

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202501501

Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft op 2 januari 2026 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 4 januari 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 24 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 24 maart 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster heeft op 25 maart 2026 verklaard niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 8 april 2026 verklaard telefonisch te willen worden gehoord. Tijdens de hoorzitting van 17 juni 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard alsnog af te zien van de mogelijkheid te worden gehoord.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Buitenland & Tandongeval (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Tijdens een verblijf in Spanje heeft verzoekster, vanwege een eksteroog onder haar voet, op 30 juni 2025, 2 juli 2025 en 8 juli 2025 consulten bij een plaatselijke arts en een laserbehandeling gehad. Voorts kreeg zij door de apotheek aldaar medicijnen ter hand gesteld. De kosten van een en ander bedroegen totaal € 113,69. Verzoekster heeft deze gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar, die na inhouding van het eigen risico een bedrag van € 70,- heeft vergoed.

- 2.3. In verband met het voorgaande heeft verzoekster op 1, 2, 3 en 4 juli 2025 contact opgenomen via het alarmnummer. Dit bleek het telefoonnummer van de ANWB Alarmcentrale. Hier werd haar verteld dat slechts één consult per ziekte/ongeval/gebeurtenis wordt geaccepteerd en dat zij de nota's ter declaratie kon indienen bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft zich bij brief van 30 juli 2025, gevoegd bij de declaraties, over deze gang van zaken bij de ziektekostenverzekeraar beklagd.
- 2.4. Nadat verzoekster op 29 augustus 2025 telefonisch en per e-mail had gerappelleerd, heeft de ziektekostenverzekeraar haar bij brief van 4 september 2025 geïnformeerd over de voorwaarden voor vergoeding van kosten van zorg in het buitenland en de definitieve terugkoppeling door de ANWB Alarmcentrale.
- 2.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar hierop nogmaals per e-mail benaderd.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat (i) de door de ziektekostenverzekeraar gestelde voorwaarde van een medisch rapport met bevindingen en een behandelplan onredelijk bezwarend is, (ii) de beperking tot slechts één consult niet mag worden gehanteerd maar dat alle medisch noodzakelijke zorg moet worden vergoed, en (iii) het ter zake bepaalde in de algemene voorwaarden daarmee nietig is.
- 3.2. Volgens verzoekster blijkt uit de gevoerde correspondentie dat de ziektekostenverzekeraar het ingenomen standpunt niet zomaar zal veranderen. Daarom is naar haar mening verdere actie nodig. In dat verband is de stelling van verzoekster ten aanzien van punt (i) dat deze voorwaarde onbegrijpelijk is, aangezien er eerst een consult moet plaatsvinden om een medisch rapport te kunnen opstellen. Er is aldus sprake van een 'kip of het ei' situatie. Verzoekster tekent aan dat het karakter van een spoedconsult nu juist is dat er grote haast bij is. Dan is het niet logisch dat een medisch rapport en een behandelplan dienen te worden opgesteld, en dat deze stukken eerst moeten worden beoordeeld door de ANWB Alarmcentrale. Door de ziektekostenverzekeraar is verklaard dat dit ook geldt voor kleine medische ingrepen. Verzoekster acht het niet waarschijnlijk dat een buitenlandse (huis)arts bereid is (gratis) een medisch rapport en behandelplan op te stellen. De betreffende voorwaarde is om voornoemde redenen onredelijk bezwarend en daarmee nietig (iii). De commissie dient hierover een uitspraak te doen. Verzoekster verwijst naar de – ruimer geredigeerde - tekst op de website van de ziektekostenverzekeraar en stelt dat hetgeen daar is vermeld meestal zal volstaan. Alleen in gecompliceerde gevallen zou de extra eis van een behandelplan van toepassing kunnen zijn. Verzoekster merkt op dat haar in eerste instantie niet duidelijk was dat zij met de ANWB Alarmcentrale sprak.
- 3.3. Volgens verzoekster heeft de ANWB Alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar de opdracht gekregen zorg in het buitenland te ontmoedigen. Haar werd door de alarmcentrale bij herhaling verteld dat slechts één keer een spoedconsult mag worden ingeroepen, en dat het verkrijgen van toestemming voor een vervolgbehandeling vrijwel onmogelijk is. Uitgangspunt van de ziektekostenverzekeraar is namelijk dat vervolgbehandelingen in principe in Nederland moeten plaatsvinden. Verzoekster licht toe dat zij afwisselend periodes van drie maanden in Spanje en Nederland verblijft, en dat het vanwege haar leeftijd niet onwaarschijnlijk is dat af en toe een arts moet worden bezocht. Ten onrechte werpt de ziektekostenverzekeraar barrières op en dit is ontoelaatbaar.
- 3.4. Verder merkt verzoekster op dat telefonisch en schriftelijk contact met de ziektekostenverzekeraar zeer moeilijk is. Om die reden heeft zij haar klacht indertijd voorgelegd met de ingediende declaraties. Vervolgens raakte die brief enige tijd zoek.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard het te betreuren dat verzoekster geen prettige ervaring heeft gehad met zijn alarmcentrale. Hij licht toe dat de kosten van zorg in het buitenland onder voorwaarden worden vergoed. Het gaat daarbij om het volgende:
- de zorg is onvoorzien en kan niet worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland;
 - het verblijf in het buitenland is korter dan een jaar;
 - er is direct overleg geweest met de alarmcentrale;
 - de zorg betreft een behandeling die ook in Nederland onder de zorgverzekering zou vallen.

