



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen en Menzis N.V. te Wageningen

Zaak : Verenigde staten, geneeskundige zorg, spoedeisende zorg

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.8 Bzv, 2.1, 2.5 en bijlage 1 en 2 Rzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015

Zaaknummer : 201800995

Zittingsdatum : 17 juni 2020



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (G.R.J. de Groot, L. Ritzema en M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te B,
tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 19 juli 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 14 november 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 14 november 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 6 april 2020 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020012805) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 7 april 2020 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren.
- 2.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 april 2020 per brief op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Verzoekster heeft op 27 april 2020 per brief op dit advies gereageerd. Kopieën van deze reacties zijn aan partijen gezonden.
- 2.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 juni 2020 gehoord.
- 2.6. De reactie van partijen op het voorlopig advies en de aantekeningen van de hoorzitting zijn op aan het Zorginstituut gestuurd. Op 9 juli 2020 heeft het Zorginstituut de commissie medegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2015 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Zorg Verzorgd (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 2 en TandVerzorgd 750 (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft op 31 oktober 2015 de eerste hulp van het University Hospital te Newark bezocht en was aansluitend van 31 oktober 2015 tot en met 4 november 2015 in het University Hospital opgenomen. Zij heeft hier verschillende onderzoeken ondergaan en aan haar is medicatie voorgeschreven. De kosten die hiermee samenhangen heeft verzoekster gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 april 2016 aan verzoekster meegedeeld dat aanvullende informatie nodig is om de declaraties goed te kunnen beoordelen. Op 1 november 2017 en

30 augustus 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop een nadere toelichting gegeven. Op 21 november 2018 heeft verzoekster aanvullende informatie aangeleverd. Op 15 januari 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat hij de declaraties niet vergoed.

3.4. Nadien heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen bemiddeld. In het kader van de bemiddeling is aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn beslissing gevraagd. Op 21 maart 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.5. In de 'Progress Notes' die zijn opgesteld door het University Hospital is - voor zover hier relevant - het volgende over verzoekster opgenomen:

"(...)

31/10/2015 - Service: EMERGENCY MEDICINE

(...)

Chief Complaint

Patiënt presents with:

- Headache - has "drain" for head 5/15 in Netherlands, poor historian, ? describing VP shunt
- Pain, Flank x 1 wk

Pt is a 55 yo woman with pmh of pseudotumor cerebri s/p lumboperitoneal shunt placement who presents with ha and abdominal pain. Pt states she has shunt placed in Netherlands in May 2015. However, a few weeks later she noted swelling at abdominal site. She was diagnosed with abscess and had surgical repair. She states that they placed the shunt deeper this time (June 2015). She states that she was doing well until the past couple of weeks. She has been having severe generalized headache as well as visual changes. She reports seeing spots worse in left than right eye. Additionally, she noted complete loss of vision one evening prior to presentation that lasted ~1 minute. The last time she had similar symptoms was before her surgery. She reports nausea but denies vomiting, diaphoresis, dysuria, hematuria. She reports left flank and llq pain.

(...)

Impression and Plan

(...)

Plan as follows:

-labs: cbc, bmp, mg, phos, coags, lipase, lft, ua

-ct, kub

-ct abd/pelvis without

-ophtho consult

-neuro consult

(...)

Ophthalmology Consult Note

55 yo F with pseudotumor cerebri, previously treated in Netherlands, here with headache, abdominal pain, and decreased vision for few weeks. She has had the diagnosis for 2 years, was on diamox, then in 5/2015 had LP shunt that was revised in 6/2015. Since then she had been doing well, vision improved a lot. She used to get episodes of vision loss lasting few minutes before the surgery. Few weeks ago she started having headaches, abdominal pain, and decreased vision but last night had total vision loss for one minute. She has also been having flashes that look like stars most of the time for the past few weeks. No floaters.

(...)

ASSESSMENT:

55yo F with presumed pseudotumor cerebri s/p LP shunt, here with abd pain, headache, and decreased vision, and papilledema on exam. This is likely shunt failure.

PLAN:

- MRI head and MRV

- Will need shunt assessment (neurosurgery is doing CT abdomen)

- Will need to be admitted to evaluate shunt and either replace, place VP shunt, or possibly external shunt (decision by neurosurgery)

- Sepsis workup since she has abdominal pain and possible shunt infection

- Will continue to assess and adjust plans accordingly

(...)

11/1/2015 - Ophthalmology Progress Note

(...)

Plan:

- Records from Holland in the possession of the patiënt were examined. Per history from patiënt, the patiënt underwent a lumbar puncture once before in Holland, during which the opening pressure was noted to be high and multiple vials of fluid were removed to reduce the pressure. The patiënt does not know if the fluid was sent for testing.

