



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De erven van de heer A, vertegenwoordigd door B te C, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen

Zaak : Buitenland, Turkije, medisch specialistische zorg, spoedeisende zorg, proceskosten

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, art. 13 Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid

Zaaknummer : 202001580

Zittingsdatum : 3 maart 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (L. Ritzema, drs. J.W. Heringa en M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

De erven, hierna te noemen: verzoekers, van de heer A, hierna te noemen: erflater, vertegenwoordigd door B te C,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 13 juni 2020 hebben verzoekers per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 december 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 18 december 2020 aan verzoekers gezonden.
- 2.3. Op 12 januari 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020055296) per brief aan de commissie meegedeeld geen adviesbevoegdheid te hebben in deze zaak. Een kopie hiervan is op 13 januari 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekers en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 maart 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Erflater was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd, Extra Fysio 1, Extra Mentaal en TandVerzorgd 500 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Erflater had longkanker. Op 2 juni 2019 is hij naar Turkije gereisd. Hij is op 13 juli 2019 met klachten opgenomen in het ziekenhuis te Didim. Later is hij opgenomen in het ziekenhuis te Bodrum.

Erflater is op 10 augustus 2019 in Turkije overleden.
- 3.3. De behandelend longarts in Nederland heeft op 7 november 2019 per brief over erflater verklaard:
“Hierbij verklaar [ik] dat [erflater] op 31-05-2019 mijn poliklinische spreekuur bezocht in aanwezigheid van zijn zoon. Op dat moment was er een lichte toename van hoest en kortademigheidsklachten waarvoor ik een antibioticum voorschreef. Daar dit antibioticum bij eerdere periodes met dezelfde klachten goed had geholpen leek het mij geen bezwaar een dag later naar Turkije af te reizen. Gepland werd 3 weken naar Turkije te gaan en er werd een nieuwe poliafspraak in B 4 weken later [gemaakt].”

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 november 2019 per brief aan verzoekers meegedeeld dat een bedrag van totaal € 5.874,50 wordt vergoed voor de ten behoeve van erflater in Turkije gemaakte zorgkosten.

3.5. Verzoekers hebben de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 4 juni 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekers meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

4.1. Verzoekers hebben aan de commissie verzocht te beslissen dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar alsnog de ten behoeve van erflater in Turkije gemaakte zorgkosten volledig moet vergoeden, of in ieder geval meer dan het reeds toegekende bedrag van € 5.874,50;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar de kosten van rechtsbijstand aan hen moet vergoeden.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. 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 en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg alsmede artikel 13, eerste lid, van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid 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.

Standpunt verzoekers

6.2. Erflater heeft vóór zijn vakantie in Turkije, in de zomer van 2019, zijn longarts geconsulteerd om te vragen of de reis verantwoord was. De longarts heeft deze vraag positief beantwoord. Helaas verslechterde de toestand van erflater na aankomst al snel. Er bleek vocht in zijn longen te zitten. Het lokale ziekenhuis te Didim kon hem niet verder behandelen, en daarom is hij per ambulance vervoerd naar een kliniek te Bodrum.

Verzoekers zijn na het overlijden van erflater geconfronteerd met hoge kosten waarvan slechts een deel door de ziektekostenverzekeraar wordt vergoed. Als erflater meteen naar Nederland was gerepatrieerd, zouden de kosten niet zo hoog zijn opgelopen. Verzoekers hebben wel geprobeerd om erflater te laten repatriëren, maar de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar heeft hieraan niet meegewerkt omdat er geen reisverzekering zou zijn afgesloten. Dit laatste was echter niet juist.

Volgens de ziektekostenverzekeraar was geen sprake van acute zorg, maar van electieve zorg. Hierbij gaat de ziektekostenverzekeraar kennelijk ervan uit dat erflater al was uitbehandeld. Dit was echter niet het geval. Erflater had voor na zijn vakantie nog een afspraak staan bij de behandelend longarts.

