



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : Elektrische epilatie, transgender man-vrouw, doelmatigheid
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018
Zaaknummer : 201801372
Zittingsdatum : 17 april 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

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

2. Het verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 27 januari 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is haar extra behandelingen elektrische epilatie te vergoeden (hierna: het verzoek).
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 19 maart 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 maart 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 april 2019 gehoord.

3. De vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis, een naturapolis, (hierna: de zorgverzekering) en onder meer de aanvullende ziektekostenverzekering GarantVerzorgd 3 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 23 juli 2018 aan verzoekster medegedeeld dat in vervolg op de zestig behandelingen elektrische epilatie die reeds zijn vergoed, geen extra behandelingen worden vergoed.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 22 augustus 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. In de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden een verzekerde recht heeft op behandeling van plastisch-chirurgische aard. Voor plastische chirurgie zijn de artikelen 10 en 11 van de Zorgverzekeringswet (Zvw), 2.4 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) en 2.1 van de Regeling zorgverzekering (Rzv) van belang.
In de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is geregeld dat 80% van de kosten van elektrische epilatie worden vergoed, tot een maximum van € 1.000,-- voor de gehele verzekeringsduur.
De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en wetgeving staan in de bijlage bij dit bindend advies.

3.5. De behandelend huidtherapeut heeft bij brief van 20 maart 2018 over verzoekster verklaard:

"Bovengenoemde patiënt is sinds januari 2018 bij mij onder behandeling voor ontharing in het gelaat ivm transgendertraject. Na 4 laserbehandelingen elders ben ik met de behandelingen begonnen. Bij onderzoek blijken de haren wit te zijn, dit sluit lasertherapie uit. Alleen elektrische epilatie is mogelijk. Deze manier van permanente ontharing vergt veel meer behandelingen dan de 20 die door u vergoed zijn in de machtiging. Er is inmiddels al resultaat geboekt, maar nog lang niet tot tevredenheid. Dat is in zo'n korte behandeltime ook niet mogelijk. In 2 a 3 behandelingen kunnen wij de wangen en bovenlip bijwerken, de kin en hals moet nog gestart worden. Bij deze vraag ik u zorg te dragen voor de kosten van de behandeling a € 150 per behandeling. Het behandeltraject gaat minstens 1,5 jaar duren. Voor het resultaat is het belangrijk om de behandelingen regelmatig en met gelijke tussenpo[ze]n te plannen. "

3.6. De behandelend internist/endocrinoloog heeft op 6 augustus 2018 over verzoekster verklaard:

"Uw verzekerde (...) heeft een verzoek aan u gericht om extra financiële bijstand voor permanente ontharing van de gelaatshuid. Bij deze patiënt is door ons de diagnose genderdysforie (man naar vrouw) gesteld. Na het stellen van deze diagnose, start de patiënt met de tweede fase van de geslachtsaanpassende behandeling, de zogenaamde sociale transitie fase. Om tot een acceptabel vrouwelijk uiterlijk te komen is elektrische epilatie/epilicht/laserbehandeling noodzakelijk. Patiënt heeft reeds een vergoeding ontvangen voor een aantal behandelingen. Het resultaat is echter onvoldoende. Conform de regels van het CVZ heeft er een consult plaatsgevonden bij (...), verpleegkundig consulent. De conclusie is dat er zeker nog een aantal behandelingen noodzakelijk zijn om tot een acceptabel resultaat te komen. Vandaar dat wij het verzoek van uw verzekerde dan ook kunnen ondersteunen. Aangezien het VUmc niet over een huidtherapeute beschikt die deze behandeling kan uitvoeren zal deze uitgevoerd worden door (...). Wij verwijzen u naar het besluit van het CVZ (www.CVZ.nl) van september 2008 om deze behandeling te vergoeden bij man-vrouw transgenders. (...)"

