

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, en Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, implanteren kunststof lens, niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hoogte vergoeding, informatieplicht
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017)
Zaaknummer : 202200004
Zittingsdatum : 2 november 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

en

Menzis Zorgverzekeraar N.V., hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 31 mei 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 8 juni 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 25 augustus 2022 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 30 augustus 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 2 november 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.4. Verzoeker heeft ter zitting naar verschillende stukken verwezen en deze overgelegd. Afschriften van deze stukken zijn aan de zorgverzekeraar gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop vóór 23 november 2022 schriftelijk te reageren. Van deze mogelijkheid heeft de zorgverzekeraar geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis Voordelig (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij aanvraagformulieren van 17 februari 2021 is bij de zorgverzekeraar een machtiging aangevraagd voor het implanteren van een kunststof lens in het linker- en het rechteroog.
- 3.3. Bij brief van 23 februari 2021 (kenmerk: 2364783) heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag voor het linkeroog is goedgekeurd. Bij brief van 23 februari 2021 (kenmerk: 2364778) heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag voor het rechteroog is goedgekeurd. In beide brieven is vermeld, voor zover hier relevant:
(...) Let op: Kiest u voor een zorgaanbieder die geen contract met ons heeft? Dan krijgt u de rekening waarschijnlijk niet helemaal vergoed. Bekijk de verzekeringsvoorwaarden op onze website. Zo komt u niet voor financiële verrassingen te staan. Houdt u er ook rekening mee dat het eigen risico van toepassing kan zijn. (...)"

3.4. Verzoeker heeft aan beide ogen de gevraagde ingreep ondergaan en de kosten hiervan gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Bij e-mailberichten van 27 oktober 2021 en 11 november 2021 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat aan hem een vergoeding van respectievelijk € 790,- en € 1.133,60 wordt toegekend.

3.5. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissingen gevraagd. Bij brief van 16 november 2021 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissingen handhaaft.

4. **Standpunt verzoeker**

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar aan hem een hogere vergoeding moet toekennen voor de ingrepen die hij aan zijn ogen heeft ondergaan.

4.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij bij de zorgverzekeraar aanvragen heeft ingediend die waren voorzien van een offerte van de zorgaanbieder die de ingrepen heeft uitgevoerd. In de machtigingen die de zorgverzekeraar heeft verstrekt is vermeld dat de aanvraag is goedgekeurd en dat eventuele meerkosten die worden berekend in verband met het plaatsen van een multifocale lens niet afzonderlijk worden vergoed. Volgens verzoeker impliceert dit dat de overige kosten wél volledig worden vergoed. Op aanraden van de zorgaanbieder heeft verzoeker via Whatsapp en telefonisch contact gehad met de zorgverzekeraar om zich te laten informeren over de hoogte van de vergoeding. De zorgverzekeraar verklaarde tijdens die contacten dat de ingrepen onder dekking van de zorgverzekering vallen, maar dat de hoogte van de vergoeding afhankelijk was van de DBC die zou worden gedeclareerd en het eventuele openstaande eigen risico. Er is tijdens deze contacten niet gesproken over een lagere vergoeding, omdat verzoeker zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder had gewend. Uiteindelijk blijkt dat de zorgverzekeraar slechts € 1.923,60 vergoedt van het bedrag van totaal € 5.970,- dat door de zorgaanbieder in rekening werd gebracht. Gelet op het voorgaande meent verzoeker dat de zorgverzekeraar hem niet goed heeft geïnformeerd en dat hij op basis hiervan recht heeft op volledige vergoeding, of ten minste een vergoeding van 70% van het totaalbedrag dat bij hem in rekening is gebracht. Een en ander onder verrekening van het eigen risico.

4.3. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat hij wist dat hij zich tot een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder had gewend en dat hij uit de brieven van 23 februari 2021 van de zorgverzekeraar had afgeleid dat de ingrepen daarom niet volledig zouden worden vergoed. Verzoeker heeft op 3 maart 2021 telefonisch contact opgenomen met de zorgverzekeraar om duidelijkheid te krijgen over de hoogte van de vergoeding waarop hij recht had, maar deze heeft hij niet gekregen. Volgens de zorgverzekeraar was hiervoor namelijk aanvullende informatie nodig, waaronder een zogenoemde DBC-code. De betrokken zorgaanbieder kon de gevraagde informatie echter niet geven.

