. Welke organisaties dit zijn, kun je vinden op menzis.nl/zorgvinder.

Mentale zorg (preventief)

Mentale coaching helpt je om beter om te gaan met dagelijkse uitdagingen. Denk aan het stellen van grenzen, omgaan met stress of het verbeteren van je relaties. Je leert keuzes maken die passen bij wie je bent, en hoe je milder kunt zijn voor jezelf. Ook bij somberheid, faalangst, lichte ADHD, of het doorbreken van slechte gewoontes kan coaching goed ondersteunen. Zo werk je stap voor stap aan meer balans, zelfvertrouwen en rust in je leven.

Ben je 18 jaar of ouder? Dan krijg je een vergoeding voor online coachingsgesprekken. Het maximum aantal coachingsgesprekken is per kalenderjaar:

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
0	4	2	4	6

Je hebt recht op deze vergoeding als de online coach door Menzis is erkend. Dit kun je vinden op menzis.nl/zorgvinder. De Menzis app geeft je rechtstreeks toegang tot de online coach.

Zelf aan de slag met online programma's

Menzis geeft jou ook gratis toegang tot diverse online programma's om zelf aan de slag te gaan met een voor jou relevant onderwerp. Bijvoorbeeld over omgaan met stress en spanning, sombere gevoelens of werken aan je veerkracht. Elk programma geeft informatie in de vorm van filmpjes, animaties, achtergrondinformatie en praktische tips. Daarnaast kun je in het programma ook echt aan de slag met korte opdrachten en vragenlijsten.

De online programma's worden je ook aangeboden als je ondersteuning krijgt van de online mental coach. De Menzis app geeft je rechtstreeks toegang tot de online programma's. Kijk voor meer informatie op menzis.nl/extra. Heb je de Menzis app nog niet? Download de Menzis app via de app-store (IOS en Android).

Overgangsconsulent en andere zorg bij hormonale veranderingen

Vrouwen kunnen in verschillende fases van hun leven gezondheidsklachten ervaren als gevolg van hormonale veranderingen. Bijvoorbeeld tijdens de overgang of menstruatie. Een zorgaanbieder gespecialiseerd in hormonale veranderingen kan helpen je klachten te verminderen.

Je krijgt zorg bij hormonale klachten vergoed tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 0	€ 200	€ 200

Je hebt recht op deze vergoeding als de zorgaanbieder door Menzis erkend is. Welke dat zijn kun je vinden op menzis.nl/zorgvinder.

Patiëntenverenigingen

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

Cursus

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

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 0	€ 50	€ 100

Je hebt recht op deze vergoeding als:

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

Lidmaatschap

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

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 0	€ 50	€ 50

Je hebt recht op deze vergoeding als de patiëntenvereniging door Menzis is erkend. Welke dat zijn, kun je vinden op menzis.nl/zorgvinder.

Therapie

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

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 0	€ 100	€ 100

Je hebt recht op deze vergoeding als de therapie is georganiseerd door een door Menzis erkende patiëntenvereniging. Welke dat zijn, kun je 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.

Je krijgt de (huur)kosten van een plaswekker vergoed, eenmalig voor de gehele verzekeringsduur.

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
Nee	Nee	Nee	Ja	Ja

Je hebt recht op deze vergoeding als de leverancier met Menzis een contract heeft. Welke dat zijn, kun je vinden op menzis.nl/zorgvinder.

Reiskosten

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

Wanneer een bezoekend gezinslid bij Menzis is verzekerd, krijg je een vergoeding van de reiskosten tot een maximumbedrag. De 1e 500 kilometer zijn voor eigen rekening. De vergoeding bedraagt € 0,25 per kilometer en er wordt gemeten vanaf het woonadres van het gezinslid naar de plaats waar je bent opgenomen. De afstand wordt bepaald op basis van de snelste route met behulp van de routeplanner van de ANWB. Het maximumbedrag is per kalenderjaar:

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 0	€ 150	€ 250

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

Softbrace of spalk

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

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

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 50	€ 0	€ 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,
- sportmedische begeleiding (trainingsadvies en individueel trainingsschema),
- sportkeuring (verplicht gesteld door sportbond).

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

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 250	€ 100	€ 150	€ 250

Je hebt 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 kun je vinden op menzis.nl/zorgvinder.

Let op

Je 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 je 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:

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 0	€ 300	€ 300

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

Let op

- Hersteloperaties worden niet vergoed.
- We raden je aan bij een sterilisatie vooraf een offerte aan je zorgaanbieder te vragen. Zo kun je vooraf nagaan welk deel van de kosten onder je aanvullende verzekering valt en welk deel van de kosten je 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:

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 0	€ 1.200	€ 1.200

Je hebt recht op deze vergoeding als de sterilisatie wordt uitgevoerd door een medisch specialist.

Verwijzing

Je hebt vooraf een schriftelijke verwijzing nodig van de huisarts.

Let op

- Hersteloperaties worden niet vergoed.
- We raden je aan bij een sterilisatie vooraf een offerte aan je zorgaanbieder te vragen. Zo kun je vooraf nagaan welk deel van de kosten onder je aanvullende verzekering valt en welk deel van de kosten je eventueel zelf moet betalen.