- The patiënt provided a number for her ophthalmologist in Holland, [phone number]. To obtain full medical records, will attempt to make contact with her previous ophthalmic care provider.

- Neurosurgery is currently evaluating the patiënt for pheochromocytoma before VP shunt placement. Surgery planned for Thursday after workup.

- The diagnosis of Idiopathic Intracranial Hypertension (i.e. Pseudotumor cerebri) can occur in women of the patient's age group, however it is rare. Care has to be taken to rule out other causes of this condition, especially with the additional history of increased intracranial pressure in the presence of an adrenal mass. This may include multiple lumbar punctures for cell studies and cytology. Aggressive treatment to maintain the health of the optic nerves and quality of vision will also have to be pursued.

- While waiting for the medical workup for pheochromocytoma to progress, we would like the patiënt to obtain formal visual field testing in the Ophthalmology Clinic (90 Bergen Street DOC, 6th floor) on Monday at 8 AM.

(...)

Patiënt seen and examined with residents on rounds on 11/1/15. (...) 55 yo. F with reported history of pseudotumor cerebri with lumboperitoneal shunt. Presents to ED with 3 week slow progression of visual deterioration. Suspecting failure of LP shunt. Was scheduled for OR for right frontal VPS today, but a right adrenal mass was identified on ABD CT. As such will need full pheochromocytoma work up as risk for hypertensive crisis in OR without pre-operative optimization. Will get medicine and endo consults. Ophtho following. Will obtain MRV to eval for sinus thrombosis given potential malignancy.

(...)

OR cancelled on 11/1/15 given new finding of right adrenal mass. Needs extensive endo and medicine work-up prior to anesthesia and invasive surgical procedure.

(...)

11/2/2015 - MCR Brief Note

55 y.o. woman who has history of pseudotumor cerebri presenting with headache and worsening Vision. Medicine was consulted to help assist in workup. Patiënt was seen briefly by myself this afternoon as patiënt has been in visual field testing for the majority of the day. Complains of intermittent palpitations and sweating that has been unchanged for a couple of weeks. Physical examination largely unchanged.

- Pending lab studies (total catecholamines, VMA 24 hour collection, fractionated urine catecholamines). Endocrinology is also on consult.

- Read Ophtho note which is appreciated. Neurosurgery (primary team) planning to take patiënt into the OR later this week.

(...)

11/2/2015 - Endocrinology Consult Note

Patiënt was found to have an adrenal incidentaloma on CT scan. Endocrine called to evaluate patiënt prior to surgery. She reports having palpitations and sweating 3-4 times daily for the past year. She says she attributed it to menopause (LMP >1 year ago), but they have been getting worse. Denies dizziness or hypertension in the past. She has had elevated BP readings here, which could be attributable to pain.

(...)

Filed: 11/4/2015 - Medical Attending Note

Patiënt seen with resident team and discussed. Patiënt examined, chart reviewed, including the above note, recent laboratory results, diagnostic tests, and all notes. Patiënt fwith improvement in headache and vision. Opening pressure on LP normal. NS note appreciated. Patiënt to be discharged home with f/u for pseudotumor cerebri and work up for right adrenal mass of 2.9 cm and possible pheochromocytoma as outpatient. D/C home on Diamox. (...)

3.6. In de "Discharge Summary" van het University Hospital is - voor zover hier relevant - het volgende over verzoekster opgenomen:

"(...) Discharge Summary

Date of Admission: 10/31/2015 10:54 AM

Date of Discharge: 11/4/2015 5:45 PM

(...)

Hospital Course

55 F presenting with HA, worsening Vision for several weeks prior to admission. Earlier this year she had been diagnosed with pseudotumor cerebri in the Netherlands and a lumbar-peritoneal shunt had been placed. She also complained of abdominal pain. A CT scan revealed an abdominal mass concerning for pheochromocytoma. She was found to have papilledema on fundoscopic exam, however the opening pressure of a lumbar puncture was 19. She was started on diamox for which resulted in improvement in her headaches. Her vision also improved. Urine Catecholamine, Metanephrine, VMA, Aldosterone Renin, 24 hr urinary cortisol, and AM cortisol were collected. She was discharged home with follow up with medicine and endocrinology for work-up of her abdominal mass as well as follow up with ophthalmology and neurosurgery for possible pseudotumor cerebri and consideration for shunt revision after completion of her medical work-up.

(...)

Discharge Medications:

(...)

- ACETAZOLAMIDE (DIAMOX) 250 MG Tablet. Take 1 Tab (250 mg total) by mouth 3 times a day.

- famotidine (PEPCID) 20 MG Tablet. Take 1 Tab (20 mg total) by mouth 2 times a day.