Contact met de alarmcentrale is noodzakelijk om vast te stellen of de zorg spoedeisend of planbaar is. Alleen spoedeisende zorg wordt op grond van de zorgverzekering vergoed tot maximaal het Nederlandse tarief, eventueel aangevuld tot kostprijs op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering. Soms zal voor de beoordeling een medisch rapport nodig zijn. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar zijn website en de verzekeringsvoorwaarden, onder andere het onderdeel 'spoedeisende zorg in het buitenland'. De alarmcentrale behandelt alleen spoedzorg.

- 4.2. Van het willen ontmoedigen van zorg in het buitenland is geen sprake; uitsluitend de spoedeisendheid van de zorg wordt door de ANWB Alarmcentrale beoordeeld. Hiermee kan tevens worden voorkomen dat verzekerden voor financiële verrassingen komen te staan. Uit de notities blijkt niet dat is gezegd dat de vervolgbehandelingen in Nederland zouden moeten plaatsvinden. Volgens de ziektekostenverzekeraar is onderdeel van de beoordeling ook of kosten kunnen worden voorgeschoten dan wel een Garantie op Betaling (GOP) kan worden afgegeven.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar wijst erop dat het hier een 100% online verzekering betreft. De dienstverlening geschiedt volledig digitaal, waardoor een gunstige premie mogelijk is. De klantenservice is daarom alleen bereikbaar via een chatbot en op werkdagen tussen 8:00 uur en 18:00 uur via een chat met een medewerker. De ziektekostenverzekeraar wijst erop dat naar aanleiding van het eerste gesprek op 1 juli 2025 al is meegedeeld dat de ANWB Alarmcentrale namens hem optreedt en dat is gesproken met een medewerker van de alarmcentrale.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A17 van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over huisartsenzorg, medisch specialistische zorg, geneesmiddelen en de vergoeding indien gebruik wordt gemaakt van een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder, die uit het Burgerlijk Wetboek over bedingen in algemene voorwaarden (BW), en artikel 19 van Verordening (EG) nr. 883/2004 zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

- 6.2. Verzoekster heeft zorg genoten tijdens haar verblijf in Spanje, een andere EU-lidstaat. Op deze situatie ziet artikel 19 van Verordening (EG) nr. 883/2004. Hierin is bepaald dat de verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat (in dit geval Nederland) recht hebben op verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan (hier de ziektekostenverzekeraar) verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren. Om van deze mogelijkheid gebruik te kunnen maken dient betrokkene de European Health Insurance Card (EHIC) te tonen. Verzoekster heeft de EHIC niet kunnen of willen tonen dan wel is deze door de Spaanse zorgaanbieders niet geaccepteerd. Gelet op het verzoek behoeft de verordening verder geen bespreking. Het is verzoekster immers te doen om de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