4. De bevoegdheid van de commissie

4.1. Gelet op artikel A17 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

5. Het geschil

5.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is verzoekster de aangevraagde extra behandelingen elektrische epilatie te vergoeden ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. De beoordeling

6.1. Verzoekster is een transgender man-vrouw. Zij heeft aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd om vergoeding van behandelingen elektrische epilatie vanwege de baardgroei in haar gelaat. De ziektekostenverzekeraar heeft zestig behandelingen elektrische epilatie vergoed, maar de aanvraag voor vervolghandelingen afgewezen, omdat deze zorg niet doelmatig zou zijn. Zo is onduidelijk hoeveel behandelingen verzoekster nog nodig heeft om het gewenste resultaat te bereiken, en is verdere behandeling onnodig duur. Verzoekster heeft hiertegen ingebracht dat zij blonde haren in haar gezicht heeft, waardoor lasertherapie niet mogelijk is. De ziektekostenverzekeraar gaat volgens haar uit van het aantal laserbehandelingen dat gewoonlijk nodig is. Elektrische epilatie moet echter veel langer worden toegepast om hetzelfde resultaat te bereiken. Daarover overweegt de commissie als volgt.

- 6.2. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ, nu: het Zorginstituut) heeft op 22 september 2008 een standpunt bepaald over onder andere epilatie van de baard in gezicht en hals. Het CVZ is tot de conclusie gekomen dat baardgroei in het gezicht bij een man-vrouwtransgender is aan te merken als verminking als bedoeld in artikel 2.4 Bzv. Behandeling daarvan is een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Het uitgangspunt hierbij is dat wordt behandeld met lasertherapie, omdat dit minder tijdrovend is en minder kans geeft op littekenvorming. In bepaalde gevallen is dit echter niet mogelijk, waaronder bij patiënten met blond, rossig of wit/grijs haar. Naar de mening van het CVZ moet de zorgverzekeraar in ieder geval toestemming geven voor tien behandelingen, en daarboven moet hij steeds bekijken of verdere behandeling noodzakelijk is.
- 6.3. De zorgverzekeraar mag beoordelen of een vorm van zorg doelmatig is. Dit behoort tot zijn verantwoordelijkheid. Op pagina 6 van de verzekeringsvoorwaarden staat: *"Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering."* De commissie kan de uitkomst van de beoordeling door de ziektekostenverzekeraar daarom toetsen. De commissie baseert zich daarbij op artikel 14 Zvw en de toelichting op dit artikel. De doelmatigheid van een vorm van zorg mag niet alleen op financiële gronden worden beoordeeld: het moet gaan om een beoordeling op zorginhoudelijke gronden.
- 6.4. Verzoekster heeft verklaringen overgelegd van zowel de huidtherapeut als de internist/endocrinoloog. Daaruit volgt dat de situatie na zestig behandelingen elektrische epilatie nog steeds is aan te merken als verminking als bedoeld in artikel 2.4 Bzv. Het resultaat is nog niet acceptabel. Toegelicht is hoe het verdere behandeltraject moet worden ingericht om het gewenste resultaat te bereiken. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen slechts ingebracht dat onduidelijk is wanneer het einddoel zal zijn bereikt, en dat verdere behandeling zal leiden tot aanzienlijk hoge kosten. Het bestaan van een (verzekerings)indicatie is niet bestreden. Zijn oordeel dat verdere behandeling niet doelmatig is, lijkt daarom voornamelijk te zijn gebaseerd op financiële gronden, niet op zorginhoudelijke gronden.
- 6.5. De commissie komt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar voor verzoekster ten minste tien aanvullende behandelingen elektrische epilatie moet vergoeden. Voor de periode daarna moet de ziektekostenverzekeraar op zorginhoudelijke gronden beoordelen of verzoekster is aangewezen op verdere behandelingen. De ziektekostenverzekeraar is niet verplicht aan verzoekster een machtiging voor onbepaalde tijd te verstrekken, zoals door haar is gevraagd.
- 6.6. Aangezien het verzoek wordt toegewezen op basis van de zorgverzekering, hoeft de commissie niet meer in te gaan op de aanvullende ziektekostenverzekering.

7. Het bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster nog tien behandelingen elektrische epilatie moet vergoeden, en daarna op basis van zorginhoudelijke gronden moet beoordelen of zij is aangewezen op verdere behandelingen.
- 7.2. De commissie beslist dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.
- 7.3. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 1 mei 2019,

mr. L. Ritzema

Artikel 14 van de Zorgverzekeringswet

1 De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.

(...)

Artikel 2.4 van het Besluit Zorgverzekering

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:

(...)

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 gehemeltespelten, 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;

(...)

i Let op

De vergoeding voor woningaanpassingen en redelijk te achten kosten die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen vallen onder hulpmiddelenzorg. Kijkt u voor meer informatie in het Verzekeringsreglement.

