



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Hulpmiddelenzorg, Hylo-Comod® oogdruppels, machtiging

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, art. 14 Zvw, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 202000311

Zittingsdatum : 17 juni 2020

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

1. Partijen

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

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.


2. Verloop van de procedure


- 2.1. Op 4 februari 2020 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. Op 20 maart 2020 en 29 april 2020 heeft verzoekster haar verzoek aan de commissie gewijzigd.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brieven van 19 februari 2020, 6 maart 2020 en 6 april 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Kopieën van deze brieven zijn aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Met de brieven van 20 maart 2020 en 28 april 2020 heeft verzoekster haar verzoek aan de commissie gewijzigd. Kopieën van deze brieven zijn aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 juni 2020 gehoord.

3. Vaststaande feiten


- 3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend KPN*** (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft het syndroom van Sjögren. Als gevolg hiervan maakt zij onvoldoende traanvocht aan en heeft zij continu last van droge ogen. Hier ervaart zij klachten van. Om haar klachten te verlichten maakt verzoekster gebruik van Hylo-Comod® oogdruppels.
- 3.3. Op 22 oktober 2019 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar verzocht de oogdruppels die zij gebruikt te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Op dit verzoek heeft de ziektekostenverzekeraar niet gereageerd.
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 maart 2020 in een brief aan de commissie verklaard dat hij bereid is de Hylo-Comod® oogdruppels aan verzoekster te vergoeden op grond van de zorgverzekering als hulpmiddel zoals beschreven in artikel 2.13, eerste lid, onder a, Rzv. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te voldoen.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 maart 2020 aan verzoekster meegedeeld dat de Hylo-Comod® oogdruppels worden vergoed ten laste van de zorgverzekering voor de periode van 1 januari 2018 tot en met 31 maart 2023.

 4. Geschil


 4.1. Verzoekster heeft, na wijziging van haar verzoek, aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van Hylo-Comod® oogdruppels vanaf 1 januari 2018 aan haar zal vergoeden ten laste van de zorgverzekering, zonder einddatum en zonder toepassing van een machtigingseis.

 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.


5. Bevoegdheid van de commissie


 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 18.4 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 hulpmiddelenzorg 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. Hylo-Comod® oogdruppels zijn een hulpmiddel als omschreven in artikel 2.13, eerste lid, onder a, Rzv. Zij behoren tot de 'uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie'. In artikel 4 van de verzekeringsvoorwaarden van de ziektekostenverzekeraar is opgenomen wanneer en onder welke voorwaarden deze hulpmiddelen worden vergoed. Dit is nader uitgewerkt in het Reglement Hulpmiddelen van de ziektekostenverzekeraar.

 6.3. Verzoekster heeft een (verzekerings)indicatie voor Hylo-Comod® oogdruppels. Tussen partijen is niet in discussie dat de ziektekostenverzekeraar verplicht is de oogdruppels ten laste van de zorgverzekering te vergoeden vanaf 1 januari 2018. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is het antwoord op de vraag of de ziektekostenverzekeraar een toestemmingsvereiste mag hanteren en of hij een machtiging voor bepaalde tijd aan verzoekster mocht verstrekken.

Standpunten van partijen

 6.4. Verzoekster voert het volgende aan.
Noch in de verzekeringsvoorwaarden, noch in het reglement is bepaald dat toestemming moet worden gevraagd en door de ziektekostenverzekeraar moet worden verleend voordat Hylo-Comod® oogdruppels voor vergoeding in aanmerking komen. Er is om die reden geen grond een machtiging te verstrekken of te verlenen, laat staan voor bepaalde tijd. Verzoeker heeft simpelweg recht op vergoeding van de oogdruppels vanaf 1 januari 2018 ten laste van de zorgverzekering. Overigens begrijpt verzoekster dat een eventuele wijziging in de toepasselijke regelgeving ertoe kan leiden dat dit verandert. Dit rechtvaardigt echter niet het besluit de oogdruppels op voorhand slechts voor bepaalde tijd te vergoeden.