- Ibuprofen (MOTRIN PO)

- oxycodone-acetaminophen 5-325 mg per tablet (PERCOCET). Take 1-2 Tabs by mouth every 6 hours as needed (severe pain (7-10)).

- pantoprazole (PROTONIX) 40 MG Pack packet. Take 40 mg by mouth before Breakfast.

3.7. Op 6 april 2020 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"(...) Medische beoordeling

(...)

In principe zijn snel toenemende hoofdpijn- en visusklachten, ook gezien de voorgeschiedenis van verzoekster, een reden voor nader medisch onderzoek. Voorstelbaar in de context van verblijf in de Verenigde Staten is, dat zij met deze klachten naar een spoedeisende hulp wordt gebracht. Er is echter wel veel en langdurig onderzoek gedaan. Los daarvan blijkt uit het dossier niet dat er ongebruikelijke zorg is geleverd. Er is gerichte diagnostiek uitgevoerd en aan de hand van symptomen medicatie voorgeschreven. Uiteindelijk bleek geen sprake van acute problematiek en werd verzoekster ontslagen uit het ziekenhuis. Verzoekster was, gezien de klachten en haar voorgeschiedenis, aangewezen op diagnostiek en behandeling om eventueel falen van de drain vast te stellen en te behandelen. Dat in de loop van dit proces een incidentaloos werd gevonden was niet te voorzien. De verdere beoordeling hiervan had kunnen wachten tot terugkeer in Nederland.

(...)

Farmacotherapeutische beoordeling

Acetazolamide (Diamox®) is opgenomen in het GVS en komt voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. Oxycodone-acetaminophen (Percocet®) is een combinatiepreparaat met 5 mg oxycodon en 325 mg paracetamol dat niet als zodanig in Nederland op de markt is.

Oxycodon is echter wel opgenomen in het GVS. Het combinatiepreparaat komt daarom voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

De geneesmiddelen famotidine (Pepcid®) en pantoprazole (Protonix®) zijn maagzuurremmers. Maagzuurremmers staan op bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering en komen onder voorwaarden voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. Maagzuurremmers worden uitsluitend vergoed voor een verzekerde die blijkens het voorschrift langer dan zes

maanden aaneengesloten op het geneesmiddel is aangewezen en voor wie het geneesmiddel is voorgeschreven ter behandeling van een chronische aandoening, tenzij het betreft een voor de verzekerde nieuwe medicatie. Op basis van de informatie in het dossier kan niet beoordeeld worden of verzoekster aan deze voorwaarden voldoet. Verzoekster heeft ook ibuprofen (Motrin po®) voorgeschreven gekregen. Motrin po® is niet geregistreerd in Nederland maar het betreft een tablet met 200 mg ibuprofen. Geneesmiddelen met 200 mg ibuprofen zijn niet opgenomen in het GVS en komen niet voor vergoeding in aanmerking. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten die verband houden met de ziekenhuisopname in de Verenigde Staten aan haar te 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 kan daarover bindend advies uitbrengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A17 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

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

Zorgverzekering

- 6.2. Op pagina 9 van de verzekeringsvoorwaarden (2015) staat wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op geneeskundige zorg bij verblijf in het buitenland. Hieruit volgt dat een verzekerde recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg in het buitenland, gelijk aan de vergoeding die geldt als deze zorg in Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt verleend. Verder geldt de eis dat voorafgaand aan opname in een instelling in het buitenland toestemming moet worden gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Dit toestemmingsvereiste geldt niet als de vraag en noodzaak voor de zorg ontstond terwijl de verzekerde in het buitenland verbleef en de zorg redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld tot na de terugkeer in Nederland. Partijen zijn verdeeld over de vraag of aan de genoemde voorwaarden is voldaan en hebben in dit verband het volgende aangevoerd.