Steunpessarium

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

Je krijgt 1 steunpessarium per kalenderjaar vergoed:

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
Nee	Nee	Nee	Ja	Ja

Je hebt recht op deze vergoeding als het steunpessarium wordt geleverd door een apotheek of een apotheekhoudende huisarts.

Verblijfskosten logeer- of gasthuis bezoekend gezinslid

Een logeer- of gasthuis is een huis dat verbonden is aan het ziekenhuis waar je gezinslid tijdelijk kan verblijven als jij 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.

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

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 0	€ 300	€ 450

Je hebt recht op deze vergoeding als het logeer- of gasthuis door Menzis is erkend. Welke dat zijn, kun je vinden op menzis.nl/zorgvinder.

Verblijfskosten logeer- of gasthuis patiënt

Een logeer- of gasthuis is een huis dat verbonden is aan het ziekenhuis waar je tijdelijk kunt verblijven als je 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.

Je krijgt een vergoeding voor verblijfskosten in een logeer- of gasthuis tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 0	€ 350	€ 350

Je hebt recht op deze vergoeding als het logeer- of gasthuis door Menzis is erkend. Welke dat zijn, kun je vinden op menzis.nl/zorgvinder.

Voetzorg

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

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.

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

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 0	€ 150	€ 200

Je hebt recht op deze vergoeding als de leverancier of zorgaanbieder door Menzis erkend is. Welke dat zijn kun je vinden op menzis.nl/zorgvinder.

Medische pedicurezorg

Een medisch pedicure geeft voetbehandelingen bij klachten. Je krijgt medische pedicurezorg vergoed tot een maximum bedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 0	€ 50	€ 50

Je hebt recht op deze vergoeding als de leverancier of zorgaanbieder door Menzis erkend is. Welke dat zijn kun je vinden op menzis.nl/zorgvinder.

Let op

- Heb je een verhoogd risico op voetzweren (voetulcera) of diabetes type 1 of 2, dan wordt de jaarlijkse voetcontrole bij een zorgprofiel 1 vergoed uit de basisverzekering.
- Heb je zorgprofiel 2 of hoger? Dan krijg je je voetbehandelingen vergoed uit de Basisverzekering.
- Je krijgt geen vergoeding voor cosmetische 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. Je krijgt de kosten voor deze middelen vergoed.

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
Nee	Ja	Ja	Ja	Ja

Je hebt recht op deze vergoeding als:

- je 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) kun je 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 je aan bij het laten plaatsen van een spiraaltje vooraf een offerte aan je zorgaanbieder te vragen. Zo kun je vooraf nagaan welk deel van de kosten onder je aanvullende verzekering valt, welk deel onder de Basisverzekering en welk deel van de kosten je eventueel zelf moet betalen.

Je tandartsverzekering

Bij Menzis kun je kiezen uit verschillende tandartsverzekeringen. Op je zorgpolis staat welke tandartsverzekering je hebt gekozen. Hieronder staat wat er in de tandartsverzekering is verzekerd.

Basisverzekering en tandartsverzekering

Wat in de Basisverzekering is verzekerd, vind je in het hoofdstuk 'Je Basisverzekering' onder het artikel Tandheelkunde. Wat in je aanvullende tandartsverzekering is verzekerd, kun je hierna lezen. Wat verzekerd is in de Basisverzekering wordt niet vergoed door je aanvullende tandartsverzekering. Dat geldt ook voor het eigen risico en voor de wettelijke eigen bijdragen die voor zorg in de Basisverzekering zijn bepaald, tenzij dit 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, behalve orthodontie, kronen en bruggen.

Welke zorgaanbieder

Je 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. Je kunt ook naar een kaakchirurg voor het plaatsen van een implantaat voor een kroon of brug.

Systeem van codes

Zorgaanbieders declareren in codes. Deze codes staan voor bepaalde prestaties. Bijvoorbeeld: C002 – periodieke controle. De prestaties, codes en tarieven zijn wettelijk vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Je kunt deze vinden op nza.nl.

Techniek- en materiaalkosten

Bij enkele behandelingen zoals kronen en protheses kunnen techniek- en materiaalkosten berekend worden. Berekende techniek- en materiaalkosten worden voor hetzelfde percentage vergoed als het percentage dat genoemd is bij de behandeling.

Wet- en regelgeving

Je 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 vind je op nza.nl. Declareert je zorgaanbieder in strijd met de wet- of regelgeving, bijvoorbeeld door een behandeling uit te voeren waarvoor hij geen bevoegdheid heeft? Dan krijg je geen vergoeding.

Vergoeding JongerenVerzorgd, TandVerzorgd 250, 500 en 750

Vergoeding JongerenVerzorgd, TandVerzorgd 250, 500 en 750

Met de JongerenVerzorgd, TandVerzorgd 250, 500 en 750 krijg je controles (C001, C002 en C003) 100% vergoed en van alle overige behandelingen krijg je 75% van de rekening vergoed tot het genoemde maximumbedrag. Heb je een TandVerzorgd 750 dan geldt er een aparte vergoeding voor orthodontie. Kijk hiervoor in het artikel Orthodontie. Je krijgt vergoed:

Het maximumbedrag is per kalenderjaar:

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	TandVerzorgd 250	TandVerzorgd 500	TandVerzorgd 750
€ 0	75% tot € 150	75% tot € 250	75% tot € 500	75% tot € 750

Let op

- Wat wordt niet vergoed: uitwendig bleken (E97), de kaakoverzichtsfoto (X21) onder de 18 jaar, de algehele narcose (A20), de snurkbeugel (G71, G72 en G73), myofunctionele apparatuur en consult (G74 en G76) en zygoma-implantaten (J061, J062 en J113).
- Er geldt voor preventieve mondzorg een maximum voor de volgende behandelingen:
  - Preventieve voorlichting en instructie (M01/M02): je krijgt maximaal 12 keer 5 minuten per kalenderjaar vergoed.
  - Gebitsreiniging (M03): je krijgt maximaal 18 keer 5 minuten per kalenderjaar vergoed, met een maximum van 6 keer 5 minuten per dag.