 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat het aan hem is te beoordelen of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op Hylo-Comod® oogdruppels en of deze oogdruppels in haar specifieke situatie doelmatig zijn. In dit verband geeft de ziektekostenverzekeraar een machtiging af voor bepaalde tijd. Na het verstrijken van de gemachtigde periode kan dan opnieuw worden beoordeeld of aan de voorwaarden is voldaan. Overigens kan een tussentijdse wijziging in de toepasselijke regelgeving of de polisvoorwaarden er ook toe leiden dat een machtiging komt te

vervallen. In de verzekeringsvoorwaarden en het reglement hulpmiddelen kan niet onuitputtelijk worden geregeld voor welke hulpmiddelen wél of géén machtigingseis geldt. Binnen het zorgstelsel kunnen namelijk te allen tijde nieuwe hulpmiddelen het pakket instromen. In het geval van verzoekster is ervoor gekozen een machtiging voor een periode van drie jaren af te geven, omdat niet wordt verwacht dat zich op korte termijn een wijziging zal voordoen in haar situatie. Bovendien mag verzoekster ervan uitgaan dat zij aansluitend opnieuw een machtiging zal verkrijgen, indien zich geen wijzigingen voordoen in haar specifieke situatie of de toepasselijke regelgeving.

Oordeel van de commissie

- 6.6. De commissie overweegt het volgende.
De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 17 maart 2020 bevestigd dat hij de kosten van Hylo-Comod® uit de basisverzekering vergoedt. Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar vermeld: *'De goedkeuring duurt van 1 januari 2018 tot en met 31 maart 2023.'* De term 'goedkeuring' komt in de verzekeringsvoorwaarden van deze ziektekostenverzekeraar niet voor. In andere brieven gebruikt de ziektekostenverzekeraar in plaats daarvan de term 'machtiging'. De commissie zal in het vervolg deze term aanhouden. Volgens de definitie in het Reglement hulpmiddelen is een machtiging *'een schriftelijke of digitale toestemming die wij vooraf verlenen aan een verzekerde en/of leverancier'*. De ziektekostenverzekeraar maakt bij het stellen van een machtigingseis onderscheid al naar gelang de verzekerde zich wendt tot een gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In het eerste geval bevatten de verzekeringsvoorwaarden geen bepaling over een machtiging, in het tweede geval bepalen de verzekeringsvoorwaarden dat er steeds een machtiging nodig is.
- 6.7. Over de machtigingseis in geval verzoekster zich wendt tot een gecontracteerde zorgaanbieder, oordeelt de commissie als volgt.
De ziektekostenverzekeraar heeft niet duidelijk gemaakt waarom een machtigingseis nodig is als verzoekster zich voor de verstrekking of vergoeding van Hylo-Comod® wendt tot een gecontracteerde zorgaanbieder. In alle andere gevallen, waarin een verzekerde zich voor een hulpmiddel wendt tot een gecontracteerde zorgaanbieder, wordt een dergelijke eis immers niet gesteld. De commissie acht in zoverre de machtigingseis voor Hylo-Comod® willekeurig en ongegrond.
- 6.8. Over de machtigingseis in geval verzoekster zich wendt tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, oordeelt de commissie als volgt.
Uit de brief van 17 maart 2020 blijkt dat toetsing van de aanspraak van verzoekster op verstrekking of vergoeding van Hylo-Comod® pas aan de orde komt wanneer de einddatum 31 maart 2023 in zicht is. Zoals toegelicht tijdens de hoorzitting heeft de einddatum 31 maart 2023 geen andere betekenis, dan dat omstreeks dat tijdstip wordt nagegaan of verzoekster in het licht van de dan toepasselijke regelgeving en haar omstandigheden op dat moment recht heeft op voortgezette verstrekking of vergoeding van Hylo-Comod®. Bij ongewijzigde regelgeving en ongewijzigde persoonlijke omstandigheden kan zij daarop rekenen, zo is tijdens de hoorzitting door de ziektekostenverzekeraar bevestigd.
- 6.9. Het is naar het oordeel van de commissie niet onredelijk dat de ziektekostenverzekeraar het recht van verzoekster op (voortgezette) verstrekking of vergoeding van Hylo-Comod® na een zeker tijdsverloop opnieuw beoordeelt. Een vergelijkbare beoordeling is immers volgens de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden voorzien in andere gevallen waarin een verzekerde zich voor een hulpmiddel wendt tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder (artikel 3 Reglement hulpmiddelen 2019).