Verzoekers verwijzen naar een uitspraak van de rechtbank Gelderland van 25 april 2018 ECLI:NL:RBGEL:2018:2160. Dit betrof een zaak waarbij de ziektekostenverzekeraar betrokken was. De rechter zag zich voor de vraag gesteld: wie bepaalt of sprake is van spoedeisende zorg waarvoor

verzekeringsdekking bestaat? Volgens de rechter moet bij twijfel over de invulling van dat begrip de voor de consument/verzekerde meest gunstige uitleg worden gevolgd.

In het geval van erflater moet dus de uitleg van de behandelend arts ter plaatse (Turkije) worden gevolgd. Zij hebben geoordeeld dat verdere behandeling van erflater noodzakelijk was door hem met een ambulance te laten vervoeren naar de kliniek te Bodrum.

Verzoekers vorderen tevens de door hen gemaakte kosten van rechtsbijstand.

Ter zitting is toegelicht dat erflater na de opname in Didim beademingsapparatuur meekreeg. Daarna ging het plotseling slechter met hem, en moest hij worden opgenomen in Bodrum omdat het ziekenhuis in Didim niet over de benodigde apparatuur beschikte. Daarnaast gevraagd hebben verzoekers verklaard dat er geen exacte datum voor de terugreis van erflater was gepland, omdat er geen retourticket was geboekt. Dit deed erflater doorgaans pas een week voor zijn terugkeer naar Nederland.

Voorts hebben verzoekers gesteld dat de Turkse arts informatie aan de ziektekostenverzekeraar heeft gestuurd waaruit de spoedeisendheid van de zorg blijkt.

Verzoekers hebben opgemerkt dat is geprobeerd om erflater tussentijds naar Nederland te brengen, maar dat is niet gelukt.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekers voor de tweede opname van erflater in Turkije een bedrag van € 5.874,50 vergoed. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op maximaal het Nederlandse tarief dat voor de betreffende zorg geldt. Aan de hand van de ontvangen nota's en het behandelverslag is dit tarief vastgesteld.

Volgens de ziektekostenverzekeraar blijkt uit de contactgegevens van de alarmcentrale dat erflater naar Turkije was gereisd om een experimentele behandeling te ondergaan. De eerste ziekenhuisopname is door de alarmcentrale beoordeeld als spoed. Daarom is hiervoor een garantie afgegeven. Erflater is vervolgens ontslagen uit dat ziekenhuis. Later volgde een nieuwe melding bij de alarmcentrale. Dit betrof de opname in een privékliniek te Bodrum. De alarmcentrale heeft aan de hand van de melding standaard een garantieverklaring afgegeven voor drie dagen. Nadat een week later het medische rapport was ontvangen door de alarmcentrale, bleek dat geen sprake was van spoedeisende zorg, maar van planbare zorg. Daarom moet de tweede ziekenhuisopname van 26 juli 2019 tot en met 9 augustus 2019 als electief worden gezien. Erflater was in Nederland reeds bekend met een ernstige ziekte waarvoor hij volgens de ziektekostenverzekeraar was uitbehandeld.

De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat hij niet zelf beoordeelt of zorg in het buitenland spoedeisend is. Dit laat hij over aan de alarmcentrale.

Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de rechterlijke uitspraak waarnaar verzoekers verwijzen de Europese verordening nummer 883/2004 betreft, en wel de situatie dat sprake is van medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in een EU-lidstaat. Deze uitspraak is dus niet van toepassing op de situatie van erflater. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat als de arts ter plaatse van mening was geweest dat sprake was van spoedeisende zorg, hij de kosten hiervan had kunnen declareren met het daartoe bestemde formulier. Dit is echter niet gebeurd. Mede op basis van deze informatie heeft de ziektekostenverzekeraar geconcludeerd dat bij de tweede opname geen sprake was van spoedeisende zorg.

De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht dat erflater een aanvullende ziektekostenverzekering had. Deze biedt aanspraak op spoedeisende zorg in het buitenland. Echter, omdat in deze situatie geen sprake was van spoedeisende zorg, biedt de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking.

In reactie op de stelling van verzoekers over de verklaring van de Turkse arts ten aanzien van de spoedeisendheid, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat hij geen andere stukken heeft dan die welke in de procedure zijn overgelegd.