- 6.3. Verzoekster voert aan dat zij tijdens een familiebezoek in de Verenigde Staten ernstige hoofdpijnklachten, visusproblemen en (buik)pijn in de zij kreeg. Gelet op de ernst van de klachten is besloten een ambulance te bellen en is verzoekster begeleid naar de eerste hulp van het ziekenhuis. Verzoekster was op dat moment niet in staat contact op te nemen met de ANWB Alarmcentrale, dan wel de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster is in het ziekenhuis opgenomen, waar uitgebreid onderzoek is gedaan en aan haar medicatie is voorgeschreven. Uit de medische informatie in het dossier volgt duidelijk dat sprake was van een spoedopname en zorg die niet kon wachten totdat verzoekster terug zou keren naar Nederland. Er is dan ook geen sprake van planbare zorg. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden tenminste een deel van de kosten te vergoeden op grond van de zorgverzekering. Overigens voert verzoekster aan dat zij inmiddels een betalingsregeling heeft getroffen met het ziekenhuis om de openstaande vordering in termijnen te voldoen. De ziektekostenverzekeraar merkt dan ook ten onrechte op dat de vordering zou zijn komen te vervallen.
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat uit de (medische) informatie uit het dossier niet is af te leiden dat sprake was van medisch noodzakelijk zorg, dan wel spoedeisende zorg. Uit deze informatie volgt niet precies welke diagnose is gesteld, welke onderzoeken hebben plaatsgevonden en welke behandeling is ingezet. Verder merkt de ziektekostenverzekeraar op dat geen contact heeft plaatsgevonden met de ANWB Alarmcentrale en dat hij ook niet op een andere wijze toestemming heeft gegeven voor de ziekenhuisopname in de Verenigde Staten. Verder voert de ziektekostenverzekeraar aan dat verzoekster naar de Verenigde Staten is vertrokken om aldaar een second opinion te vragen. Verzoekster bleef namelijk last houden van hersenvocht, hetgeen hoofdpijnklachten en visusproblemen gaf, ondanks dat zij hiervoor in Nederland al twee keer was geopereerd. Een second opinion houdt in dat een andere arts wordt gevraagd zijn/haar oordeel te geven over de gestelde diagnose en de behandeling. Een second opinion houdt niet in dat de behandeling wordt uitgevoerd of overgenomen door de andere arts. Zij had hiervoor ook geen toestemming van de ziektekostenverzekeraar gekregen. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster geen vorderingsrecht heeft met betrekking tot de zorgkosten. In het dossier zijn namelijk verschillende nota's aanwezig waarop staat 'bad debt write off'. Hieruit lijkt te volgen dat het ziekenhuis de vordering heeft afschreven. Als dit anders is, ligt het op de weg van verzoekster dit aannemelijk te maken.

Medisch specialistische zorg

- 6.5. De commissie stelt vast dat verzoekster voorafgaand aan de opname in het ziekenhuis op 31 oktober 2015 geen toestemming heeft gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Dit is echter wel een vereiste dat is opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden om in aanmerking te komen voor vergoeding. Deze eis geldt echter niet als sprake is van - kort gezegd - spoedeisende zorg. Ten aanzien van de vraag of hiervan sprake was, zoekt de commissie aansluiting bij het advies van het Zorginstituut van 6 april 2020. Partijen hebben verklaard dat zij zich hierin kunnen vinden, zodat de commissie geen aanleiding ziet van dit advies af te wijken.
- 6.6. Het Zorginstituut leidt uit het verslag en de ontslagsamenvatting van het University Hospital af dat verzoekster zich op 31 oktober 2015 heeft gemeld bij de spoedeisende hulp met hoofdpijnklachten, (buik)pijn in de linkerzij en visusproblemen. Zij gaf daarbij aan bekend te zijn met een pseudotumor van de hersenen waarvoor in Nederland een lumbo-peritoneale drain (LP shunt) aangelegd zou zijn in mei 2015. Als differentiaal diagnose werd gedacht aan falen van de drain, 'shunt failure'. Volgens het Zorginstituut was verzoekster gezien haar klachten en voorgeschiedenis aangewezen op de zorg om eventueel falen van de drain vast te stellen en behandelen. Naar het oordeel van de commissie kon deze zorg redelijkerwijs niet worden uitgesteld, zodat sprake was van spoedeisende zorg. Dit betekent dat verzoekster geen toestemming hoefde te vragen voorafgaand aan de ziekenhuisopname van 31 oktober 2015 tot en met 4 november 2015 en dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de zorgkosten die hiermee samenhangen te vergoeden.