Verder heeft verzoeker ter zitting aangevoerd dat de door de zorgverzekeraar genoemde hyperlinks naar de website bij hem niet werkten. Voorts heeft hij de websites geraadpleegd van de zorgaanbieders die de ingreep uitvoeren die hij heeft ondergaan. Hierop is vermeld dat deze zorgaanbieders ongeveer € 4.500,- tot € 5.500,- rekenen per ingreep. Hij acht het daarom niet aannemelijk dat deze zorgaanbieders de onderhavige behandeling ook uitvoeren voor het gecontracteerde tarief van € 3.238,-. Verzoeker meent dan ook dat dit tarief een fictief bedrag is.

4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

5. **Standpunt zorgverzekeraar**

5.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen recht heeft op een andere of hogere vergoeding dan reeds aan hem is toegekend. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat verzoeker een

naturapolis heeft afgesloten. Op basis van deze polis heeft verzoeker recht op verstrekking van zorg door een daartoe gecontracteerde zorgaanbieder. Als verzoeker ervoor kiest zich te wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder heeft dit gevolgen voor de hoogte van de vergoeding waarop aanspraak bestaat. Dit is vermeld op de pagina's 6 en 7 van de voorwaarden van de zorgverzekering en tevens in de machtigingen die aan verzoeker zijn verstrekt. Overigens blijkt ook uit de Whatsapp berichten tussen verzoeker en de zorgverzekeraar dat verzoeker ervan op de hoogte is geweest dat hij recht had op een gedeeltelijke vergoeding. Omdat verzoeker zich heeft gewend tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder heeft hij aanspraak op een vergoeding gelijk aan 70% van het gemiddeld gecontracteerde tarief. Dit komt neer op een vergoeding van € 1.133,60 per ingreep. Omdat verzoeker het eigen risico 2021 nog niet had vol gemaakt, is een deel van de vergoeding (€ 343,60) hiermee verrekend. Dit verklaart waarom op het declaratieoverzicht van 27 oktober 2021 als vergoeding € 790,- is vermeld.

5.2. De zorgverzekeraar stelt voorts, onder verwijzing naar zijn website, dat hij zich houdt aan de informatieverplichtingen voortvloeiend uit artikel 13 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017) van de Nederlandse Zorgautoriteit. Dat verzoeker, zoals hij stelt, niet heeft geweten dat de zorgaanbieder niet gecontracteerd was, vindt de zorgverzekeraar niet aannemelijk. De zorgaanbieder heeft verzoeker namelijk verwezen naar de zorgverzekeraar in verband met de hoogte van de vergoeding. Daarnaast is op de website van de zorgaanbieder te lezen dat hij geen vaste afspraken heeft met zorgverzekeraars. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat hij verzoeker tijdig en correct heeft geïnformeerd. Bij brief van 25 augustus 2022 aan de commissie heeft de zorgverzekeraar verklaard verzoeker tegemoet te willen komen en eenmalig 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief te vergoeden in plaats van 70%.

5.3. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de brief van 23 februari 2021 blijkbaar duidelijk genoeg was voor verzoeker, omdat hij hieruit heeft afgeleid dat de door hem aangevraagde ingrepen niet volledig zouden worden vergoed. Voorts is aan verzoeker naar zijn zeggen tijdens het telefoongesprek op 3 maart 2021 duidelijk gemaakt dat aanvullende informatie nodig was om hem te informeren over de hoogte van de daadwerkelijke vergoeding. Verzoeker heeft deze informatie echter niet aangeleverd of de zorgverzekeraar van een nadere reactie voorzien. Dat verzoeker er vervolgens voor heeft gekozen de ingrepen te ondergaan, zonder dat hij precies wist wat de vergoeding zou zijn, komt voor zijn rekening en risico. Verder heeft de zorgverzekeraar aangevoerd dat verzekeraars met zorgaanbieders een tarief kunnen overeenkomen voor een bepaalde behandeling, tenzij hiervoor een wettelijk vastgesteld tarief geldt. Dat is het zogenoemde gecontracteerde tarief. Dit tarief is niet terug te vinden op de websites van de zorgaanbieders. Hierop kan wel het zogenoemde passantentarief zijn vermeld. Dit is het tarief dat in rekening wordt gebracht als geen sprake is van een contract met een zorgverzekeraar. Voornoemde tarieven kunnen wezenlijk van elkaar verschillen.