De ziektekostenverzekeraar heeft voorts opgemerkt dat de opname van erflater in het ziekenhuis te Didim geen doorlopende opname betrof, maar een aantal dagopnames.

Overwegingen commissie

Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid

- 6.4. De commissie overweegt dat artikel 13, eerste lid, van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid aanspraak biedt op vergoeding van de kosten van zorg gedurende een tijdelijk verblijf indien de gezondheidstoestand van de verzekerde onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakt. Om hiervan gebruik te kunnen maken had erflater het zogenoemde formulier N/Tur 111-formulier moeten tonen aan de zorgaanbieder. De zorgaanbieder kon in dat geval de kosten declareren bij het Turkse uitvoeringsorgaan, voor zover deze althans onder de dekking van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering vallen. Erflater heeft van deze weg geen gebruik kunnen of willen maken. Het is niet aan de commissie achteraf te beoordelen of, en tot welk bedrag, de kosten eventueel op basis van de Turkse sociale ziektekostenverzekering hadden moeten worden vergoed. Dit betekent dat de onderhavige beoordeling beperkt blijft tot die aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

Zorgverzekering

- 6.5. Vast staat dat de Turkse zorgaanbieder niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. Op grond van het artikel 'Buitenland' (pagina 8 en 9) van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat in dat geval aanspraak op vergoeding van de kosten tot een bedrag, gelijk aan de vergoeding die geldt voor een niet-gecontracteerde Nederlandse zorgaanbieder. Op pagina 5 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat 75% van het notabedrag wordt vergoed tot maximaal 75% van het bedrag dat de ziektekostenverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.

De ziektekostenverzekeraar heeft niet toegelicht op grond van welke DBC hij de toegekende vergoeding van € 5.874,50 heeft vastgesteld. Evenmin is duidelijk of de vergoeding inderdaad 75% van het gemiddeld door de ziektekostenverzekeraar voor deze DBC gecontracteerde tarief bedraagt. Verzoekers hebben de juistheid van de DBC en van de grondslag van de berekening echter niet bestreden. Het zelfde geldt voor de hierop toegepaste korting. Zij hebben zich alleen beroepen op de spoedeisendheid van de zorg. De commissie neemt, bij ontbreken van een gemotiveerde betwisting, als vaststaand aan dat de juiste DBC is gehanteerd en dat de vergoeding correct is berekend op grond van het gemiddeld gecontracteerde tarief, behorend bij die DBC.

Op pagina 8 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat voor zorg geleverd door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland dezelfde vergoeding wordt toegekend als in het geval de zorg in Nederland zou zijn verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Op pagina 37 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat spoedeisende zorg in Nederland altijd volledig wordt vergoed volgens de daarvoor in Nederland geldende tarieven. De korting van 25% voor zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt in dat geval dus niet toegepast. Hoewel verzoekers zich hierop niet expliciet hebben beroepen, kan uit hun verwijzing naar de spoedeisendheid van de zorg een dergelijk beroep wel worden afgeleid. De commissie overweegt daarom als volgt.

Verzoekers hebben aangevoerd dat er sprake was van spoedzorg. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen ingebracht dat door de alarmcentrale is geconcludeerd dat ter zake van de tweede opname geen sprake was van spoedzorg maar van planbare zorg. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat in het geval van spoedzorg een N/Tur 111-formulier door de zorgaanbieder zou zijn gebruikt om de kosten te declareren. De commissie overweegt dat het aan verzoekers was om aannemelijk te maken dat er sprake was van spoedeisende zorg. Het was aan hen om met nadere informatie te komen van de Turkse arts. Dit hebben zij nagelaten, terwijl hiervoor in de onderhavige procedure ruimschoots de tijd is geweest. Daarnaast is gebleken dat erflater, na in dagbehandeling te zijn behandeld door het ziekenhuis te Didim met beademingsapparatuur naar huis werd gestuurd. Er is niet gebleken dat hetgeen daarna is gebeurd

een spoedeisend karakter had. Dit zou mogelijk anders zijn geweest als hij, aansluitend op een opname aldaar, van het ziekenhuis te Didim voor verdere opname zou zijn vervoerd naar een ander ziekenhuis, maar dit was niet de situatie.