Zorgverzekering

- 6.3. Tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering behoren huisartsenzorg (blz. 29 e.v. van de verzekeringsvoorwaarden), medisch specialistische zorg (blz. 37 e.v. van de verzekeringsvoorwaarden), en geneesmiddelen (blz. 25 e.v. van de verzekeringsvoorwaarden). Over de vergoeding van de hiermee gemoeide kosten ten laste van de zorgverzekering zijn partijen niet verdeeld.
- 6.4. Zorg in het buitenland is geregeld op bladzijde 11 en verder van de voorwaarden van de zorgverzekering. In dat verband wordt onderscheid gemaakt tussen het recht op zorg volgens de wettelijke regeling van het verdragsland of de EU/EER-lidstaat (zie hiervoor onder 6.2.), het recht op zorg van een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder, en vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Verder is hier bepaald dat in sommige situaties de eis van voorafgaande toestemming geldt. Er staat ook:
“Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als de vraag en noodzaak voor die zorg ontstond terwijl u in het buitenland verbleef en de zorg redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.”
 Voorts is onder het daaropvolgende kopje ‘Alarmcentrale’ opgenomen:
“Als u in het buitenland bent en u heeft daar zorg nodig, belt u dan met de Alarmcentrale (telefoonnummer). Dit telefoonnummer staat ook op uw zorgpas. De Alarmcentrale is dag en nacht bereikbaar. Schakelt u de Alarmcentrale direct in bij spoedeisende zorg.”
- 6.5. De commissie stelt vast dat in de situatie van verzoekster de zorg niet werd geleverd door buitenlandse zorgaanbieders die daartoe door de ziektekostenverzekeraar werden gecontracteerd. Voorts was geen sprake van medische zorg met opname in een instelling van minimaal één nacht in een ander land dan het woonland. Voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar was derhalve niet vereist. De aangehaalde passage over de alarmcentrale ziet specifiek op spoedeisende zorg. De commissie constateert dat de beleving van partijen over wat hieronder moet worden verstaan verschilt. De alarmcentrale heeft beoordeeld dat het hier niet ging om spoedzorg. Om die reden is verzoekster geadviseerd de kosten te voldoen en deze later bij de ziektekostenverzekeraar te declareren. Verzoekster heeft erop gewezen dat dit leidt tot onzekerheid, omdat zij maar moet afwachten of vergoeding volgt. De ziektekostenverzekeraar heeft de rol van de alarmcentrale toegelicht en meegedeeld dat deze in voorkomend geval kosten kan voorschieten of een zogenoemde GOP kan afgeven. De commissie merkt in dit verband nog op dat, gelet op het bepaalde op bladzijde 7 en verder van de voorwaarden van de zorgverzekering, een lagere vergoeding van toepassing is indien gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

- 6.6. Waar het gaat om het verzoek, heeft verzoekster in de eerste plaats gesteld dat (i) de ziektekostenverzekeraar ten onrechte de eis stelt dat een medisch rapport met bevindingen en een behandelplan moeten worden overgelegd. De ziektekostenverzekeraar heeft betoogd dat die eis van toepassing kán zijn. De commissie acht het voorstelbaar dat een medisch rapport en behandelplan worden opgevraagd, met name in de situatie dat het gaat om spoedzorg en de alarmcentrale met de buitenlandse niet-gecontracteerde zorgaanbieder in onderhandeling treedt over de kosten. De noodzaak doet zich ook voor als aan de alarmcentrale wordt gevraagd een voorschot te verlenen of een GOP af te geven. In die situatie staat immers nog geenszins vast dat op grond van de zorgverzekering dekking bestaat voor de kosten. Dan is het niet meer dan redelijk dat door of namens de ziektekostenverzekeraar een inhoudelijke beoordeling wordt uitgevoerd alvorens daartoe te besluiten.
- 6.7. Het tweede onderdeel van het verzoek betreft de beperking van de vergoeding tot één consult (ii). De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat dit niet aan de orde is. Voor de commissie is voorstelbaar dat in geval van spoedeisende zorg – waarbij de alarmcentrale wordt benaderd – het in eerste instantie alleen gaat over het eerste consult. Daarna volgt immers de inhoudelijke beoordeling waaruit kan volgen dat het planbare zorg betreft dan wel spoedeisende zorg waarvoor eventueel een GOP wordt afgegeven. Vanzelfsprekend geldt het voorgaande opnieuw indien zich een volgend incident voordoet.
- 6.8. Volgens verzoekster zijn de verzekeringsvoorwaarden op het punt van het inschakelen van de alarmcentrale onredelijk bezwarend en om die reden nietig (iii). De commissie merkt op dat een beding in algemene voorwaarden vernietigbaar – dus niet nietig – is indien het, gelet op de aard en de overige inhoud van de overeenkomst, de wijze waarop de voorwaarden zijn tot stand gekomen, de wederzijds kenbare belangen van partijen en de overige omstandigheden van het geval, onredelijk bezwarend is voor de wederpartij, of indien de gebruiker aan de wederpartij niet een redelijke mogelijkheid heeft geboden van de algemene voorwaarden kennis te nemen (artikel 6:233 BW). Hiervan zijn uitgezonderd zogenoemde kernbedingen, mits duidelijk geformuleerd. Bedingen die zijn opgenomen in de ‘zwarte lijst’ (6:236 BW) dan wel de ‘grijze lijst’ (6:237 BW) zijn onredelijk bezwarend, onderscheidenlijk worden geacht onredelijk bezwarend te zijn. Van een onredelijk bezwarend beding in voormelde zin is naar het oordeel van de commissie geen sprake. Zo heeft verzoekster kennis kunnen nemen van de verzekeringsvoorwaarden en is het hierin opgenomen beding ook anderszins niet onredelijk bezwarend. In geval van spoedzorg in het buitenland kan een verzekerde gebruik maken van de dienstverlening door de alarmcentrale. Concreet houdt dit in dat de organisatie kan onderhandelen over de prijs met de buitenlandse niet-gecontracteerde zorgaanbieder, een voorschot kan verlenen of een GOP kan afgeven. Betreft het planbare zorg of spoedzorg waarbij de verzekerde geen gebruik wenst te maken van deze dienstverlening, en die niet gepaard gaat met een opname, dan bestaat de mogelijkheid de nota's achteraf ter declaratie in te dienen bij de ziektekostenverzekeraar. Hierbij geldt dan wel dat de kosten moeten worden voorgeschoten en dat het risico bestaat dat vergoeding door de ziektekostenverzekeraar wordt geweigerd. Vindt vergoeding plaats, dan zal deze sowieso niet volledig zijn.
- Wat verzoekster met dit onderdeel van haar verzoek lijkt te willen bereiken, naar de commissie begrijpt volledige vergoeding van zorg door een niet gecontracteerde zorgaanbieder na de enkele melding bij de alarmcentrale, zonder overlegging van stukken en zonder inhoudelijke beoordeling, verhoudt zich niet tot de verzekeringsvoorwaarden en is in die zin niet reëel.