Mogelijke tussentijdse wijziging

- 6.10. Ten overvloede wijst de commissie erop dat de verzekeringnemer en de verzekerde verplicht zijn binnen een redelijke termijn aan de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen (artikel 7:941, tweede lid, Burgerlijk Wetboek). Daarmee laat de wet de mogelijkheid open van tussentijdse beoordeling van de

verzekeringsaanspraak van verzoekster, als daarvoor een deugdelijke grond bestaat. Dit geldt ongeacht of verzoekster zich wendt tot een gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

- 6.11. Eveneens ten overvloede wijst de commissie er op dat een wijziging van de verzekerde prestaties kan voortvloeien uit een wijziging van de regels, gesteld bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14a Zvw. Een dergelijke wijziging kan ook gevolgen voor verzoekster hebben. Ook dit geldt ongeacht of verzoekster zich wendt tot een gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Slotsom

- 6.12. Op basis van de thans bekende feiten en omstandigheden komt de commissie tot de volgende slotsom. De ziektekostenverzekeraar zal de kosten van Hylo-Comod® oogdruppels ten laste van de zorgverzekering aan verzoekster moeten vergoeden vanaf 1 januari 2018, zonder einddatum en zonder toepassing van een machtigingseis, voor zover het gaat om zorg verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder. Voor zover het gaat om zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is in het geval van verzoekster de verlening van een (nieuwe) machtiging niet eerder aan de orde dan met ingang van 1 april 2023. Of dan een machtiging vereist is en zo ja, of deze verleend moet worden, zal op dat moment moeten worden beoordeeld. Daarop kan de commissie thans niet vooruitlopen.

- 6.13. Bij wijze van bindend advies moet beslist worden als volgt.

7. Bindend advies

7.1. De commissie:

- (i) beslist dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van Hylo-Comod® oogdruppels aan verzoekster zal vergoeden vanaf 1 januari 2018, zonder einddatum en zonder toepassing van een machtigingseis, voor zover het gaat om hulp, te verlenen door een gecontracteerde zorgaanbieder;
- (ii) beslist dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster terzake van Hylo-Comod® oogdruppels niet eerder dan met ingang van 1 april 2023 zal onderwerpen aan een machtigingseis, voor zover het gaat om hulp, te verlenen door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder;
- (iii) beslist dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- zal vergoeden;
- (iv) wijst af hetgeen meer of anders is gevorderd.

Zeist, 12 augustus 2020,



G.R.J. de Groot

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Artikel 1 Over het reglement

1.1 Waarom een reglement?

Het Reglement Hulpmiddelen is een uitwerking van het artikel Hulpmiddelen uit uw verzekeringsovereenkomst. Bij de basisverzekering horen polisvoorwaarden. Daarin staat waarop u recht heeft, maar niet altijd tot in detail. Soms zijn uw rechten zo omvangrijk, dat het ondoenlijk is om deze in de polisvoorwaarden zelf op te nemen. In de voorwaarden wordt dan verwezen naar een reglement. Zo ook bij hulpmiddelen.

De overheid heeft bepaald welke hulpmiddelen in aanmerking komen voor vergoeding. Elk hulpmiddel heeft zijn eigen specifieke details. Deze leest u in dit reglement.

1.2 Hoe is het reglement tot stand gekomen?

U heeft recht op de hulpmiddelen die in de verzekeringsovereenkomst zijn opgenomen.