Gezien het bovenstaande is niet gebleken dat er sprake was van spoedeisende zorg. Verzoekers hebben daarom geen aanspraak op een hogere vergoeding dan de reeds uitgekeerde € 5.874,50.

Wellicht ten overvloede merkt de commissie op dat het argument van verzoekers ten aanzien van de gestelde poging om erflater te repatriëren onvoldoende is onderbouwd. Overigens betekent het eventueel niet kunnen repatriëren op zichzelf niet dat alle daarop volgende behandelingen in Turkije reeds om die reden spoedeisend waren.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt, op grond van het bepaalde op de pagina's 60 en 61 van de voorwaarden, dekking voor spoedeisende zorg in het buitenland. De dekking betreft een aanvulling op de vergoeding die wordt verleend uit de zorgverzekering en bedraagt het verschil tussen die vergoeding en de daadwerkelijk in rekening gebrachte kosten.

Zoals in 6.5 reeds is vastgesteld, is door verzoekers niet aannemelijk gemaakt dat de tweede opname van erflater in Turkije spoedeisende zorg betrof. Daarom hebben zij op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak op vergoeding van het verschil tussen de toegekende vergoeding ten laste van de zorgverzekering en de daadwerkelijk in rekening gebracht kosten.

Proceskosten

- 6.7. Aangezien het verzoek wordt afgewezen, wordt het verzoek om vergoeding van de door verzoekers gemaakte kosten van rechtsbijstand eveneens afgewezen.

- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 31 maart 2021,

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

3. Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid
(bron: <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=nl>)

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.

Zorgverzekeringswet

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.

ontvangt dan een nota van Menzis. Het eigen risico of een eigen bijdrage is ook van toepassing als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Voorbeelden

1. U wordt op 20 november 18 jaar. Het eigen risico gaat dan gelden vanaf 1 december. Dat jaar is het eigen risico voor 31/365 deel van toepassing.
2. U heeft een eigen risico van € 385. U wordt behandeld in het ziekenhuis, maar ontvangt geen nota. Menzis vergoedt de kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis. U ontvangt dan een nota van Menzis van € 385.
3. U wordt op 20 december 2019 opgenomen in het ziekenhuis, en op 10 januari 2020 weer ontslagen. Het eigen risico wordt nu eenmaal toegepast in het jaar 2019.

Volgorde van de eigen betalingen

Op de vergoeding van een nota kunnen verschillende soorten eigen betalingen van toepassing zijn. De volgorde waarin deze worden toegepast, is als volgt:

1. van een ingediende nota wordt eerst het eventuele niet-verzekerde deel afgetrokken, daarna
2. het eventuele deel dat niet vergoed wordt omdat de zorgaanbieder met Menzis geen contract heeft, daarna
3. de eventuele eigen bijdrage, daarna
4. het nog openstaande deel van het verplichte eigen risico, daarna
5. het nog openstaande deel van het eventuele vrijwillig gekozen eigen risico.

Overig

Forensische zorg als bedoeld in artikel 2 van het Interimbesluit forensische zorg en geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, 1^e lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van de Jeugdwet is niet verzekerd in uw Basisverzekering. Ten behoeve van integrale zorgverlening hebben we afspraken met gemeenten gemaakt (artikel 14a van de Zorgverzekeringswet). Voor zover deze van belang zijn voor de verzekeringsvoorwaarden, zijn ze conform artikel 14a lid 1 in deze verzekeringsvoorwaarden verwerkt.

Buitenland

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

Welke zorg

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door Menzis gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of
- recht op zorg van een door Menzis gecontracteerde zorgaanbieder, of
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland of in een ander EU/EER-land of Verdragsland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen

EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn verleend.

Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal 1 nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig. U kunt voor meer informatie bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als de vraag en noodzaak voor die zorg ontstond terwijl u in het buitenland verbleef en de zorg redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.