Aanvullende ziektekostenverzekering

6.9. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op een aanvulling op de vergoeding vanuit de zorgverzekering. Deze aanvulling is het verschil tussen de vergoeding uit de zorgverzekering en de in rekening gebrachte kosten. Hieraan zijn wel voorwaarden verbonden, te weten:

- er is sprake van spoedeisende zorg (de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar en/of van de alarmcentrale beoordeelt dit);
- er is direct melding gedaan bij de alarmcentrale bij opname in een instelling;
- verzekerde is niet langer dan één jaar in het buitenland;
- verzekerde heeft een recept gekregen van een huisarts of medisch specialist in het geval van geneesmiddelen, en de werkzame stof van het geneesmiddel komt voor in een geneesmiddel dat in Nederland uit de zorgverzekering wordt vergoed;
- de kosten zouden zijn vergoed als deze in Nederland zouden zijn gemaakt.

De commissie stelt vast dat op de kwestie van de melding en de beoordeling hiervoor al is ingegaan in het kader van de zorgverzekering. Voor de aanvullende ziektekostenverzekering is dit niet anders. Overigens zijn de in Spanje gemaakte kosten vergoed, onder inhouding van het toepasselijke eigen risico, zodat de aanvullende verzekering geen verdere bespreking behoeft.

6.10. Dat verzoekster niet wist of kon weten dat zij, na het alarmnummer te hebben gebeld, contact had met een medewerker van de ANWB Alarmcentrale in plaats van de ziektekostenverzekeraar is door laatstgenoemde gemotiveerd weersproken. Dit geldt evenzeer voor de stelling dat het moeilijk is contact te krijgen met de ziektekostenverzekeraar. Het betreft hier een online verzekering, waarbij de ziektekostenverzekeraar ervoor heeft gekozen uitsluitend per chatbot en – op werkdagen tijdens kantooruren – per chat te communiceren. Dat de ziektekostenverzekeraar 100% online communiceert is bepaald in de voorwaarden van de zorgverzekering die door verzoekster zijn aanvaard. Het staat de ziektekostenverzekeraar dan ook vrij op de hiervoor genoemde wijze te communiceren.

Slotsom

6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 augustus 2026,

J.W. Heringa

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 er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Menzis Basis

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

Uw Basisverzekering

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

U kunt het Verzekeringsreglement downloaden op menzis.nl/reglement. De Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering vindt u op wetten.overheid.nl.

Natura

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

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

Naar een gecontracteerde zorgaanbieder

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

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.

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.

Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Kiest u 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
70% vergoeding van de nota van de zorgaanbieder, tot een maximum van 70% van het bedrag dat Menzis gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd, bij:	GGZ
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:	Stoppen met roken Ergotherapie Fysiotherapie GLI GZSP Logopedie Preventieve voetzorg Zorg en ondersteuning bij kinderen met overgewicht en obesitas Diëtetiek Dieetpreparaten Hulpmiddelen Medisch Specialistische Zorg in een ziekenhuis Medisch Specialistische Zorg buiten een ziekenhuis (o.a. ZBC) Plastische chirurgie IVF Erfelijkheidsonderzoek Eerstelijns diagnostiek (ELD) Dialyse thuis Revalidatie Transplantatie Verblijf Wijkverpleging Geneesmiddelen Second opinion Trombosedienst
80% vergoeding van de nota van de zorgaanbieder, tot een maximum van 80% van het bedrag dat Menzis gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd, bij:	Zintuigelijk gehandicaptenzorg
90% vergoeding van de nota van de zorgaanbieder, tot een maximum van 90% van het bedrag dat Menzis gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd, bij:	Audiologische hulp Eerstelijnsverblijf Kraamzorg Verloskundige zorg