Oncologische hulp voor kinderen

Voor een effectieve behandeling van kanker is, naast het stellen van de juiste diagnose, onderzoek naar de uitbreiding van de ziekte en verdere typering van de tumor nodig. Voor kinderen met bloed- en lymfklierkanker beschikt de SKION over een centraal laboratorium, waar bloed, beenmerg en hersenvocht van alle Nederlandse kinderen met deze ziekten worden onderzocht.

Welke zorg

U heeft recht op registratie, onderzoek en vergelijking met het aanwezige materiaal voor een zo goed mogelijk behandelplan.

Welke zorgaanbieder

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

Verwijzing

U heeft alleen recht op oncologische hulp voor kinderen als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts of de medisch specialist.

Plastische chirurgie of reconstructieve chirurgie

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

Welke zorg

U heeft recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen,
- verminkingen die gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting,
- verlamde of verslachte bovenoogleden, als:
 - a. de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking, of
 - b. de verlamming of verslapping het gevolg is van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, of
 - c. de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft,
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen,
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

i Let op

U heeft geen recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om:

- correctie van verlamde of verslachte 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 deze medisch noodzakelijk is,
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor plastische chirurgie naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) als daaraan een medisch specialist verbonden is. 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 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 plastische chirurgie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts).

Toestemming

Voor vergoeding van behandelingen die voorkomen op de Limitatieve Lijst Medisch Specialistische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft u voorafgaand aan de behandeling toestemming van Menzis nodig. Als wij toestemming geven, dan geldt de toestemming voor één jaar, gerekend vanaf de datum waarop wij de schriftelijke toestemming hebben afgegeven. De toestemming kan korter of langer gelden, als wij dat uitdrukkelijk bij het afgeven van de toestemming hebben vermeld.

Revalidatie (medisch specialistisch)

Medisch specialistische revalidatie

Medisch specialistische revalidatie is een vorm van medisch specialistische zorg onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts. Medisch specialistische revalidatie is gericht op het herstel van mensen met een tijdelijke of chronische aandoening als gevolg van een ongeval, medische ingreep of ernstige ziekte. Indien volledig herstel niet op korte termijn wordt verwacht, probeert de revalidatiearts met behulp van zorgverleners uit verschillende disciplines u te helpen blijvende beperkingen te voorkomen. Als dat ook niet mogelijk is, werken de revalidatiearts en zijn team samen met u om uw beperking zo goed mogelijk in uw leven, uw omgeving en de maatschappij in te passen.

Welke zorg

U heeft recht op medisch specialistische revalidatie als deze zorg voor u het meest doeltreffend is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Met medisch specialistische revalidatie

De Menzis Zorgvinder

Menzis maakt afspraken met zorgaanbieders bij u in de buurt over de kwaliteit, snelheid, service en prijs van de zorg. Welke zorgaanbieders met Menzis een overeenkomst hebben, vindt u via 'De Menzis Zorgvinder', op menzis.nl/zorgvinder. Heeft u geen toegang tot internet? U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. Als u vragen heeft over de zorg, belt u dan met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.

Overeengekomen volume (omzetplafond)

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

De inhoud en omvang van de zorg

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

Het voorgaande betekent dat u verzekerd bent voor die zorg die de betrokken beroepsgroep tot de aanvaarde verzameling van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. Andere zorgvormen zijn wel gedetailleerd omschreven, zoals geneesmiddelen en hulpmiddelen. Ook hiervoor geldt dat deze zorgvormen alleen tot de verzekerde zorg behoren voor zover ze voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij sommige vormen van zorg ontbreekt een 'stand van de wetenschap', bijvoorbeeld bij zittend ziekenvervoer. Dan geldt een iets andere regel: u bent verzekerd voor hulp die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Indicatie en doelmatigheid

Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet 'redelijkerwijs zijn aangewezen' op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering.

Redelijke termijn en afstand

U heeft recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen een redelijke afstand van uw huisadres. Wat redelijk is, hangt af van de vorm en de urgentie van de zorg. U heeft in elk geval recht op zorg binnen de termijn die medisch gezien als maximaal aanvaardbaar wordt beschouwd.

Eigen risico

U heeft een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. U kunt naast uw verplicht eigen risico kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. In dat geval krijgt u een korting op de premiegrondslag. Deze korting bedraagt per

A17 Klachten en geschillen

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

Hoe pakt u dat aan?