Welke hulpmiddelen dat zijn, vindt u in:

- De Zorgverzekeringswet, zoals gepubliceerd in het Staatsblad 2005, 358, inclusief latere wijzigingen (hierna te noemen 'de zorgverzekeringswet');
- het Besluit zorgverzekering, zoals gepubliceerd in het Staatsblad 2005, 389, inclusief latere wijzigingen (hierna te noemen 'het besluit');
- de Regeling zorgverzekering, zoals gepubliceerd in de Staatscourant 2005, 171, inclusief latere wijzigingen (hierna te noemen 'de regeling');
- de toelichtingen op deze wet-en regelgeving;
- interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten').

Samen vormen de wet, het besluit en de regeling het wettelijk kader waarop dit reglement gebaseerd is. De inhoud van het besluit en de regeling is dus van toepassing op dit reglement. In de regeling staan bijvoorbeeld de indicatiecriteria waaraan u moet voldoen om aanspraak te kunnen maken op het hulpmiddel. De meest recente versie van het besluit en de regeling vindt u op www.wetten.overheid.nl.

Als er verschil bestaat tussen dit Reglement en een of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor. Het besluit laat het aan de zorgverzekeraar over om nadere voorwaarden vast te stellen voor de toegang tot de hulpmiddelen. Bijvoorbeeld wie de voorschrijver moet zijn, wat de verbruiksnormen zijn en of er toestemming vooraf noodzakelijk is. Wij hebben deze nadere voorwaarden vastgesteld in dit reglement.

1.3 Van toepassing op de volgende Zorgverzekeraars

Het Reglement Hulpmiddelen is voor u van toepassing, als u een zorgovereenkomst heeft bij:

- Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht): Basis Zeker, Basis Exclusief, Basis Budget, ZieZo Basis en ZieZo Selectief;
- Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), onder de naam Pro Life: Principe Polis, Principe Polis Budget en Principe Polis Restitutie;
- Zilveren Kruis Zorgverzekering N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), onder de naam OZF: Zorgpolis;
- Interpolis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht): Interpolis ZorgActief en Interpolis ZorgCompact;
- Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht): ZorgPlan Restitutie, ZorgPlan Natura en ZorgPlan Selectief;
- Volmacht van Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), die onder naam en voor rekening van Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), basisverzekeringen uitvoert. Dat is: One Underwriting Health B.V. (statutair gevestigd te Eindhoven);
- Volmacht van Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Zeist), handelend onder de handelsnaam Avéro Achmea, die onder naam en voor rekening van Avéro Achmea aanvullende verzekeringen uitvoert. Dat is: One Underwriting Health B.V. (statutair gevestigd te Eindhoven);
- FBTO Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Leeuwarden): FBTO Zorg basisverzekering naturapolis en FBTO Zorg basisverzekering restitutiepolis;
- Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Zeist).

Hierna te noemen: uw Zorgverzekeraars

Artikel 2 Over hulpmiddelen

2.1 Het gebruik van hulpmiddelen

Voor het gebruik van hulpmiddelen geldt een aantal voorwaarden. Ten eerste stelt de (gecontracteerde) leverancier samen met u vast, welk hulpmiddel voor u het best passend is, wat het verbruik is en wat de gebruikstermijn is. Om in aanmerking te komen voor een hulpmiddel bent u verplicht om alle noodzakelijke gegevens aan de leverancier te verstrekken. Uit privacy-overwegingen kunt u ervoor kiezen de gegevens aan ons in plaats van aan de leverancier te verstrekken. Ook geldt voor een aantal hulpmiddelen dat de leverancier alleen bij u thuis kan beoordelen of het hulpmiddel voor u het best passend en noodzakelijk is. U bent verplicht hier aan mee te werken. U moet de adviezen van de leverancier in acht nemen. Ook heeft u een eigen verantwoordelijkheid in het gebruik van de hulpmiddelen. Aanschaf van hetzelfde hulpmiddel bij verschillende leveranciers tijdens de gebruikperiode is niet toegestaan, tenzij dit vooraf gemotiveerd bij ons is aangevraagd.