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

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

Verwijzing

U heeft alleen recht op GGZ met opname als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts, medisch specialist, spoedeisende hulp arts (SEH), straatdokter, arts maatschappij en gezondheid of uw 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 uw 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 u kiest voor een behandeling met verblijf bij een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, heeft u voorafgaande schriftelijke toestemming van Menzis nodig. Om deze toestemming aan te vragen, kunt u contact opnemen met de klantenservice.
- Wilt u voortgezet verblijf na een periode van 365 dagen of nadat de periode waarvoor reeds toestemming is verleend is verstreken? Dan moet u uiterlijk 2 maanden voordat de periode van 365 dagen of de termijn waarvoor toestemming is verleend verstrijkt, schriftelijk toestemming vragen aan Menzis via uw huidige regiebehandelaar. Op menzis.nl vindt u het aanvraagformulier.
- Wilt u het geneesmiddel esketamine neusspray (onder andere Spravato) gebruiken? Dan heeft u voorafgaande schriftelijke toestemming van Menzis nodig indien u naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat. Om deze toestemming aan te vragen, kunt u contact opnemen met de klantenservice.

Let op

Indien u geen vermelding van de diagnosecode op de declaratie wenst, maar de declaratie toch voor vergoeding in aanmerking wilt laten komen, is voorafgaand of uiterlijk bij de 1^e declaratie een verklaring nodig. U dient samen met uw behandelaar een verklaring te ondertekenen en naar Menzis op te sturen. Deze verklaring is te vinden op menzis.nl/vergoedingen. De nota dient alle informatie te bevatten die volgens wet- en regelgeving vereist is (met uitzondering dus van de diagnosecode). Zie menzis.nl voor deze vereisten.

Geneesmiddelen

Een geneesmiddel (of medicijn) is een stof die een bepaalde, gewenste werking op het lichaam uitoefent. Geneesmiddelen zijn er in allerlei vormen, zoals tablet, injectievloeistof, zetpil, pleister. Er zijn duizenden

geneesmiddelen op de markt. Om een geneesmiddel op de markt te mogen brengen, heeft de producent een handelsvergunning nodig. Die vergunning wordt alleen verleend als het (merk- of merkloze) geneesmiddel voldoet aan strenge kwaliteitseisen.

Welke zorg

Geregistreerde geneesmiddelen

Met uitzondering van de uitgesloten middelen bedoeld onder het kopje 'Preferentiebeleid', heeft u recht op alle geneesmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke geneesmiddelen dat zijn, is te vinden in Bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. U kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen op overheid.nl. Als u wilt weten of een bepaald geneesmiddel op deze lijst staat, kunt u ook contact opnemen met onze Klantenservice.

Niet geregistreerde geneesmiddelen

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

Advies en begeleiding

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

Let op

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

Preferentiebeleid

Ieder geneesmiddel heeft een werkzame stof. U heeft recht op alle werkzame stoffen die voorkomen in de geneesmiddelen in bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. Vaak zijn er verscheidene geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof op de markt. Bij sommige geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof en dezelfde toedieningsvorm heeft u alleen recht op die geneesmiddelen die door Menzis zijn aangewezen. Dit zijn de zogenaamde preferente geneesmiddelen. Voor welke werkzame stoffen preferente geneesmiddelen zijn aangewezen en welke geneesmiddelen dat zijn, vindt u in het Verzekeringsreglement. In uitzonderingsgevallen kan het voorkomen dat behandeling met een preferent geneesmiddel medisch niet verantwoord is. Dan heeft u recht op een ander geneesmiddel uit Bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. U kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen op overheid.nl.

Preferente geneesmiddelen

Als behandeling met een preferent geneesmiddel niet medisch verantwoord is en u dus een ander, niet-preferent, geneesmiddel wilt gebruiken, heeft u voorafgaande toestemming nodig. Als u naar een apotheker gaat waarmee Menzis een overeenkomst heeft gesloten, geeft deze apotheek u het geneesmiddel mee als u een door een arts ondertekend recept inlevert waarop de arts 'medisch noodzakelijk' of MN heeft geschreven.

Of als u samen met het recept een door uw huisarts, tandarts, medisch specialist, verloskundige of GGD-arts, ingevulde verklaring inlevert. Gaat u naar een apotheker waarmee Menzis geen overeenkomst heeft gesloten dan vraagt u met het Aanvraagformulier farmaceutische zorg toestemming aan Menzis. Bij dit formulier moet u een gemotiveerde toelichting van uw arts sturen. Als het gaat om medicatie die u voor het eerst gebruikt, heeft u de 1^e 15 dagen ook zonder toestemming van Menzis recht op het geneesmiddel. U moet dan wel binnen die 15 dagen een aanvraag voor toestemming bij Menzis indienen. Als u de aanvraag niet tijdig indient heeft u na de 15^e dag geen recht meer op het niet-preferente geneesmiddel.