- U vult het online klachtenformulier op menzis.nl/klachtafhandeling in waarin u kunt aangeven waarover u ontevreden bent en waarom. Heeft u hulp nodig bij het invullen van dit formulier, belt u dan onze Klantenservice op 088 222 40 40.
- U kunt het formulier sturen naar de afdeling Klachtenmanagement.
- Menzis zal uw klacht in behandeling nemen en beantwoorden.
- Als u het niet eens bent met het antwoord van Menzis of binnen 30 dagen geen antwoord heeft gekregen, kunt u uw probleem voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).
- Informatie over de SKGZ kunt u vinden op skgz.nl. U kunt de SKGZ ook benaderen via het Europese platform voor online geschillenbeslechting. Informatie over dit platform kunt u vinden op ec.europa.eu/odr.
- De SKGZ zal uw probleem eerst voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen. De Ombudsman probeert door bemiddeling voor een oplossing te zorgen. Als bemiddeling niet mogelijk is, of als de poging tot bemiddeling niet slaagt, kunt u uw probleem voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ.
- Behandeling door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen kost € 37. De behandeling door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen eindigt met een bindend advies. Aan dit advies moeten Menzis en u zich houden.
- Ook kunt u uw zaak voorleggen aan één van de volgende instanties:
 - als het gaat over formulieren: de Nederlandse Zorgautoriteit,
 - de burgerlijke rechter.

Let op

Voor klachten over premieachterstand, zie ook artikel A13.2.

Bij wie moet u zijn?

Als u niet precies weet bij wie u moet zijn, kan de afdeling Klachtenmanagement u daarbij helpen.

- Menzis, afdeling Klachtenmanagement, Postbus 75000, 7500 KC Enschede
- Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist
- Nederlandse Zorgautoriteit, t.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

A19 Molest

U heeft geen recht op zorg of vergoeding van kosten als deze het gevolg zijn van gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij. Deze 6 genoemde vormen van molest, evenals de definities daarvan, vindt u in de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage is gedeponneerd onder nummer 136/1981.

A20 Terrorisme

Als 1 of meer terroristische handelingen plaatsvinden waardoor u zorg nodig heeft, geldt voor de Basisverzekering het volgende: Als de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij N.V. verwacht dat de

U heeft recht op deze vergoeding als:

- u daarvoor een voorschrift heeft van een arts of diëtist, en
- het preparaat wordt geleverd door een apotheek, apotheekhoudend huisarts of een leverancier die met Menzis een contract heeft. Welke dat zijn, kunt u vinden op menzis.nl/zorgvinder.

Eigen bijdrage WMO maatwerkvoorzieningen

Als u beperkingen in de zelfredzaamheid of deelname aan de samenleving ondervindt, die u niet op eigen kracht, met mantelzorg, of hulp van andere personen uit uw sociale netwerk, kunt verminderen, dan komt u op grond van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) - onder bepaalde voorwaarden - in aanmerking voor een maatwerkvoorziening van uw gemeente. Voor maatwerkvoorzieningen geldt een wettelijke eigen bijdrage, die afhankelijk is van uw inkomen (of vermogen). De eigen bijdrage wordt vastgesteld en voor de gemeente geïnd door het Centraal Administratie Kantoor (CAK).

U heeft recht op vergoeding van de door het CAK vastgestelde en geïnde eigen bijdragen voor een WMO maatwerkvoorziening voor huishoudelijke hulp, hulpmiddelen, woningaanpassingen of begeleiding tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

GarantVerzorgd 1	GarantVerzorgd 2	GarantVerzorgd 3
€ 300	€ 300	€ 300

U moet hiervoor de periode-facturen van het CAK indienen, waarop uw verzekeringsnummer bij Menzis duidelijk vermeld staat. Per huishouden kan ongeacht het aantal polissen slechts voor 1 polis aanspraak worden gemaakt op deze vergoeding.

Epilatie

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

U krijgt 80% van de kosten van epilatie vergoed tot een maximumbedrag als er abnormale haargroei in het gezicht of de hals is. Dit maximum is voor de gehele verzekeringsduur:

GarantVerzorgd 1	GarantVerzorgd 2	GarantVerzorgd 3
€ 0	€ 500	€ 1.000

U heeft recht op deze vergoeding als de behandeling wordt gegeven door of onder verantwoordelijkheid van een huidtherapeut of schoonheidsspecialist, die door Menzis is erkend. Welke dat zijn, kunt u vinden op menzis.nl/zorgvinder.