- 6.7. De ziektekostenverzekeraar is eveneens gehouden de kosten te voldoen, die door het ziekenhuis in rekening zijn gebracht nadat verzoekster op 4 november 2015 uit het ziekenhuis is ontslagen. Toen was immers niet langer sprake van een opname, zodat de eis van voorafgaande toestemming niet opging. Verder is niet gebleken dat verzoekster op deze zorg redelijkerwijs niet zou zijn aangewezen of dat deze zorg niet doelmatig was.
- 6.8. Ten aanzien van de hoogte van de vergoeding overweegt de commissie het volgende. In het dossier is een overzicht aanwezig van 30 januari 2017 van het University Hospital ('Patiënt Statement of Account') waarop de zorgkosten zijn vermeld die tijdens de ziekenhuisopname van 31 oktober 2015 tot en met 4 november 2015 in rekening zijn gebracht. Het betreft een bedrag van totaal \$ 49.343,-. Uit het overzicht blijkt dat verzoekster op respectievelijk 17 februari 2016 en 4 maart 2016 een bedrag van \$ 50,- ('patient payment') heeft voldaan en dat een bedrag van \$ 49.243,- is afgeschreven ('bad debt write off').
- Uit andere overzichten - die ook zijn gedateerd op 30 januari 2017 - blijkt dat het ziekenhuis ook ná de genoemde opnameperiode een aantal keren een bedrag van \$ 337,- in rekening heeft gebracht. Uit de genoemde overzichten is verder af te leiden dat verzoekster een aantal betalingen ('patient payment') heeft gedaan, te weten \$ 80 op 22 januari 2016 en \$ 200 op 3 februari 2016, en dat de resterende delen van de vordering zijn afgeschreven ('bad debt write off').
- Verzoekster heeft niet aannemelijk gemaakt dat zij meer of andere betalingen aan het ziekenhuis heeft gedaan dan de hiervoor genoemde bedragen of dat zij nog een vordering aan het ziekenhuis moet voldoen. Verzoekster heeft weliswaar betaalbewijzen overgelegd, maar hieruit is niet af te leiden waarop deze betalingen zien. Verder heeft verzoekster aangevoerd dat zij een betalingsregeling heeft getroffen met het ziekenhuis om de vordering te voldoen, maar hiervan geen bewijsstukken overgelegd. Een en ander is ook anderszins niet door verzoekster aannemelijk gemaakt.
- Bij het bepalen van de vergoeding dient de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid slechts de bedragen als uitgangspunt te nemen die daadwerkelijk zijn voldaan. Daarbij tekent de commissie voor de volledigheid aan dat verzoekster op grond van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden recht heeft op de vergoeding die zou gelden als deze door een niet-gecontracteerde zorgverlener in Nederland zou zijn geleverd. Dit betekent dat een eventuele restitutiekorting van toepassing kan zijn en de bedragen mogelijk niet volledig worden vergoed.

Farmaceutische zorg

- 6.9. De vergoeding van geneesmiddelen is geregeld in artikel 2.8 van het Bzv. De bepalingen op pagina 20 e.v. van de verzekeringsvoorwaarden zijn hierop gebaseerd.
- 6.10. Geregistreerde geneesmiddelen die in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) zijn opgenomen, komen voor vergoeding in aanmerking. Dit volgt uit artikel 2.8, eerste lid, onder a, Bzv. Deze geneesmiddelen zijn vermeld op bijlage 1 en bijlage 2 Rzv. Niet geregistreerde geneesmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als sprake is van rationele farmacotherapie. Het moet dan gaan om (i) geneesmiddelen die zijn bereid door een apotheek of (ii) geneesmiddelen die op verzoek van een arts in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm van de Geneesmiddelenwet of (iii) geneesmiddelen die in de handel zijn in een ander land en bestemd zijn voor een patiënt die lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. Verder geldt de eis dat sprake moet zijn van een behandeling van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënte geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering. Dit volgt uit artikel 2.8, eerste lid, onder b, Bzv.