Indicatie

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

Plaats van toediening

Sommige geneesmiddelen mogen alleen in een ziekenhuis worden toegediend en/of ter hand gesteld, tenzij Menzis toestemming heeft gegeven voor toediening en/of terhandstelling elders. In tabel 2 in het Verzekeringsreglement staan deze geneesmiddelen vermeld. De geneesmiddelen die in tabel 3 van het Verzekeringsreglement staan, mogen alleen in een ziekenhuis worden toegediend en/of ter hand gesteld. Toediening of terhandstelling buiten het ziekenhuis is niet verzekerd. In het Verzekeringsreglement staat ook wat onder een ziekenhuis wordt verstaan.

Minimale en maximale afleverperiode voor geneesmiddelen

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

- Een nieuw voorgeschreven geneesmiddel krijgt u voor 15 dagen mee. Of u krijgt de kleinste geneesmiddelenverpakking. Als het gaat om een geneesmiddel waarvoor het preferentiebeleid geldt, krijgt u de kleinste verpakking van dat preferente geneesmiddel mee.
- Voor de anticonceptiepil geldt een aflevertermijn van 3 maanden voor een nieuw voorgeschreven geneesmiddel. Daarna geldt een termijn van 6 of 12 maanden naar keuze van de verzekerde in overleg met de apotheker of apothekersassistente.
- Bij geneesmiddelen die duurder zijn dan € 1.500 per maand wordt na de 1^e 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.
- Ten minste 3 maanden voor geneesmiddelen die een chronische ziekte behandelen en ten hoogste 6 maanden als het gaat om een geneesmiddel dat door Menzis als preferent is aangewezen, tenzij u om aantoonbare medische redenen niet zo lang over een geneesmiddel mag beschikken.
- 1 maand voor slaapmiddelen en kalmeringsmiddelen.
- Bij geneesmiddelengebruik tijdens intensieve zorg thuis (farmaceutische zorg tijdens de palliatieve en terminale fase), geldt in principe een periode van 15 dagen. Er kan ook in overleg tussen verzekerde, (huis)arts, wijkverpleegkundige en apotheker een maatwerkafpraak worden gemaakt.
- Minimaal 1 maand voor alle andere gevallen.

Eigen bijdrage

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

Let op

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

Uitsluitingen

U heeft geen recht op geneesmiddelen:

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

Welke zorgaanbieder

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

Recept

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

Toestemming

Voor sommige geneesmiddelen heeft u voorafgaande toestemming nodig. Welke geneesmiddelen dat zijn, vindt u in het Verzekeringsreglement in tabel 1. Uw arts kan een bij dit geneesmiddel horende artsenverklaring invullen. Hiervoor zijn speciale formulieren, die u kunt vinden op znformulieren.nl. Als u met deze artsenverklaring naar een apotheek gaat waarmee Menzis een overeenkomst heeft gesloten, beoordeelt de apotheker of u recht heeft op het geneesmiddel. U hoeft dan niet eerst aan Menzis toestemming te vragen. Gaat u voor het geneesmiddel naar een apotheek waarmee Menzis geen overeenkomst heeft gesloten, dan

moet u wel eerst toestemming vragen aan Menzis.

Huisartsenzorg

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

Welke zorg

U heeft recht op :