Tandcodechecker

Heb je een prijsopgave ontvangen van je tandarts? Bereken met de Tandcodechecker zelf de vergoeding die je ontvangt voor de behandeling(en). De Tandcodechecker is bedoeld voor verzekerden vanaf 18 jaar.

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.

Ben je 17 jaar of jonger dan zijn tandartskosten na een ongeval verzekerd in de Basisverzekering. De tandartsverzekering biedt vergoeding voor tandartskosten na een ongeval als je 18 jaar of ouder bent. Je krijgt een vergoeding voor tandartskosten na een ongeval tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per ongeval:

Buitenland en Tandongeval	JongerenVerzorgd	TandVerzorgd 250	TandVerzorgd 500	TandVerzorgd 750
€ 10.000	€ 10.000	€ 10.000	€ 10.000	€ 10.000

Je krijgt tandartskosten na een ongeval vergoed, mits:

- je 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, tandprotheticus of orthodontist in Nederland,

- de tandartskosten niet door de Basisverzekering worden gedekt, en
- je ten tijde van het ongeval en de behandeling een aanvullende verzekering bij Menzis hebt met dekking voor tandartskosten na een ongeval.

De eventuele kosten van het eigen risico en eigen bijdragen (Basisverzekering) worden niet vergoed. Tandartskosten na een ongeval vallen niet onder het maximumbedrag van de JongerenVerzorgd, TandVerzorgd 250, 500 en 750.

Uitsluitingen

Je hebt geen recht op uitkering in geval van tandheelkundige schade die is ontstaan:

- door opzet en/of bewuste roekeloosheid,
- terwijl je 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 je niet de gebruikelijke beschermingsmaatregelen hebt genomen bij het sporten.

Toestemming

Voordat je met de behandeling begint, heb je een akkoordverklaring van Menzis nodig. Je 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 dien je een verklaring in te vullen met informatie over het ongeval. Je kunt de verklaring vinden op menzis.nl/tandongeval. Daarbij geldt dat:

- je de toestemming binnen 3 maanden na het ongeval moet aanvragen,
- de behandeling binnen 1 jaar afgerond moet zijn,
- tenzij het noodzakelijk is om de (definitieve) behandeling uit te stellen.

Beoordeling

Op basis van het behandelplan van je tandarts of orthodontist en jouw 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 je 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 je voldoet aan alle genoemde voorwaarden, ontvang je een akkoordverklaring voor behandeling. Er wordt maximaal uitgekeerd tot het bedrag van het behandelplan van je tandarts of orthodontist. Is er sprake van betrokkenheid van derden? Meld dat bij Menzis. Dan verhalen wij de schade.

Wachttijd kronen en bruggen en implantaten

Voor kronen, bruggen en implantaten geldt in de TandVerzorgd 750 een wachttijd van 1 jaar. Dit betekent dat je gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt voor kronen, bruggen en implantaten. De wachttijd geldt als je overstapt naar de TandVerzorgd 750 en gaat in op de ingangsdatum van de TandVerzorgd 750. Kijk voor meer informatie over de wachttijd op menzis.nl/zorgverzekering/tandartsverzekering/wachttijd-menzis.

Orthodontie (beugels)

Orthodontie is de zorg die je krijgt bij een tandarts of orthodontist om je tanden recht te zetten.

Orthodontie (beugels) voor kinderen

Ben je 17 jaar of jonger, dan wordt je beugel vergoed tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is voor de gehele verzekeringsduur:

TandVerzorgd 250	TandVerzorgd 500	TandVerzorgd 750
€ 0	€ 0	€ 2.000

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

Orthodontie (beugels) voor volwassenen

Ben je 18 jaar of ouder dan wordt je beugel vergoed tot een maximumbedrag. Heb je al een vergoeding gehad voor een beugel onder de 18 jaar? Dan wordt die vergoeding afgetrokken van het maximum bedrag voor een beugel boven de 18 jaar. Het maximumbedrag is voor de gehele verzekeringsduur:

TandVerzorgd 250	TandVerzorgd 500	TandVerzorgd 750
€ 0	€ 0	80% tot € 500

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

Wachttijd orthodontie (beugels)

Voor orthodontie geldt een wachttijd van 1 jaar. Dit betekent dat je gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt voor orthodontie. De wachttijd gaat in op de ingangsdatum van de TandVerzorgd 750. Had je heel 2026 al een TandVerzorgd 750? Dan geldt er in 2027 geen wachttijd voor jou voor de TandVerzorgd 750. Kijk voor meer informatie over de wachttijd op menzis.nl/zorgverzekering/tandartsverzekering/wachttijd-menzis.