- 6.11. Uit het dossier blijkt dat de volgende middelen aan verzoekster zijn voorgeschreven: acetazolamide (Diamox®) 250 mg tablet, famotidine (Pepcid®) 20 mg tablet, ibuprofen (Motrin po®) 200mg, oxycodone-acetaminophen 5/325 mg per tablet (Percocet®) en pantoprazole (Protonix®) 40 mg pack packet.
- Uit het advies van het Zorginstituut van 6 april 2020 volgt dat Acetazolamide (Diamox®) en Oxycodone-acetaminophen (Percocet®) in het GVS voorkomen en om die reden voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de zorgverzekering. Uit het advies volgt verder dat de geneesmiddelen famotidine (Pepcid®) en pantoprazole (Protonix®) maagzuurremmers zijn. Deze middelen worden uitsluitend vergoed als is voldaan aan de voorwaarden die zijn opgenomen op bijlage 2 Rzv. Hieruit blijkt dat deze middelen worden vergoed voor een verzekerde die blijkens het voorschrift langer dan zes maanden aaneengesloten op het geneesmiddel is aangewezen en voor wie het geneesmiddel is voorgeschreven ter behandeling van een chronische aandoening. Op basis van de informatie in het dossier kan door het Zorginstituut niet beoordeeld worden of verzoekster aan deze voorwaarden voldoet. Het lag op de weg van verzoekster dit aannemelijk te maken. Dat zij hierin niet is geslaagd, komt voor haar risico. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar deze middelen niet hoeft te vergoeden.
- De commissie oordeelt - in navolging van het advies van het Zorginstituut - dat de ziektekostenverzekeraar evenmin een vergoeding hoeft toe te kennen voor Motrin po®. Motrin po® is niet geregistreerd in Nederland maar het betreft een tablet met 200 mg ibuprofen. Geneesmiddelen met 200 mg ibuprofen zijn niet opgenomen in het GVS en komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.12. Op pagina 55 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2015) is opgenomen dat onder bepaalde voorwaarden een aanvullende vergoeding geldt voor zorg die in het buitenland heeft plaatsgevonden. De voorwaarden zijn dat: (i) sprake is van een situatie waarin zorg en/of geneesmiddelen zo snel nodig zijn dat terugkeer naar Nederland niet meer mogelijk is, (ii) het niet te voorzien was dat deze zorg en/of geneesmiddelen nodig zouden zijn, (iii) direct melding is gedaan bij de Alarmcentrale bij opname in een instelling, (iv) de verzekerde niet langer dan een jaar in het buitenland is, (v) verzekerde 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 (vi) de kosten zouden zijn vergoed als deze in Nederland zouden zijn gemaakt.
- 6.13. De commissie overweegt dat niet aan de gestelde voorwaarden is voldaan ten aanzien van de medisch specialistische zorg die verzoekster heeft ontvangen. Het staat namelijk vast dat zij geen melding heeft gedaan bij de Alarmcentrale van haar opname, terwijl dit wel een vereiste is voor vergoeding. Ten aanzien van de zorg die in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden ná 4 november 2015 geldt dat niet is gebleken dat sprake was van een situatie waarin de zorg zo snel nodig was dat terugkeer naar Nederland niet meer nodig was. Dit wordt bevestigd door het Zorginstituut in het advies van 6 april 2020.
- 6.14. De commissie overweegt verder dat wel aan de gestelde voorwaarden is voldaan ten aanzien van de farmaceutische zorg die verzoekster heeft ontvangen, met uitzondering van de geneesmiddelen die niet ten laste van de zorgverzekering worden vergoed. De geneesmiddelen zijn namelijk voorgeschreven in verband met de ziekenhuisopname, waarvan de commissie hiervoor heeft vastgesteld dat die zorg redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld tot terugkeer naar Nederland. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar hiervoor een aanvullende vergoeding dient toe te kennen op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.15. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

 7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

-  (i) de ziektekostenverzekeraar de kosten in verband met de ziekenhuisopname van 31 oktober 2015 tot en met 4 november 2015 dient te vergoeden op grond van de zorgverzekering, voor zover verzoekster de kosten hiervan daadwerkelijk heeft voldaan;
-  (ii) de ziektekostenverzekeraar de zorgkosten die door het ziekenhuis in rekening zijn gebracht ná de opnameperiode dient te vergoeden op grond van de zorgverzekering, voor zover verzoekster de kosten hiervan daadwerkelijk heeft voldaan;
-  (iii) de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de geneesmiddelen acetazolamide (Diamox®) en oxycodoneacetaminophen (Percocet®) te vergoeden op grond van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering;
-  (iv) de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster moet voldoen.

Zeist, 22 juli 2020,



M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

(...)

c. farmaceutische 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.

(...)

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;
 - e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder e, 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.

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 het Interimbesluit forensische zorg.
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.

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 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 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 gehemeltepleten, 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 geregistreeerde 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.

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.

Buitenland

Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-verordening 83/2004 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. 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 www.menzis.nl.

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.

i 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 eerste 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 www.menzis.nl/vergoedingen.

i Let op

Menzis maakt met zorgaanbieders afspraken over het volume dat de zorgaanbieder aan zorg mag verlenen (omzetplafond). Als dit omzetplafond bereikt is heeft dit gevolgen voor u. U kunt dan niet meer bij deze zorgaanbieder terecht voor planbare zorg. Belt u in dat geval onze Zorgadviseur op 088 222 42 42. De Zorgadviseur kijkt samen met u waar u wel terecht kunt. Als het omzetplafond bereikt wordt tijdens uw behandeling heeft dat voor u geen gevolgen. U kunt dan uw behandeling afmaken bij de zorgaanbieder.

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 www.overheid.nl. Als u wilt weten of een bepaald geneesmiddel op deze lijst staat, kunt u ook contact opnemen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Niet-geregistreerde geneesmiddelen

U heeft recht op geneesmiddelen die in de apotheek zelf zijn bereid. Ook heeft u recht op geneesmiddelen die uw arts voor gebruik door u bestelt, als dit geneesmiddel in Nederland is bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste 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.