5.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op geneeskundige zorg en de

hoogte van het tarief zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Ook zijn hierin de relevante bepalingen uit de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraar aan consumenten (TH/NR-017)' van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: de regeling) vermeld. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Hoogte vergoeding

- 7.2. Verzoeker heeft zich gewend tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval bestaat recht op vergoeding van 70% van de nota van de zorgaanbieder tot maximaal 70% van het door de zorgverzekeraar gemiddeld gecontracteerde tarief. Dit is vermeld op de pagina's 6 en 7 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat toepassing van de verzekeringsvoorwaarden ertoe leidt dat verzoeker recht heeft op vergoeding van maximaal € 1.133,60 per behandeling, ofwel € 2.267,20 voor beide ogen. De zorgverzekeraar heeft verder verklaard dat een bedrag van € 343,60 is verrekend met het nog openstaande eigen risico 2021. Verzoeker heeft ter zitting zijn twijfels geuit over de juistheid van het door de zorgverzekeraar genoemde gecontracteerde tarief. In dit verband heeft hij verwezen naar de veel hogere tarieven voor de ingreep die verschillende zorgaanbieders op hun website hebben vermeld. De commissie overweegt dat de zorgverzekeraar hier terecht tegenin heeft ingebracht dat de voornoemde tarieven zogenoemde passantentarieven betreffen. Deze worden in rekening gebracht als géén sprake is van met een verzekeraar overeengekomen tarief, met name als betrokkene geen zorgverzekering heeft afgesloten. Dit laatste is bij verzoeker niet aan de orde en vormt dan ook geen aanleiding om aan te nemen dat het door de zorgverzekeraar genoemd gecontracteerde tarief van € 1.133,60 per behandeling onjuist is. Verder is gesteld noch gebleken dat het eigen risico van € 343,60 ten onrechte in mindering is gebracht op de vergoeding. Verzoeker heeft in beginsel dan ook geen recht op een hogere of andere vergoeding dan aan hem is toegekend door de zorgverzekeraar.
- De zorgverzekeraar heeft evenwel toegezegd dat hij bereid is aan verzoeker een vergoeding toe te kennen gelijk aan 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar verklaard dat deze aanvullende vergoeding zal worden uitgekeerd voor zover dan nog aan de orde en pas nadat de commissie over het onderhavige geschil heeft beslist. De commissie neemt de gedane toezegging voor kennisgeving aan.

Informatieplicht

- 7.3. Gelet op het standpunt dat verzoeker heeft ingenomen, moet vervolgens worden beoordeeld of hij - in afwijking van de hiervoor genoemde verzekeringsvoorwaarden - recht heeft op een hogere vergoeding van de zorgverzekeraar, omdat deze hem niet juist of niet volledig heeft geïnformeerd. De commissie overweegt hierover het volgende.
- 7.4. In artikel 13 van de regeling is vermeld welke (algemene) informatie de verzekeraar moet vermelden op zijn website over niet-gecontracteerde zorg. Hierop moet onder andere worden vermeld dat de keuze voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder leidt tot een beperking in de vergoeding en hoe deze vergoeding wordt berekend. In dit verband moet tevens een tarievenlijst worden gepubliceerd met vergoedingen waarover de vergoedingsbeperking voor niet-gecontracteerde zorg wordt berekend. Door de zorgverzekeraar is gesteld dat op de website alle informatie is vermeld die in artikel 13 van de regeling is bedoeld. Dit laatste is door verzoeker niet gemotiveerd betwist en wordt daarom door de commissie als vaststaand aangenomen.
- 7.5. In artikel 16 van de regeling is vermeld welke informatie een verzekeraar ten minste moet verstrekken, wanneer een consument bij hem navraag doet naar de financiële gevolgen van zijn (toekomstige) keuze voor een specifieke behandeling of dienst bij een specifieke zorgaanbieder. De voornoemde informatie omvat, volgens artikel 16, eerste lid, van de regeling:

- a. het percentage dat de consument zelf zal moeten betalen:
 - i. van de kosten van de behandeling of dienst, of

- ii. van het door de verzekeraar gehanteerde tarief voor de behandeling of dienst;
- b. het absolute bedrag waar het percentage bedoeld in onderdeel a over berekend wordt voor zover de consument dit nodig heeft om te kunnen bepalen welk bedrag de consument zelf zal moeten betalen;
- c. de eigen bijdrage die de consument in totaal moet betalen, in een absoluut bedrag;
- d. het eigen risico dat de consument in totaal moet betalen, in een absoluut bedrag;
- e. het totale bedrag dat voor rekening komt van de consument waarin bovenstaande informatie samengenomen wordt.