Alarmcentrale

Als u in het buitenland bent en u heeft daar zorg nodig, belt u dan met de Alarmcentrale op +31 317 455 555. Dit telefoonnummer staat ook op uw zorgpas. De Alarmcentrale is dag en nacht bereikbaar. Schakelt u de Alarmcentrale direct in bij spoedeisende zorg.

Extra informatie

U kunt extra informatie over zorg in het buitenland vinden op menzis.nl/buitenland.

Audiologische hulp

Audiologische hulp is een vorm van medisch specialistische zorg. Audiologische hulp is het voorkomen, opsporen, onderzoeken en behandelen van allerlei stoornissen aan het gehoor.

Welke zorg

U heeft recht op:

- onderzoek naar de gehoorfunctie,
- advisering over aan te schaffen gehoorapparatuur,
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur,
- psychosociale zorg als u problemen heeft met de gestoorde gehoorfunctie,
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen bij een kind.

Welke zorgaanbieder

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

Verwijzing

U heeft alleen recht op audiologische hulp als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist (kinderarts of keel-, neus- en oorarts).

Extra informatie

Zoekt u informatie over gehoorhulpmiddelen (hoortoestel)? Gehoorhulpmiddelen vallen onder Hulpmiddelen. Meer informatie vindt u in het Verzekeringsreglement en de Regeling zorgverzekering. Deze vindt u op menzis.nl.

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

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

Verwijzing

U heeft geen verwijzing nodig als u naar een gecontracteerde logopedist gaat die direct toegankelijk is. U kunt in het Kwaliteitsregister Paramedici vinden of een logopedist direct toegankelijk is. In de volgende gevallen heeft u altijd vooraf een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts, tandarts of medisch specialist:

- als u naar een gecontracteerde logopedist gaat die niet direct toegankelijk is,
- als u naar een niet-gecontracteerde logopedist gaat,
- als u naar een logopedist gaat die in een ziekenhuis, verzorgingshuis of revalidatiecentrum werkt,
- als u logopedie buiten de praktijk van de logopedist wilt, behandeling aan huis uitgezonderd.

Toestemming

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

Medisch specialistische zorg

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

Welke zorg

U heeft recht op:

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

Let op

U heeft geen recht op behandelingen als het gaat om:

- correctie van verlamde of verslakte 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 haemodialyse in een dialysecentrum,
- oncologische hulp voor kinderen,
- verblijf in verband met medisch specialistische zorg,
- plastische of reconstructieve chirurgie,
- medisch specialistische revalidatie,
- transplantatie,
- trombosedienst.

Welke zorgaanbieder

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

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

i Let op

- Zelfstandige behandelcentra bieden niet alle vormen van medisch specialistische zorg.
- Medisch specialistische zorg die verleend wordt door een instelling die niet is toegelaten op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi), wordt niet vergoed.
- Medisch specialistische zorg voor zover het een behandeling betreft met een geneesmiddel dat voorkomt in tabel 2 of 3 van het Verzekeringsreglement wordt alleen vergoed als de behandeling in of door het ziekenhuis plaatsvindt.

Let op

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

Verwijzing

U heeft alleen recht op medisch specialistische zorg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, verloskundige, een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts), arts in de jeugdgezondheidszorg of een arts verstandelijk gehandicapten.

- Als het om oogzorg gaat, mag ook de optometrist of orthoptist verwijzen naar de oogarts.
- Als het om hoorzorg gaat, mag ook de triage-audicien verwijzen naar de KNO-arts.
- Als de klachten met uw werk te maken hebben, kan de bedrijfsarts ook verwijzen.
- Voor het plaatsen van tandheelkundige implantaten door een kaakchirurg heeft u vooraf een verwijzing van een tandarts nodig.

Verwijzing naar een oogarts, kinderarts of orthopeed mag ook plaatsvinden door een jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg. Voor spoedeisende zorg heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig:

1. Limitatieve lijst medisch specialistische zorg

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

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

Let op

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

2. Overig

Op deze behandelingen heeft u alleen recht als u voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft gekregen van Menzis:

- klinische longrevalidatie,
- zorg geleverd door Stichting Merem Behandelcentra (Nederlands Astmacentrum Davos) of Stichting MC Astmacentrum (SMCA) in Zwitserland.