Wordt uw aanvraag afgewezen door de leverancier, gaat u dan eerst in gesprek met deze leverancier. Komt u er samen niet uit, dan kunt u een klacht indienen bij uw Zorgverzekeraar. Hoe u dit kunt doen, kunt u vinden de website van uw Zorgverzekeraar.

Oordelen wij dat hulpmiddelen waarvoor geen voorafgaande toestemming nodig is, ondoelmatig worden gebruikt? Dan kunnen wij bepalen dat u bij toekomstig gebruik alsnog toestemming vooraf nodig heeft. Of wij kunnen een minimale gebruiksstermijn vaststellen.

Als er sprake is van een gebruiksstermijn dan kunt u pas wisselen van leverancier als de termijn verstreken is. Dit geldt niet als het contract tussen ons en de leverancier afloopt of wordt beëindigd. Voor verbruiksartikelen geldt dat u eerst uw voorraad opmaakt voordat u naar een andere leverancier gaat. U kunt per kwartaal uitsluitend bij één leverancier bestellen. Indien u wisselt van leverancier heeft u altijd een nieuw voorschrift nodig.

2.2 Functiegerichte omschrijving

De meeste hulpmiddelen zijn in de regeling functiegericht omschreven. Dit betekent dat het indicatiegebied, de inhoud en de omvang van de zorg algemeen zijn beschreven. Wie de zorg verleent en waar die wordt verleend, bepalen wij in beginsel. De leverancier bepaalt, op basis van de aanvraag van de voorschrijver, het best passende hulpmiddel afgestemd op uw zorg en behoefte. Uitgangspunt bij het verstrekken van een hulpmiddel is dat deze adequaat en doelmatig moet zijn. Om voor vergoeding in aanmerking te komen, moet het hulpmiddel voldoen aan het criterium 'stand van wetenschap en praktijk'. Dit houdt in dat het hulpmiddel op basis van objectief en wetenschappelijk onderzoek aantoonbaar en bewezen effectief en doelmatig moet zijn. Er geldt een uitzondering voor voorwaardelijk toegelaten zorg.

Wilt u een hulpmiddel dat volgens u hoort bij de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen, maar staat dit hulpmiddel niet in dit reglement? Neem dan contact op met uw leverancier. Heeft u nog geen leverancier? Neemt u dan contact met ons op.

Let op! Er zijn ook groepen hulpmiddelen die niet functiegericht zijn omschreven. Voor deze groepen geldt dat het 'overzicht hulpmiddelen' wel limitatief is. Als het gaat om een functiegerichte omschrijving, dan staat dit duidelijk bij de groep hulpmiddelen aangegeven.

2.3 Functionerende hulpmiddelen

De regeling geeft aan dat u recht heeft op een te allen tijde adequaat functionerend hulpmiddel. Een functionerend hulpmiddel is een hulpmiddel dat bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf horen ook een gebruikersinstructie, batterijen of oplaadapparatuur en toebehoren die noodzakelijk zijn voor het functioneren.

Om van een functionerend hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken, kan het nodig zijn om het hulpmiddel te repareren, te vervangen of aan te passen.

Reservehulpmiddel

Ook kan een reservehulpmiddel worden vergoed of verstrekt, als dat redelijkerwijs noodzakelijk is. Om in aanmerking te komen voor een reservehulpmiddel, bent u verplicht om daarbij alle noodzakelijke gegevens aan te geven om het verzoek te kunnen beoordelen. Dit doet u bij de gecontracteerde leverancier of bij ons als het om een niet-gecontracteerde leverancier gaat. Onder noodzakelijke gegevens vallen in ieder geval het voorschrift van de voorschrijver en de medische onderbouwing.

Ander hulpmiddel dan waarop u medisch gezien bent aangewezen?