Vergoeding TandVerzorgd 1P (volledig kunstgebit)

TandVerzorgd 1P is een verzekering voor wie in zowel de bovenkaak als onderkaak een volledig kunstgebit draagt en geen eigen tanden, kiezen of wortels heeft.

Je krijgt periodieke controles (C001, C002 en C003), de wettelijke eigen bijdragen (inclusief reparaties en rebasen), het reinigen en polijsten van de implantaten (M03) en een kleine röntgenfoto (X10) vergoed tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

TandVerzorgd 1P
€ 350

Let op

Gebitsreiniging (M03): je krijgt maximaal 6 keer 5 minuten per kalenderjaar vergoed.

Wil je een TandVerzorgd 1P afsluiten? Neem dan contact met Menzis op. Bel met onze Klantenservice via088 222 40 40.

Kijk op onderstaande link voor de exacte vergoeding van codes en eigen bijdragen: menzis.nl/zorgverzekering/tandartsverzekering/tandverzorgd-1p.

Hoe declareer je de nota

Als je voor tandheelkundige zorg een nota ontvangt van je zorgaanbieder dan kun je de nota declareren via menzis.nl/mijnmenzis. Kijk op menzis.nl/declareren voor meer informatie over het declareren van nota's. Sommige zorgaanbieders declareren rechtstreeks bij Menzis. Je ontvangt dan van je zorgaanbieder de nota voor de kosten die je eventueel zelf moet betalen.

Nota naar aanleiding van een ongeval

Je tandarts of orthodontist zal de kosten waarvoor toestemming is gegeven voor de ongevallendekking rechtstreeks declareren bij Menzis. Je zult hier geen nota van ontvangen. Ontvang je hier wel een nota van, dan kun je contact opnemen met je tandarts of orthodontist.

Algemene Voorwaarden

Hierna vind je de algemene voorwaarden. In de Algemene voorwaarden (1) vind je regels die gelden voor je Basisverzekering, aanvullende verzekering en tandartsverzekering. Bijvoorbeeld over opzeggen, premiebetaling en de wijze waarop je een klacht kunt indienen. In de Algemene voorwaarden (2) vind je nog (aanvullende) voorwaarden die niet gelden voor de Basisverzekering maar wel voor de aanvullende verzekering en de tandartsverzekering.

Algemene voorwaarden (1)

Wie is Menzis?

Menzis is de risicodrager van je 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 word je 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 je Basisverzekering en ook op je aanvullende verzekering en tandartsverzekering.
- Welke verzekeringen je hebt gesloten, vind je op je zorgpolis.
- De verzekeringsovereenkomst bestaat uit: je zorgpolis, deze verzekeringsvoorwaarden, voor zover voor jou 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 ’je’ bedoelt Menzis jou 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 Vrij 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 je vindt op je zorgpolis. Je 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 Wat is de ingangsdatum van de verzekering?

- Als je Basisverzekering is afgesloten binnen 4 maanden nadat je verzekeringsplichtig bent geworden, werkt die Basisverzekering terug tot en met de dag waarop de verzekeringsplicht ontstond.
- Als je Basisverzekering is afgesloten binnen een maand nadat een eerdere Basisverzekering door jou is opgezegd, werkt die Basisverzekering terug tot en met de dag waarop de eerdere Basisverzekering is geëindigd.
- Je aanvullende verzekering en/of tandartsverzekering gaat in op hetzelfde moment als je Basisverzekering.

A5 Hoe kun je de verzekering wijzigen?

Als je verzekeringnemer bent, kun je je verzekering wijzigen per 1 januari van ieder jaar. Je kunt je vrijwillig eigen risico wijzigen of een andere aanvullende verzekering of tandartsverzekering kiezen. Menzis moet je verzoek dan op zijn laatst op 31 december ontvangen hebben. Je kunt deze wijzigingen online doorvoeren via Mijn Menzis op menzis.nl/mijnmenzis. Je kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice.

A6 Hoe kun je de verzekering opzeggen?

Alleen de verzekeringnemer kan een verzekering opzeggen. Opzeggen kan met een brief, via Mijn Menzis of via de chat op menzis.nl. Geef bij opzegging duidelijk aan welke verzekering je precies wilt opzeggen: je Basisverzekering, je aanvullende verzekering of je tandartsverzekering. Wil je ook duidelijk aangeven voor welke verzekerden de opzegging geldt?

A7 Wanneer kun je opzeggen?