Advies

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling. Uw medisch specialist is verplicht te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u geen voorafgaande toestemming heeft.

Het recht op behandelingen van plastisch chirurgische aard is geregeld in het polisartikel plastische en/of reconstructieve chirurgie. Zoekt u een medisch specialist met een bijzondere expertise of voor hoog-complexe zorg? Informeer dan bij de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.

Niet-klinische dialyse (dialyse zonder opname)

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

Welke zorg

U heeft recht op haemodialyse en peritoneaaldialyse, de daarbij behorende medisch specialistische zorg, onderzoeken, behandeling, verpleging, geneesmiddelen en psychosociale begeleiding. De psychosociale begeleiding is ook voor personen die helpen bij het uitvoeren van de dialyse thuis. Bij thuisdialyse heeft u ook recht op:

- vergoeding van de kosten van een opleiding van de personen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen,
- bruikleen van dialyseapparatuur met toebehoren,
- regelmatige controle en het onderhoud van de dialyseapparatuur (vervanging inbegrepen),
- chemicaliën en vloeistoffen, die nodig zijn voor de dialyse,
- vergoeding van de kosten van aanpassingen die redelijkerwijs in uw woning verricht moeten worden en het weer ongedaan maken van die aanpassingen, voor zover er geen andere wettelijke regeling is die deze aanpassingen en het ongedaan maken daarvan (gedeeltelijk) vergoedt,
- vergoeding van kosten die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen en niet op grond van een andere regeling worden vergoed,
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse,
- de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij thuisdialyse.

In het Verzekeringsreglement zijn nadere voorwaarden opgenomen voor de vergoeding van kosten van woningaanpassingen die redelijkerwijs nodig zijn in verband met de thuisdialyse en vergoeding van kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen.

Welke zorgaanbieder

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

Verwijzing

U heeft alleen recht op niet-klinische dialyse als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.

Menzis Basis

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

Uw Basisverzekering

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

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

Natura

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

Naar een gecontracteerde zorgaanbieder

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

Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

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

Let op

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

Buitenland

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

Preventie bij reizen naar het buitenland

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

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

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 100	€ 100	€ 100	€ 150

U heeft recht op deze vergoeding als:

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

Spoedeisende tandheelkundige zorg in het buitenland

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

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 250	€ 250	€ 250	€ 250

U krijgt alleen een vergoeding voor de kosten als:

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

Spoedeisende zorg en geneesmiddelen in het buitenland

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

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

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
Ja	Ja	Ja	Ja

U krijgt alleen een vergoeding voor de kosten als:

- er sprake is van een situatie waarin zorg en/of geneesmiddelen zo snel nodig zijn dat terugkeer naar Nederland niet meer mogelijk is,
- het niet te voorzien was dat deze zorg en/of geneesmiddelen nodig zouden zijn,
- direct melding is gedaan bij de Alarmcentrale van Menzis bij opname in een instelling,
- u niet langer dan 1 jaar in het buitenland bent,
- u een recept heeft gekregen van een huisarts of medisch specialist in het geval van geneesmiddelen, en de werkzame stof van het geneesmiddel voorkomt in een geneesmiddel dat in Nederland uit de Basisverzekering wordt vergoed, en
- de kosten zouden zijn vergoed als deze in Nederland zouden zijn gemaakt.

Voorbeeld

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

Alarmcentrale +31 317 455 555

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

Vervoer bij ziekte, ongeval of overlijden

Het kan gebeuren dat u in het buitenland ziek wordt of een ongeval krijgt en het noodzakelijk is dat u voor (verdere) behandeling naar Nederland terug moet keren.