In artikel 16, tweede lid, van de regeling is vermeld:

Wanneer de zorgverzekeraar niet kan beschikken over één of meerdere van de gegevens genoemd in lid 1 omdat de consument niet exact kan aangeven welke behandeling of dienst de consument in de toekomst verwacht te krijgen, geeft de zorgverzekeraar de informatie genoemd in lid 1 zover als mogelijk en geeft de zorgverzekeraar de verzekerde een indicatie van de overige punten.

In artikel 16, derde lid, van de regeling is vermeld:

Wanneer de zorgverzekeraar niet kan beschikken over één of meerdere van de gegevens genoemd in lid 1 omdat de zorgverzekeraar de betreffende behandeling of dienst niet bij de zorgaanbieder gecontracteerd heeft, informeert de zorgverzekeraar de consument erover dat:

- a. de consument het tarief voor de behandeling of dienst bij de zorgaanbieder kan opvragen;
- b. en de zorgverzekeraar op basis hiervan de consument inzicht kan geven in de onder artikel 16.1 opgesomde punten.

- 7.6. Waar het gaat om de afhandeling van aanvragen geldt dat de zorgverzekeraar, na ontvangst, beoordeelt of de aangevraagde zorg ten laste van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt. Het enkel en alleen indienen van een aanvraag is dan ook niet aan te merken als een concreet verzoek om informatie over de financiële gevolgen van een (toekomstige) keuze voor een specifieke behandeling bij een specifieke zorgaanbieder, als bedoeld in artikel 16 van de regeling. De zorgverzekeraar was dan ook niet gehouden verzoeker op basis van de ingediende aanvragen te informeren over de hoogte van de eventuele vergoeding. Hij kon volstaan met de waarschuwing dat mogelijk kosten voor rekening van verzoeker zouden blijven. Voor de volledigheid merkt de commissie op dat als verzoeker op basis van de aanvragen wél had gevraagd om inzicht in de kosten, de zorgverzekeraar in de onderhavige situatie evenmin gehouden was verzoeker hierover te informeren. Dit omdat daartoe noodzakelijke informatie, zoals een DBC-code, bij de aanvragen ontbrak, hetgeen verzoeker, naar zijn eigen stellingen, tijdens het telefonisch contact op 3 maart 2021, ook is meegedeeld.
- 7.7. Met betrekking tot het telefoongesprek dat op 3 maart 2021 tussen verzoeker en de zorgverzekeraar heeft plaatsgevonden geldt dat het aan verzoeker is aannemelijk te maken dat tijdens dit gesprek is gesproken over de hoogte van de vergoeding, dan wel de concrete financiële gevolgen van zijn keuze de ingreep te ondergaan bij een niet- gecontracteerde zorgaanbieder. Hierin is verzoeker naar het oordeel van de commissie niet in geslaagd. Uit de door de zorgverzekeraar overgelegde notities van het telefoongesprek blijkt dat door verzoeker is gevraagd naar de stand van zaken rond de machtigingsaanvragen, maar niet dat toen ook is gesproken over de kosten. Verzoeker heeft de juistheid van de door de zorgverzekeraar gemaakte notities niet gemotiveerd bestreden, maar heeft enkel toegevoegd dat is gesproken over de ontbrekende DBC-code, zodat de commissie tot de conclusie komt dat zorgverzekeraar zijn informatieplicht op grond van artikel 16 van de regeling niet heeft geschonden.
- 7.8. Ten aanzien van de berichten die via Whatsapp zijn uitgewisseld, merkt de commissie op dat verzoeker voor het eerst op 9 september 2021 heeft gevraagd naar de hoogte van de vergoeding van de ingrepen aan zijn ogen. Hierover heeft vervolgens op 9 en 10 september 2021 contact plaatsgevonden. Op dat moment had verzoeker de aangevraagde ingrepen echter al ondergaan en had hij de nota's die hij van de zorgaanbieder had ontvangen reeds ter declaratie bij de