Als je verzekeringnemer bent, kun je:

- altijd opzeggen per 1 januari. Menzis moet je opzegging dan op zijn laatst op 31 december ontvangen hebben. Verzekeraars hebben een overstapservice in het leven geroepen. Deze houdt in dat als je uiterlijk 31 december een zorgverzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens jou bij Menzis de zorgverzekering, en als je 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 je collectief bent verzekerd bij je werkgever en wilt deelnemen aan de collectiviteit van een nieuwe werkgever. Menzis moet je opzegging dan binnen 30 dagen nadat je nieuwe dienstverband is ingegaan ontvangen hebben. De opzegging gaat in op de dag waarop je 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,

- je verzekering ook opzeggen als Menzis de verzekeringsvoorwaarden verandert en de nieuwe verzekeringsvoorwaarden voor jou nadelig zijn. Menzis moet je opzegging dan op zijn laatst één maand nadat de wijziging jou is meegedeeld, ontvangen hebben. De opzegging gaat dan in op de dag dat de wijziging ingaat. Je kunt de verzekering niet opzeggen als Menzis wettelijk verplicht is de verzekeringsvoorwaarden te wijzigen,
- de Basisverzekering niet opzeggen als je de premie niet hebt betaald en je 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 je door het CAK als verzekerde bij Menzis bent aangemeld. Als je kunt aantonen dat je in de periode bedoeld in artikel 9d, 1^{e} lid Zorgverzekeringswet, al een Basisverzekering had gesloten, kun je de Basisverzekering bij Menzis vernietigen. Dit moet je dan doen binnen 2 weken nadat het CAK je heeft gemeld dat zij je bij Menzis heeft verzekerd.

Voorbeelden

1. Je kind gaat uit huis en wil zichzelf verzekeren. Je kunt dan als verzekeringnemer de verzekering van je kind opzeggen per de datum dat je kind een eigen verzekering heeft afgesloten.
2. Jij en je ex-partner willen allebei een eigen verzekering. Je kunt dan als verzekeringnemer de verzekering van de verzekerde (ex-partner) opzeggen. Dit kan zodra je ex-partner een eigen verzekering heeft afgesloten.
3. Je bent individueel verzekerd. Op 1 mei treed je in dienst bij een andere werkgever. Je wilt toetreden tot de collectiviteit van je nieuwe werkgever. Is dit een collectiviteit bij een andere zorgverzekeraar? Dan kan dit 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,
- je informatie hebt achtergehouden of verkeerde informatie hebt gegeven, zie artikel A24,
- je je tegenover Menzis of haar personeel hebt misdragen,
- Menzis de verzekering uit de markt neemt en niet langer aanbiedt.

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

A9 Wanneer eindigt de Basisverzekering vanzelf?

Je Basisverzekering eindigt vanzelf op de dag nadat:

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

A10 Bedenktijd

Nadat je een verzekering bij Menzis hebt afgesloten, kun je deze verzekering nog 14 dagen na ontvangst van de zorgpolis zonder reden ontbinden. Je 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

Je bent verplicht Menzis schriftelijk en binnen 30 dagen te informeren als:

- je rekeningnummer wijzigt,
- je in dienst treedt als militair in actieve dienst,
- je wordt gedetineerd of je detentie eindigt,
- je niet langer voldoet aan de voorwaarden om deel te nemen aan een collectiviteit,
- je verzekeringsplicht voor de Basisverzekering eindigt.

Je bent ook verplicht te melden wie je nieuwe zorgverzekeraar is als je de verzekering bij Menzis hebt opgezegd. Als Menzis op grond van de door jou verstrekte gegevens tot de conclusie komt dat je Basisverzekering eindigt of geëindigd is, informeert Menzis je daarover direct.

- Je bent verplicht de informatie te verstrekken die Menzis bij je opvraagt, voor zover je dit kunt. Bijvoorbeeld informatie over de reden van een opname, voor een onderzoek naar fraude, of voor controle. Als je niet meewerkt, kan het zijn dat je recht op zorg of vergoeding van kosten vervalt.
- Je bent verplicht Menzis informatie te verstrekken over ziektekosten die door iemand anders zijn veroorzaakt. Bijvoorbeeld ziektekosten door een verkeersongeval of een bedrijfsongeval. Je kunt daarover contact opnemen met onze Klantenservice of onze afdeling Verhaal op 088 222 44 99. Je kunt ook online informatie verstrekken via menzis.nl/klantenservice/schade-melden. Als je niet meewerkt, kan het zijn dat je recht op zorg of vergoeding van kosten vervalt. Menzis verhaalt de zorgkosten die zijn vergoed en kan je adviseren hoe je jouw eigen schade kunt verhalen op de aansprakelijke partij. Bijvoorbeeld het eigen risico dat je hebt betaald. Je 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

A12.1 Premie

- Per 1 januari 2027 is de premiegrondslag voor de Basisverzekering € 188,25 per kalendermaand. De premie die je moet betalen is de premiegrondslag verminderd met kortingen. Je kunt korting krijgen op de aanvullende (tandarts)verzekeringen bij deelname aan een collectiviteit, als je je premie per jaar vooruit betaalt (dus in één keer) en als je kiest voor een vrijwillig eigen risico. De premie die je moet betalen staat op je zorgpolis.
- Tot 18 jaar hoef je voor de Basisverzekering geen premie te betalen. Vanaf de 1e dag van de maand na de maand waarin je 18 wordt, moet je wél premie betalen.
- Menzis moet je premie hebben ontvangen voor het begin van de periode waarop de premie betrekking heeft.
- Je mag de premie niet verrekenen met een betaling die je van Menzis verwacht.
- Als je een betaling doet zonder vermelding van het betalingskenmerk van Menzis, bepaalt Menzis waarop de betaling wordt afgeboekt.
- Als je niet per automatische incasso of accept-e-mail betaalt, brengt Menzis je € 2 in rekening.
- Als je met Menzis een betalingsregeling hebt afgesproken, kan Menzis kosten in rekening brengen.