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

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
Ja	Ja	Ja	Ja

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

i Let op

- Als de Alarmcentrale bepaalt dat begeleiding door een reisgenoot noodzakelijk is, dan worden die kosten ook vergoed.
- Bij overlijden van de verzekerde wordt het stoffelijk overschot vervoerd van de plaats van overlijden naar Nederland.
- Wilt u ook een vergoeding voor vervoerskosten als er geen medische noodzaak is? Bijvoorbeeld als u tijdens de (wintersport) vakantie uw arm breekt en wilt terugkeren naar Nederland. Sluit hiervoor een reisverzekering af. Kijk voor de reisverzekering op [menzis.nl/reisverzekering](https://www.menzis.nl/reisverzekering).

Camouflagetherapie en camouflagemiddelen

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

U krijgt een vergoeding voor camouflagetherapie en -middelen tot een maximumbedrag.

De vergoedingen voor camouflagetherapie en -middelen worden opgeteld tot het vermelde maximumbedrag is bereikt. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 200	€ 0	€ 200	€ 200

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

Gezondheids cursussen

Een gezondheids cursus is gericht op het bevorderen van uw gezondheid (bijvoorbeeld 'voeding en gezond leven'), het leren omgaan met uw ziekte (bijvoorbeeld 'hoe te leven als diabetespatiënt') of op verzorging van anderen (bijvoorbeeld 'omgaan met een dementerend familielid').

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

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 50	€ 100

U heeft recht op vergoeding als u de cursus volledig heeft afgerond en de cursus gegeven wordt door een door Menzis erkende organisatie. Welke dat zijn, kunt u vinden op [menzis.nl/zorgvinder](https://www.menzis.nl/zorgvinder).

i Let op

Cursussen die gegeven worden in verband met een zwangerschap worden niet gezien als gezondheids cursussen.

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 zeven 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°. vruchtbaarheidsgerelateerde 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 gehemelte spleten, 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.

Verdrag tussen het Koninkrijk der Nederlanden en de Republiek Turkije inzake sociale zekerheid, Ankara, 05-04-1966

Artikel 13

1. Een werknemer of een met hem gelijkgestelde die aangesloten is bij een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en woonachtig is op het grondgebied van die Partij, heeft recht op prestaties gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, wanneer zijn gezondheidstoestand onmiddellijke geneeskundige behandeling met inbegrip van opname in een ziekenhuis, noodzakelijk maakt.
2. Een werknemer of een met hem gelijkgestelde, die recht op prestaties heeft verkregen ten laste van een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en die op het grondgebied van die Partij woonachtig is, behoudt dat recht indien hij zijn woonplaats naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij overbrengt; vóór de overbrenging moet de werknemer echter toestemming hebben van het bevoegde orgaan dat deze slechts kan weigeren op advies van een geneeskundige van dit orgaan die vastgesteld heeft dat de gezondheidstoestand van de werknemer de overbrenging van de woonplaats naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij verhindert.
3. Wanneer een werknemer of een met hem gelijkgestelde overeenkomstig de bepalingen van de vorige leden recht heeft op prestaties, worden de verstrekkingen gedaan door het orgaan van zijn verblijfplaats of van zijn nieuwe woonplaats overeenkomstig de bepalingen van de wettelijke regeling welke door dat orgaan wordt toegepast, in het bijzonder wat betreft de omvang en de wijze van de verstrekking; de periode gedurende welke deze verstrekkingen worden verleend is evenwel gelijk aan die voorzien in de wettelijke regeling van het bevoegde land.
4. In de gevallen, bedoeld in het eerste en tweede lid van dit artikel, worden prothesen, kunstmiddelen van grotere omvang en andere belangrijke verstrekkingen, behalve in onmiskenbare spoedgevallen, slechts verschaft als het bevoegde Orgaan daartoe machtiging heeft verleend.
5. In de gevallen, bedoeld in het eerste en tweede lid van dit artikel, worden de uitkeringen overeenkomstig de wettelijke regeling van het bevoegde land verleend.

Deze uitkeringen kunnen, volgens in een administratief akkoord te stellen regelen, voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van het andere land worden uitbetaald.

6. De bepalingen van de vorige leden zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden, wanneer zij tijdelijk op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij verblijven of wanneer zij hun woonplaats overbrengen naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, nadat zij ziek of zwanger zijn geworden.