- huisartsenzorg, behalve de griepvaccinatie,
- door de huisarts aangevraagd laboratoriumonderzoek, beeldvormende diagnostiek en functieonderzoek,
- medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundige domein, waarover Menzis en de huisarts afspraken hebben gemaakt,
- zorg voor psychische klachten. De huisarts verzorgt de 1^e opvang indien u psychische klachten heeft en beoordeelt of hij u zelf kan behandelen of dat u 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, vindt u op menzis.nl/zorgvinder. Ketenzorg is een zorgprogramma speciaal voor mensen met diabetes type 2, COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) en VRM (Vasculair Risicomanagement) waaraan meerdere zorgaanbieders deelnemen, waardoor de zorg beter op elkaar afgestemd is. De zorg is gebaseerd op de zorgstandaard voor Diabetes type 2, COPD en VRM. U kunt kiezen of u wilt deelnemen aan ketenzorg. Meer weten over ketenzorg? Kijk voor meer informatie op menzis.nl,
- gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) die door het RIVM als bewezen effectief is beoordeeld en is opgenomen in het overzicht dat u kunt vinden op [Loketgezondleven.nl](https://loketgezondleven.nl), als u een matig of sterk verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico heeft (conform de zorgstandaard obesitas: BMI van 25 of hoger met verhoogd risico op een chronische aandoening of BMI hoger dan 30). Dit dient vastgesteld te zijn door een huisarts of medisch specialist. U kunt de zorgstandaard obesitas vinden op zorginzicht.nl,
- 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 gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (conform de zorgstandaard obesitas: BMI van 25 of hoger met verhoogd risico op een chronische aandoening of BMI hoger dan 30). Alleen als er in het behandelplan een GLI voor kinderen wordt aangeboden heeft u recht op begeleiding en coördinatie. De GLI voor kinderen wordt aangeboden in de vorm van een programma. De GLI op maat programma's moeten zijn erkend door het RIVM en daarnaast moet er een positief advies zijn van het ZN Kenniscentrum huisartsenzorg dat de erkende GLI een aanspraak is uit 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 Patientengroepen (GZSP) verleend door een Specialist Ouderengeneeskunde of een Arts Verstandelijk Gehandicapten,
- preventieve voetzorg: wanneer u diabetes heeft én daarbij een verhoogd risico op voetulcus (diepe ontsteking aan de voet), of wanneer u door andere medische aandoeningen of door een medische behandeling een verhoogd risico op een voetulcus heeft,
- valrisicobeoordeling: een analyse naar de oorzaken van een eventuele val die u heeft gemaakt of het vaststellen van hoge valrisico's. Vervolgens ontvangt u advies en krijgt u 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 gaat u naar de huisarts. Huisartsenzorg kan ook worden verleend door een hulpverlener die onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts werkt, bijvoorbeeld een doktersassistente, nurse practitioner, praktijkondersteuner of door een zorgaanbieder waarmee Menzis afspraken heeft gemaakt over huisartsenzorg. In de avond, nacht, of in het weekend kunt u voor huisartsenzorg bij acute, spoedeisende problemen die niet kunnen wachten tot de volgende werkdag naar de huisartsenpost of naar de dienstdoende huisarts. Op een huisartsenpost werken huisartsen samen om de spoedeisende huisartsenzorg te verlenen. Vraag uw huisarts bij welke dienstdoende huisarts of huisartsenpost u terecht kunt. U vindt ook informatie op vereniginghuisartsenposten.nl.

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

Voor het plaatsen van een spiraaltje (anticonceptie) kunt u zich ook wenden tot een verloskundige.

Voor de GLI kunt u naar:

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

Voor zorg en ondersteuning bij kinderen met overgewicht en obesitas kunt u naar:

- een Jeugdzorg verpleegkundige die is opgeleid als centrale zorgverlener en een brede analyse bij uw kind afneemt, begeleiding en coördinatie biedt. De centrale zorgverlener heeft samenwerkingsafspraken met de ketenpartners en uw gemeenten voor aanpak overgewicht en obesitas.
- voor een GLI voor kinderen gaat u naar een BLCN geregistreerde leefstijlcoach die een opleiding tot kinderleefstijlcoach heeft gevolgd en die samenwerkingsafspraken heeft met uw gemeente en ketenpartners voor aanpak overgewicht en obesitas.

Voor GZSP kunt u naar een Specialist Ouderengeneeskunde of Arts Verstandelijk Gehandicapten.

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

Let op

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

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

Verwijzing

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

Toestemming

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

Let op:

Het verplicht eigen risico is van toepassing op Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntengroepen.

Hulpmiddelen

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

Welke zorg

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

Voorbeeld functiegericht omschreven hulpmiddel

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

Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel

- taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid,
- behandeling in verband met beroepsuitoefening, bijvoorbeeld voor zangers,
- spreken in het openbaar

Welke zorgaanbieder

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

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

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

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

Verwijzing

U heeft geen verwijzing nodig als u naar een logopedist gaat.

Toestemming

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

Medisch specialistische zorg

Een medisch specialist is een arts die na zijn basisopleiding een specialistische opleiding heeft gevolgd en als medisch specialist geregistreerd is. Er zijn in Nederland ongeveer 30 verschillende specialismen. De meeste medisch specialisten zijn verbonden aan een ziekenhuis.