A12.2 Manier van betalen

Als je Menzis toestemming geeft om je premie automatisch te incasseren, geldt die toestemming ook voor alle andere betalingen die je aan Menzis moet doen. Bijvoorbeeld betalingen voor het eigen risico en eigen bijdragen. Over automatische incasso van eigen risico en eigen bijdragen krijg je 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.

A12.3 Betaling eigen risico en eigen bijdrage

- Het eigen risico en de eigen bijdragen van alle personen die je hebt verzekerd, worden door Menzis bij je in rekening gebracht.
- Als je het eigen risico en de eigen bijdrage niet per automatische incasso of accept-e-mail betaalt, brengt Menzis je € 2 in rekening.
- Is je betaalwijze voor eigen risico en eigen bijdrage automatische incasso? Dan schrijven we bedragen tot € 450 automatisch af. Voor een rekening hoger dan € 450 ontvang je een (digitale) rekening.

A13 Wat er gebeurt als je de premie niet betaalt

A13.1 Basisverzekering en aanvullende verzekering

1. Menzis stuurt je een aanmaning. Als je binnen 14 dagen vanaf de dag nadat je deze aanmaning hebt ontvangen alsnog de premie betaalt, blijft dit verder zonder gevolg.
2. Betaal je niet binnen 14 dagen vanaf de dag nadat je deze aanmaning hebt ontvangen dan heeft dat de volgende gevolgen:
    - Menzis kan de dekking van alle verzekeringen schorsen. Je krijgt dan geen vergoeding meer vanaf het begin van de periode waarop de niet door jou betaalde premie betrekking heeft,
    - je blijft verplicht de premie te voldoen,
    - betalingskortingen vervallen.
3. Als je, zelfs na aanmaning, de premie niet betaalt, kan Menzis de verzekeringen van alle verzekerden beëindigen.
4. 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 je hiervoor een aanmaning hebt ontvangen.
5. Als Menzis de totale vordering heeft ontvangen, wordt de dekking de dag na ontvangst van de betaling weer van kracht. Kosten die zijn gemaakt tijdens de schorsing krijg je niet vergoed. Ook niet als je van Menzis toestemming had voor een behandeling of verstrekking.

A13.2 Basisverzekering

Als je, zelfs na aanmaning, de premie niet betaalt, kan Menzis op grond van de Zorgverzekeringswet je Basisverzekering bij het Centraal Administratiekantoor (CAK) aanmelden voor bronheffing. Er wordt je dan een bestuursrechtelijke premie van ten minste 110% en ten hoogste 130% van de gemiddelde marktpremie opgelegd. Die premie wordt ingehouden op bijvoorbeeld je salaris of uitkering. Je kunt hieronder lezen wanneer de melding bij het CAK plaatsvindt. De regels hierover vind je 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 jou gaat innen.

Wat gebeurt er als je 2 maanden geen premie hebt betaald

1. Nadat is vastgesteld dat je 2 maanden geen premie hebt betaald, kan Menzis je een betalingsregeling aanbieden. Die betalingsregeling houdt in:
    a. dat je Menzis machtigt om automatisch bij jou te incasseren,
    b. dat je met Menzis afspraken maakt om je 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 je de machtiging genoemd onder a intrekt, of als je de gemaakte afspraken over de betalingen niet nakomt.
2. Heb je iemand anders verzekerd? En heb je de premie voor de Basisverzekering van die verzekerde 2 maanden niet betaald? Dan houdt de betalingsregeling ook in dat wij je 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 je een betalingsregeling aanbiedt staat dat je 4 weken de tijd hebt om de regeling te accepteren. In de brief zullen wij je ook uitleggen wat er gebeurt als je de premie 6 maanden niet betaalt. In de brief zullen wij je ook vertellen dat je schuldhulpverlening kunt krijgen en hoe je die hulp kunt krijgen en welke schuldhulpverlening mogelijk is.
4. Als je (ook) iemand anders hebt verzekerd, krijgt die persoon dezelfde brief over de betalingsregeling als jij hebt gekregen.

Wat gebeurt er als je 4 maanden geen premie hebt betaald

5. Als je 4 maanden geen premie hebt betaald, informeren wij jou en je medeverzekerden dat Menzis van plan is je te melden bij het CAK, zodra je 6 maanden of langer geen premie hebt betaald. Als Menzis je 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 je op tijd laat weten dat je vindt dat je geen schuld hebt bij Menzis. Of als je op tijd laat weten dat je vindt dat de hoogte van de schuld niet juist is. Je bent op tijd als je Menzis daarover een brief stuurt, maximaal 4 weken nadat je door ons geïnformeerd bent. Menzis zal dan onderzoeken of zij jouw schuld goed heeft berekend. Als Menzis vindt dat zij je schuld goed heeft berekend dan informeert Menzis je daarover. Als je het niet eens bent met dat oordeel van Menzis dan kun je dit voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen of aan de burgerlijke rechter. Als je dat doet binnen 4 weken nadat je de brief van Menzis hebt ontvangen, zal Menzis je niet melden bij het CAK, totdat de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen of de burgerlijke rechter heeft beslist of Menzis de hoogte van jouw schuld juist heeft berekend.
    b. Je kunt ook vragen of Menzis met jou een betalingsregeling wil aangaan. Wat die betalingsregeling inhoudt kun je hierboven lezen onder 1 en 2. Als Menzis met jou een betalingsregeling afspreekt zal Menzis je niet melden bij het CAK zolang je de nieuwe premies op tijd betaalt.