i 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 op bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. Vaak zijn er verscheidene geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof op de markt. Bij sommige geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof en dezelfde toedieningsvorm heeft u alleen recht op die geneesmiddelen die door Menzis zijn aangewezen. Dit zijn de zogenaamde preferente geneesmiddelen. Voor welke werkzame stoffen preferente geneesmiddelen zijn aangewezen en welke geneesmiddelen dat zijn, vindt u in het Verzekeringsreglement en op www.menzis.nl/preferentiebeleid. In uitzonderingsgevallen kan het voorkomen dat behandeling met een preferent geneesmiddel medisch niet verantwoord is. Dan heeft u recht op een ander geneesmiddel uit Bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. U kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen op www.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 meteen mee als u een door een arts ondertekend recept inlevert waarop de arts 'medisch noodzakelijk' of MN heeft geschreven. Of als u samen met het recept een door uw huisarts, tandarts, medisch specialist, verloskundige of GGD-arts, ingevulde verklaring inlevert. Gaat u naar een apotheker waarmee Menzis geen overeenkomst heeft gesloten dan vraagt u met het Aanvraagformulier farmaceutische zorg toestemming aan Menzis. Bij dit formulier moet u een gemotiveerde toelichting van uw arts sturen. Als het gaat om medicatie die u voor het eerst gebruikt, heeft u de eerste 15 dagen ook zonder toestemming van Menzis recht op het geneesmiddel. U moet dan wel binnen die 15 dagen een aanvraag voor toestemming bij Menzis indienen. Als u de aanvraag niet tijdig indient, of als gebruik van het preferente middel volgens Menzis wel medisch verantwoord is, heeft u na de 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 www.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 www.menzis.nl of opvragen bij onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Plaats van toediening

Sommige geneesmiddelen mogen alleen in een ziekenhuis worden toegediend en/of terhandgesteld, 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 terhandgesteld. Toediening of terhandstelling buiten het ziekenhuis is niet verzekerd. In het Verzekeringsreglement staat ook wat onder een ziekenhuis wordt verstaan.

Maximale periode

Per recept heeft u recht op de geneesmiddelen voor een bepaalde periode. Deze periode is:

- 15 dagen als u het geneesmiddel voor de eerste keer gebruikt,
- 15 dagen als een acute aandoening met antibiotica of chemotherapeutica moet worden bestreden,
- 3 maanden voor geneesmiddelen die een chronische ziekte behandelen en tenminste 3 maanden als het gaat om een merkloos geleverd geneesmiddel en tenminste 3 maanden tot maximaal 6 maanden als het daarbij 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,
- 1 jaar voor orale anticonceptiva (de pil). Als u voor het eerst orale anticonceptiva voorgeschreven krijgt, is de maximale termijn 3 maanden,
- 1 maand voor geneesmiddelen die meer kosten dan € 1.000 per maand,
- 1 maand in alle andere gevallen.

Als u voor de eerste keer vloeibare geneesmiddelen bij uw apotheker of apotheehoudend huisarts haalt, dan worden deze in de kleinste handelsverpakking geleverd.

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. Als het geneesmiddel dat u gebruikt in onderdeel B staat, is er geen vergoedingslimiet.

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

Welke zorgaanbieder

U kunt voor geneesmiddelen naar een apotheek of een apotheehoudend huisarts. Menzis heeft apotheken en apotheehoudend huisartsen gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag. U krijgt voor geneesmiddelen maximaal de apotheekinkoopprijs zoals deze geldt in de maand van aflevering, min een korting van 10%. Deze inkoopprijs is opgenomen in de Z-indextaxe (prijzlijst voor geneesmiddelen die maandelijks door het bedrijf Z-index wordt uitgegeven). De korting bedraagt maximaal € 10 per receptregel. Voor de zorgkosten (bijvoorbeeld advies over geneesmiddelengebruik) geldt een maximum vergoedingsbedrag. U kunt deze bedragen vinden op www.menzis.nl/vergoedingen.

Recept

U heeft een recept nodig van een huisarts, tandarts, medisch specialist, verloskundige of GGD-arts.

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 artsverklaring invullen. Hiervoor zijn speciale formulieren, die u kunt vinden op www.znformulieren.nl. Als u met deze artsverklaring 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 eerste 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 op een huisartsenpost.

Welke zorg

U heeft recht op:

- huisartsenzorg, behalve de griep prik,
- 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 eerste opvang indien u psychische klachten heeft en beoordeelt of hij u zelf kan behandelen of dat u verwezen moet worden naar de generalistische basis GGZ (GBGGZ) of naar de gespecialiseerde GGZ (SGGZ);
- Ketenzorg die bekostigd wordt op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen als Menzis hierover met uw huisarts afspraken heeft gemaakt. Met welke huisartsen Menzis deze afspraken heeft gemaakt, vindt u op www.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 www.menzis.nl.

Welke zorgaanbieder

Voor huisartsenzorg gaat u naar de huisarts. Huisartsenzorg kan ook worden verleend door een hulpverlener die onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts werkt, bijvoorbeeld een doktersassistente, nurse practitioner, praktijkondersteuner of door een zorgaanbieder waarmee Menzis afspraken heeft gemaakt over huisartsenzorg.