zorgverzekeraar ingediend. Er was op dat moment dan ook geen sprake van een verzoek om informatie over de financiële gevolgen van een (toekomstige) keuze voor een specifieke behandeling bij een specifieke zorgaanbieder, als bedoeld in artikel 16 van de regeling. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat door verzoeker niet aannemelijk is gemaakt dat hij door de zorgverzekeraar onjuist of onvolledig is geïnformeerd. Dat verzoeker mogelijk de hyperlinks waarnaar door de zorgverzekeraar werd verwezen niet heeft kunnen gebruiken doet hieraan niet toe of af.

Slotsom

7.9. Gelet op het voorgaande komt de commissie tot de conclusie dat de zorgverzekeraar aan verzoeker een vergoeding heeft toegekend overeenkomstig de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en dat hij zijn informatieplicht jegens verzoeker niet heeft geschonden door onjuiste of onvolledige informatie te verstrekken. Om die redenen is hij niet gehouden een hogere of andere vergoeding aan verzoeker toe te kennen.

7.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 december 2022,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

13. Algemene informatie over (niet-) gecontracteerde zorg

De zorgverzekeraar vermeldt op de website de volgende punten, indien het contracteren van zorg door de zorgverzekeraar mogelijk consequenties heeft voor de verzekerde:

- a. of er sprake is van gecontracteerde zorg;
- b. zo ja, voor welke vormen van zorg er sprake is van gecontracteerde zorg, of voor welke vormen van zorg er niet sprake is van gecontracteerde zorg en dat er voor de overige vormen van zorg wel sprake is van gecontracteerde zorg;
- c. of de keuze voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder leidt tot een vergoedingsbeperking;
- d. de hoogte van het percentage van de vergoeding bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder;
- e. de tarieflijsten met vergoedingen waarover de vergoedingsbeperking voor niet-gecontracteerde zorg berekend wordt, wanneer de verzekeraar van zulke tarieflijsten gebruik maakt;
- f. de wijze waarop de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg berekend wordt;
- g. of de zorgverzekeraar selectief is in het contracteren van zorgaanbieders, en zo ja, hoe de zorgverzekeraar deze zorgaanbieders selecteert.

16. Inzicht in kosten voor behandeling of dienst

1. Wanneer een consument vraagt om informatie over de financiële gevolgen van zijn (toekomstige) keuze voor een specifieke behandeling of dienst bij een specifieke zorgaanbieder, verstrekt de zorgverzekeraar de consument alle informatie die de consument nodig heeft om de financiële gevolgen van zijn keuze te kunnen overzien. Dit omvat, wanneer van toepassing, ten minste de volgende informatie:
 - a. het percentage dat de consument zelf zal moeten betalen:
 - i. van de kosten van de behandeling of dienst, of
 - ii. van het door de verzekeraar gehanteerde tarief voor de behandeling of dienst;
 - b. het absolute bedrag waar het percentage bedoeld in onderdeel a over berekend wordt voor zover de consument dit nodig heeft om te kunnen bepalen welk bedrag de consument zelf zal moeten betalen;
 - c. de eigen bijdrage die de consument in totaal moet betalen, in een absoluut bedrag;
 - d. het eigen risico dat de consument in totaal moet betalen, in een absoluut bedrag;
 - e. het totale bedrag dat voor rekening komt van de consument waarin bovenstaande informatie samengenomen wordt.
2. Wanneer de zorgverzekeraar niet kan beschikken over één of meerdere van de gegevens genoemd in lid 1 omdat de consument niet exact kan aangeven welke behandeling of dienst de consument in de toekomst verwacht te krijgen, geeft de zorgverzekeraar de informatie genoemd in lid 1 zover als mogelijk en geeft de zorgverzekeraar de verzekerde een indicatie van de overige punten.
3. Wanneer de zorgverzekeraar niet kan beschikken over één of meerdere van de gegevens genoemd in lid 1 omdat de zorgverzekeraar de betreffende behandeling of dienst niet bij de zorgaanbieder gecontracteerd heeft, informeert de zorgverzekeraar de consument erover dat:
 - a. de consument het tarief voor de behandeling of dienst bij de zorgaanbieder kan opvragen;
 - b. en de zorgverzekeraar op basis hiervan de consument inzicht kan geven in de onder artikel 16.1 opgesomde punten.
4. Wanneer de zorgverzekeraar niet kan beschikken over één of meerdere van de gegevens genoemd in lid 1 omdat de zorgverzekeraar niet kan beschikken over de geldende prijslijst van de gecontracteerde zorgaanbieder, geeft de zorgverzekeraar de informatie genoemd in lid 1 zover als mogelijk en geeft de zorgverzekeraar de verzekerde een indicatie van de overige punten.
5. Als de zorgverzekeraar informatie verstrekt aan de consument over de gevolgen van een behandeling of dienst voor het eigen risico van de consument, informeert de zorgverzekeraar de consument tegelijkertijd over de volgende punten:
 - a. over welk polisjaar het eigen risico verrekend zou kunnen worden, afhankelijk van de startdatum van de behandeling of dienst;
 - b. bij zorg die als dbc wordt gedeclareerd: dat een vervolg-dbc kan leiden tot tweemaal betalen van het eigen risico als de startdatum van de vervolg-dbc in een ander kalenderjaar valt dan de startdatum van de initiële dbc;
 - c. dat de verzekerde bij de zorgaanbieder kan navragen of en wanneer er een vervolg-dbc gestart wordt.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;

- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslapte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelen, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
 - c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Menzis Basis Voordelig

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

Uw Basisverzekering

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

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

Natura

U heeft gekozen voor Menzis Basis Voordelig. Dit is een verzekering die bestemd is voor iedereen die in Nederland woont of daarbuiten en die een zorgverzekering moet sluiten. Menzis Basis Voordelig is een naturaverzekering. Natura betekent dat u recht heeft op de zorg zelf (de tegenhanger van natura is restitutie: restitutie betekent dat u geen recht heeft op de zorg zelf, maar op vergoeding van de kosten van zorg en op bemiddeling om die zorg te krijgen). Op de volgende bladzijden staat alle zorg beschreven waarvoor u verzekerd bent.

Naar een gecontracteerde zorgaanbieder

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

Let op: het kan voorkomen dat het gecontracteerde aanbod verandert gedurende het jaar. Kijk altijd vooraf in de De Menzis Zorgvinder om te controleren of uw zorgaanbieder een contract heeft.

Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Kiest u voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, dan vergoedt Menzis de kosten tot een maximumbedrag. Menzis vergoedt 70% van de nota van de zorgaanbieder, tot een maximum van 70% van het bedrag dat Menzis gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd. Kiest u liever voor een zorgaanbieder zonder zorgovereenkomst maar belemmert de lagere vergoeding (70%) uw keuze? Dan kunt u ons aangeven waarom deze lagere vergoeding uw keuze belemmert en vragen alsnog een hoger percentage te vergoeden. Wij nemen uw verzoek in behandeling en vertellen u binnen 4 weken of wij u een hogere vergoeding (maximaal 75% van de nota van de zorgaanbieder, tot een maximum van 75% van het

bedrag dat Menzis gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd) kunnen bieden. Op het te vergoeden bedrag worden eventueel verschuldigde eigen bijdragen en daarna verplicht en vrijwillig eigen risico in mindering gebracht.

Let op

Vraag bij uw zorgaanbieder naar zijn behandel tarief en de behandelcode voor de behandeling. Met de behandelcode kan de maximale vergoeding worden bepaald. Houdt u 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 u zelf moet betalen kan dan hoger uitvallen.

De Menzis Zorgvinder

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

Let op

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

Overeengekomen volume (omzetplafond)

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

De inhoud en omvang van de zorg

De inhoud en omvang van de zorg in deze verzekeringsvoorwaarden worden bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en de praktijk. Veel vormen van zorg zijn in de wet niet gedetailleerd omschreven. Deze vormen van zorg zijn aangeduid als zorg zoals een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden. Hiermee wordt de soort zorg aangegeven. Of een behandeling onder een verzekerde zorgvorm valt, wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk.

Het voorgaande betekent dat u verzekerd bent voor die zorg die de betrokken beroepsgroep tot de aanvaarde