Welke zorg

U heeft recht op :

- onderzoek en diagnostiek,
- behandeling,

- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,
- laboratoriumonderzoek,
- mechanische beademing en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum,
- een tegemoetkoming in de elektriciteitskosten bij mechanische beademing thuis.

i Let op

U heeft geen recht op behandelingen als het gaat om:

- correctie van verlamde of verslapte bovenoogleden, behalve als:
 - a. de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking, of
 - b. de verlamming of verslapping het gevolg is van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, of
 - c. de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft,
- liposuctie (het onderhuids wegzuigen van vetophopingen) van de buik,
- het operatief plaatsen en vervangen van een borstprothese, behalve nadat één of beide borsten geheel of gedeeltelijk geamputeerd zijn of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit,
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak,
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek,
- sterilisatie,
- het ongedaan maken van een sterilisatie,
- besnijdenis (behalve als dit medisch noodzakelijk is),
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm,
- 4^e en volgende IVF-behandeling per te realiseren zwangerschap.

i Let op

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

- de vormen van zorg beschreven in het artikel 'Voorwaardelijke toelating',
- audiologische hulp,
- erfelijkheidsonderzoek,
- een gedeelte van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg,
- in-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitbevorderende behandelingen,
- niet-klinische 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

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

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

Let op

- Zelfstandige behandelcentra bieden niet alle vormen van medisch specialistische zorg.
- Medisch specialistische zorg voor zover het een behandeling betreft met een geneesmiddel dat voorkomt in tabel 2 of 3 van het Verzekeringsreglement wordt alleen vergoed als de behandeling in of door het ziekenhuis plaatsvindt.

Let op

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

Verwijzing

U heeft alleen recht op medisch specialistische zorg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) 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 uw 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.
- 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 heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig.

Een verwijzing is maximaal een jaar geldig.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig:

Limitatieve lijst medisch specialistische zorg

U vindt deze behandelingen op de Limitatieve Lijst Medisch Specialistische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Om welke behandelingen gaat het?

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

Let op

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

Advies

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

U heeft recht op 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 heeft u ook recht op vergoeding van kosten van:

- een opleiding van de personen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen,
- bruikleen van dialyseapparatuur met toebehoren,

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.8

1. Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:
 - a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
 - b. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
 - 1°. artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet,
 - 2°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet,
 - 3°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners,
 - 4°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat van de Europese Unie of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet, of
 - 5°. artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet;
 - c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
2. Farmaceutische zorg omvat geen:
 - a. farmaceutische zorg in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
 - b. geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
 - c. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
 - d. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
 - e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.
3. De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is.
4. Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.
5. Bij de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen.

In die ministeriële regeling wordt tevens de aanvraagprocedure voor de aanwijzing geregeld, worden regels gesteld met betrekking tot de systematiek van de indeling in groepen van onderling

vervangbare geneesmiddelen en worden regels gesteld met betrekking tot de vaststelling van een vergoedingslimiet voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen.

6. In afwijking van het vijfde lid kan bij ministeriële regeling worden bepaald dat voor bij die regeling aangewezen groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen de vergoedingslimiet kan worden herberekend of buiten werking kan worden gesteld.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.5

1. In bijlage 1 bij deze regeling worden genoemd:
 - a. de op grond van artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
 - b. de op grond van artikel 2.1, vijfde lid, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen.
2. In bijlage 2 bij deze regeling worden vermeld:
 - a. categorieën van geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, waarvoor de farmaceutische zorg slechts aflevering van dat geneesmiddel omvat indien voldaan is aan de bij die categorieën vermelde criteria;
 - b. de voorwaarden waaronder en de termijn gedurende welke de farmaceutische zorg, bedoeld in de aanhef van artikel 2.8, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering de geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, omvat.
3. Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten behoren slechts tot de farmaceutische zorg indien voldaan is aan onderdeel 1 van bijlage 2 van deze regeling.
4. In bijlage 3, onderdelen A en B, bij deze regeling worden genoemd de geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een beslissing als bedoeld in artikel 2.50, vijfde lid, niet zijn aangewezen, geregistreerde geneesmiddelen ten aanzien waarvan het voornemen tot aanwijzing als bedoeld in artikel 2.50, achtste lid, niet is uitgevoerd en geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een wijziging van bijlage 1 niet meer zijn aangewezen.
5. Farmaceutische zorg, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel b, onder 1°, van het Besluit zorgverzekering, omvat geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan:
 - a. een geregistreerd UR-geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet waarover blijkt bijlage 1 en 3 bij deze regeling geen besluit over de aanwijzing, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering, is genomen;
 - b. een in bijlage 3, onderdeel A, bij deze regeling genoemd niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet, mits aan daarbij vermelde criteria wordt voldaan.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

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 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;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. 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;
 - 5°. 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 verslakte 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 gehemeltespelingen, 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.

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 geneeskundige 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.

Artikel 19

Verblijf buiten de bevoegde staat

1. Tenzij anders bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.
2. De Administratieve Commissie stelt een lijst op van de verstrekkingen die om praktische redenen tijdens een verblijf in een andere lidstaat worden verstrekt op voorwaarde dat dit vooraf is overeengekomen tussen de betrokkene en het orgaan dat de zorg verstrekt.