In de avond, nacht, of in het weekend kunt u voor huisartsenzorg bij acute, spoedeisende problemen die niet kunnen wachten tot de volgende werkdag naar de huisartsenpost of naar de dienstdoende huisarts. Op een huisartsenpost werken huisartsen samen om de spoedeisende huisartsenzorg te verlenen. Vraag uw huisarts bij welke dienstdoende huisarts of huisartsenpost u terecht kunt. U vindt ook informatie op www.vereniginghuisartsenposten.nl.

Medisch specialistische zorg

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

Welke zorg

U heeft recht op:

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

Let op

U heeft geen recht op behandelingen als het gaat om:

- correctie van verlamde of verslapte bovenoogleden die niet het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening,
- 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,
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak,
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek,
- sterilisatie,
- het ongedaan maken van een sterilisatie,
- besnijdenis (ook niet als dit medisch noodzakelijk is),
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

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 chirurgie,
- Revalidatie,
- Transplantatie,
- Trombosedienst.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. 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 www.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.

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.

i Let op

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

Verwijzing

U heeft alleen recht op medisch specialistische zorg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verloskundige, een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of een arts verstandelijk gehandicapten. 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). Deze lijst vindt u op www.zn.nl. Om welke behandelingen gaat het?

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

2. Klinische longrevalidatie

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

- klinische longrevalidatie;
- zorg in het astmacentrum in Davos.

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. Voor deze behandelingen moet u altijd vooraf toestemming aanvragen, met een toelichting van uw behandelend medisch specialist.

Niet-klinische dialyse

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

Welke zorg

U heeft recht op niet-klinische 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. Menzis heeft dialysecentra gecontracteerd. U kunt uit deze centra kiezen. Op www.menzis.nl/zorgvinder vindt u met de zoekterm 'dialyse' een overzicht

Meerlinguitkering

U krijgt een bedrag van € 250 voor een meerling. U heeft recht op deze vergoeding als u uw kinderen bij Menzis verzekert.

Verloskamer

Als er geen medische indicatie is voor een poliklinische bevalling (verblijf korter dan 24 uur), dan geldt er vanuit de Basisverzekering een eigen bijdrage voor het gebruik van de verloskamer. U krijgt de eigen bijdrage voor het gebruik van de verloskamer in een ziekenhuis of een door Menzis erkende instelling vergoed. Welke ziekenhuizen en erkende instellingen dat zijn, kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder.

Brillen en contactlenzen

Een bril of contactlens is een hulpmiddel voor dagelijks gebruik dat voor of op de ogen gedragen wordt en de afwijking van het oog compenseert, waardoor de drager scherper ziet.

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

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 100	€ 0	€ 100	€ 150

i Let op

- De sterkte van de brillenglazen of contactlenzen moet op de nota staan vermeld.
- U kunt naar een opticien gaan die door Menzis is gecontracteerd. Welke opticiens dat zijn, kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder.

Voorbeeld

Stel u heeft recht op € 100 per 2 kalenderjaren en schaft in 2015 een bril aan voor € 150. Het maximumbedrag van € 100 per 2 kalenderjaren is daarmee bereikt. Dit betekent dat u tot en met het jaar 2016 geen recht meer heeft op een vergoeding. Vanaf 2017 krijgt u opnieuw recht op een vergoeding.

Buitenland

Tijdens verblijf in het buitenland kan het voorkomen dat u snel medische zorg of geneesmiddelen nodig heeft. Bij spoedeisende zorg tijdens 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 www.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 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 de geneesmiddelen zijn voorgeschreven of de inenting wordt toegediend door een door Menzis erkende arts. Welke artsen dat zijn, kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder.

Spoedeisende zorg en geneesmiddelen in het buitenland

Er moet sprake zijn van een situatie waarin medische hulp zo snel nodig is dat terugkeren naar Nederland niet meer mogelijk is. Het was niet voorzien dat deze medische hulp nodig zou zijn. Dit wordt spoedeisende zorg genoemd.

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 vergoeding voor kosten als:

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

Voorbeeld

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

Alarmcentrale 0031 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 voor de reisverzekering op www.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 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 therapie gegeven en de middelen geleverd worden door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist, die door Menzis is erkend. Welke dat zijn, kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder.

Cursussen (EHBO-, Reanimatie/AED- en gezondheidscursussen)

Als u een EHBO- of Reanimatie/AED-cursus volgt, leert u de juiste eerste hulp te verlenen als er iets gebeurt in uw omgeving. Bij de cursus leert u wat u moet doen, maar ook wat u moet laten.

De cursus wordt gegeven door een arts en een instructeur Eerste Hulp of Reanimatie/AED docent.

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