Wat gebeurt er als je 6 maanden geen premie hebt betaald

6. Als Menzis heeft vastgesteld dat je 6 maanden geen premie hebt betaald zal Menzis je aanmelden bij het CAK. Menzis zal aan het CAK je persoonsgegevens doorgeven en die van de personen die je hebt verzekerd. Menzis geeft alleen die persoonsgegevens aan het CAK die ze nodig hebben om bij jou de bestuursrechtelijke premie in rekening te brengen. Jij en de persoon die je hebt 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 je is meegedeeld.

A15 Collectieve verzekering

Menzis kan met je werkgever of belangenbehartigers afspraken maken over collectieve verzekeringen. Je kunt aan een collectieve verzekering deelnemen als je voldoet aan de voorwaarden. Je krijgt alleen collectiviteitskorting op de aanvullende (tandarts)verzekeringen als je een Basisverzekering bij Menzis afsluit. Vanaf het moment dat je niet meer voldoet aan de voorwaarden voor deelname aan de collectieve verzekering, vervallen voor jou een eventuele premiekorting en afwijkende collectieve afspraken of Menzis kan je aanvullende (tandarts)verzekering beëindigen en je overzetten op een aanvullende (tandarts)verzekering die het meest lijkt op je collectieve verzekering. De premiekorting en de afwijkende collectieve afspraken vervallen ook vanaf het moment dat de overeenkomst tussen je werkgever of belangenbehartiger en Menzis is beëindigd. Je verzekeringen blijven dan zonder premiekorting en afwijkende collectieve afspraken doorlopen of Menzis kan je aanvullende (tandarts)verzekering beëindigen en je overzetten op een aanvullende (tandarts)verzekering die het meest lijkt op je collectieve verzekering.

A16 Als je een nota indient

Vaak betaalt Menzis rechtstreeks aan de zorgaanbieder. Soms komt het voor dat je zelf een nota ontvangt.

Je kunt een nota online indienen:

- je kunt dat doen op Mijn Menzis, of met de Menzis app,
- Menzis kan je vragen de originele nota alsnog in te sturen,
- de originele nota moet je 3 jaren bewaren.

Je kunt een nota per post indienen:

- het moet het origineel van de nota zijn, geen kopie, duplicaat of aanmaning,
- een nota wordt niet aan je teruggestuurd.

Let op

Spaar je nota's liever niet op. Je kunt een nota het beste direct indienen.

Waaraan moet een nota voldoen:

- Je moet de nota binnen 3 jaar na ontvangst ervan hebben ingediend. Als datum van ontvangst geldt de factuurdatum.
- Op je nota moet voldoende informatie staan om vast te stellen of je recht hebt op vergoeding.
- Als een nota niet is opgesteld in het Nederlands of Engels, kan Menzis je vragen een vertaling van de nota te sturen. De vertaling moet plaatsvinden door een beëdigd vertaler. Je 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 je een nota indient, 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 jou 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 3:83 lid 2 BW.

A17 Klachten en geschillen

Als je niet tevreden bent over onze dienstverlening, wil Menzis dit graag van je weten. Hoe pak je dat dan aan en bij wie moet je zijn?

Hoe pak je dat aan?

- Je vult het online klachtenformulier op menzis.nl/klachtafhandeling in waarin je kunt aangeven waarover je ontevreden bent en waarom. Heb je hulp nodig bij het invullen van dit formulier, neem dan contact met onze Klantenservice op.
- Je kunt het formulier sturen naar de afdeling Klachten.
- Menzis zal jouw klacht in behandeling nemen en beantwoorden.
- Als je het niet eens bent met het antwoord van Menzis of binnen 30 dagen geen antwoord hebt gekregen, kun je je probleem voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).

- Informatie over de SKGZ kun je vinden op skgz.nl. Je kunt de SKGZ ook benaderen via het Europese platform voor online geschillenbeslechting. Informatie over dit platform kun je vinden op ec.europa.eu/odr.
- De SKGZ zal jouw 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, kun je je 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 jij zich houden.
- Ook kun je je 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 je zijn?

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

- Menzis, afdeling Klachten, 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

Je hebt 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, vind je 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 je zorg nodig hebt, 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, heb je 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, heb je 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 je lijdt als gevolg van enig handelen of nalaten van een zorgaanbieder van wiens zorg je gebruik hebt 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

Je hebt geen recht op vergoeding van kosten die aan jou in rekening worden gebracht omdat je een afspraak met je zorgaanbieder niet bent nagekomen.

A24 Fraudebestrijding

Als je of de verzekeringnemer Menzis opzettelijk misleidt, vervalt je recht op uitkering. Menzis kan dan ook al je verzekeringen opzeggen. Wat Menzis eventueel al heeft betaald als gevolg van de misleiding, aan jou of rechtstreeks aan een zorgaanbieder, moet je terugbetalen. Ook moet je de onderzoekskosten aan Menzis betalen. Menzis kan aangifte doen en registreert je gegevens. Dat gebeurt in de registers volgens het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen.

A25 Bescherming persoonsgegevens

- Je hebt ons persoonsgegevens toevertrouwd, zoals je naam, adres en geboortedatum. Menzis zal met deze gegevens zorgvuldig omgaan. Je gegevens worden gebruikt voor het aangaan en uitvoeren van je verzekering. Meer informatie over waar Menzis je persoonsgegevens voor gebruikt, vind je in het privacy statement op menzis.nl.
- Bij het gebruik van persoonsgegevens houden wij ons aan wet- en regelgeving. Zoals de Algemene verordening Gegevensbescherming (AVG), de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars en het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen.
- Bij de uitvoering van je verzekering zijn behalve Menzis ook anderen betrokken, zoals zorgaanbieders of een factoringbureau dat nota's incasseert. Het is voor de goede uitvoering van je verzekering soms nodig dat Menzis je persoonsgegevens aan die personen verstrekt en zij aan ons. Je wordt geacht hiervoor je toestemming te hebben gegeven.
- In het geval je een nota online declareert, heeft Menzis het recht bij de zorgaanbieder te controleren of de zorgaanbieder deze nota aan jou heeft verzonden. Je wordt geacht hiervoor je toestemming te hebben gegeven.
- Menzis neemt je burgerservicenummer (BSN) in de administratie op. Je zorgaanbieder, andere dienstverleners van zorg en Menzis gebruiken je BSN bij elke vorm van communicatie.

A26 Overig

- De datum waarop je 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 2027 en gesloten in 2028, krijg je dus de vergoeding die hoort bij 2027.
- Je verleent Menzis volmacht te veel betaalde vergoeding terug te vorderen.

- Als je Menzis belt en Menzis doet je een mondelinge toezegging, dan kun je Menzis vragen die toezegging schriftelijk te bevestigen. Een mondelinge toezegging wordt zonder schriftelijke bevestiging geacht niet te zijn gedaan.
- Aanvragen, nota's of andere correspondentie met Menzis moeten zijn opgesteld in het Nederlands of Engels. Dien je bijvoorbeeld een nota in het Duits in, dan kan Menzis je vragen een vertaling van de nota te sturen. Een beëdigd vertaler moet de nota vertalen. Je betaalt de vertaling zelf.
- Op de verzekering is Nederlands recht van toepassing.

Algemene voorwaarden (2)

De algemene voorwaarden (2) zijn alleen van toepassing op de aanvullende verzekering en de tandartsverzekering.

A27 Opzeggen

Als je verzekeringnemer bent en de Basisverzekering opzegt, kun je je aanvullende verzekering en tandartsverzekering bij Menzis laten doorlopen of per dezelfde datum opzeggen. Je kunt je aanvullende verzekering en tandartsverzekering opzeggen als je op grond van de Wlz bent opgenomen in een instelling en je tandheelkundige hulp uit de Wlz wordt vergoed. Je 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:

- je in een ander land dan Nederland gaat wonen, of
- je 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, of
- je niet langer voldoet aan de voorwaarden voor deelname aan de collectieve verzekering of als de overeenkomst tussen jouw werkgever of belangenbehartiger en Menzis is beëindigd. Menzis kan je in deze situaties overzetten op een aanvullende (tandarts)verzekering die het meest lijkt op je collectieve verzekering.
- we niet kunnen vaststellen dat je verzekeringsplichtig bent op grond van de Zorgverzekeringswet (gerede twijfel).

A29 Wijziging

Als je verzekeringnemer bent en je wijzigt je 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 je 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 je de aanvullende en tandartsverzekering beëindigt en je 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. Dit geldt alleen als die verzekerde op een zorgpolis staat waar de verzekeringnemer of een verzekerde wél premie betaalt voor deze verzekering.
- Voor de tandartsverzekering van een verzekerde tot 10 jaar hoeft geen premie te worden betaald. Voor de tandartsverzekeringen TandVerzorgd 250 en TandVerzorgd 500 betalen verzekerden van 10 t/m 17 jaar ook geen premie. In beide gevallen geldt dit alleen als die verzekerde op een zorgpolis staat waar de verzekeringnemer of een verzekerde wél premie betaalt voor deze verzekering.
- Voor de tandartsverzekering TandVerzorgd 750 van een verzekerde vanaf 10 jaar moet wel premie worden betaald.

A31 Voor je kind

Menzis accepteert je 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 een 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 je de aanvullende verzekering of tandartsverzekering niet zou hebben afgesloten. Als je een beroep doet op de aanvullende verzekering of tandartsverzekering, terwijl je ook op een andere verzekering of voorziening, bijvoorbeeld een reisverzekering, een beroep zou kunnen doen, dan moet je 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: je hebt 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 weigeren als:

- je nog premie moet betalen voor een andere verzekering van Menzis,
- je je schuldig hebt gemaakt aan (verzekerings)fraude,
- je zonder een Basisverzekering bij Menzis een TandVerzorgd 750, TandVerzorgd 1P of JongerenVerzorgd aanvraagt,

- je zelf geen Basisverzekering hebt afgesloten maar door het CAK bent aangemeld. Het CAK houdt dan 12 maanden de premie in op je inkomsten. Tijdens die periode kun je geen aanvullende (tandarts)verzekering bij Menzis afsluiten.