Schaft u een ander hulpmiddel aan dan waarop u medisch gezien bent aangewezen dan vergoeden wij dit niet, dus ook niet voor een deel. Voor hoortoestellen betekent dit bijvoorbeeld dat wij het toestel niet vergoeden wanneer u kiest voor een toestel uit een andere categorie (waaronder een buitencategorie toestel) dan waarop u medisch gezien bent aangewezen en dat is vastgesteld aan de hand van het landelijke Hoorzorgprotocol.

Let op! Wij vergoeden in dit geval ook niet het bedrag voor het toestel uit de juiste categorie. U kunt dus niet bijbetalen voor een toestel uit een andere categorie dan waarvoor u bent geïndiceerd.

2.4 Algemeen gebruikelijke hulpmiddelen

Algemeen gebruikelijke hulpmiddelen zijn uitgesloten van de te verzekeren prestaties. Algemeen gebruikelijke hulpmiddelen zijn hulpmiddelen zoals een laptop, computer, tablet of mobiele telefoon.

2.5 Gecontracteerde hulpmiddelenleveranciers

Voor hulpmiddelen hebben wij contracten afgesloten met verschillende leveranciers. Met deze leveranciers hebben wij afspraken gemaakt over de kwaliteit van de hulpmiddelenzorg die zij voor u moeten leveren. Daarnaast hebben wij in het contract afspraken gemaakt met de leveranciers over service, instructie, garantie, onderhoud en het aanpassen van het hulpmiddel.

Als u kiest voor een gecontracteerde leverancier dan krijgt u geen nota. De leverancier declareert namens u de nota direct bij ons. Voor de meeste hulpmiddelen hoeft u, behalve het eigen risico, niets zelf te betalen. Maar voor een aantal hulpmiddelen (zie 'overzicht hulpmiddelen en nadere voorwaarden' in artikel 4) geldt een wettelijke maximale vergoeding of een wettelijke eigen bijdrage die u moet betalen.

Op de website van uw Zorgverzekeraar vindt u een overzicht van de leveranciers waarmee wij afspraken hebben gemaakt. U kunt ook bellen of mailen met de klantenservice. Of vraag het aan uw hulpmiddelenleverancier.

2.6 Niet-gecontracteerde hulpmiddelenleveranciers

Kiest u voor een niet-gecontracteerde leverancier? Dan moet u altijd vooraf toestemming vragen aan ons. Dit geldt ook voor verzekerden met ZieZo Basis, ZieZo Selectief of Interpolis ZorgCompact als zij kiezen voor niet speciaal voor deze polis gecontracteerde leveranciers. Het hulpmiddel moet in ieder geval zijn voorgeschreven door degene die voor het specifieke hulpmiddel als voorschrijver is genoemd in artikel 4.

Daarnaast moet de aanvraag voorzien zijn van:

- het artikelnummer van de Z-index of de GPH-code. De leverancier kan u deze gegevens geven;
- een opgave van de periode dat u verwacht het hulpmiddel nodig te hebben;
- een offerte of prijsopgave van de kosten van het te leveren hulpmiddel, als dat voor het betreffende hulpmiddel in het Reglement staat.

Het kan zijn dat wij verdere aanvullende informatie nodig hebben voor de beoordeling van de aanvraag. Deze zullen we dan bij u opvragen.

Indien u toestemming van ons heeft gekregen, geldt het volgende ten aanzien van de hoogte van de vergoeding:

- 1 Voor de polissen Basis Exclusief (Zilveren Kruis), Principe Polis Restitutie (Pro Life), ZorgPlan Restitutie (Avéro) en de FBTO Zorg basisverzekering restitutiepolis geldt dat wij de kosten van de hulpmiddelen vergoeden tot maximaal het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum)tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan krijgt u de kosten vergoed tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.
- 2 Voor de polissen Basis Zeker (Zilveren Kruis), Principe Polis (Pro Life), Principe Polis Budget (Pro Life), Zorgpolis (OZF), Interpolis ZorgActief, Basis Budget (Zilveren Kruis), ZorgPlan Natura (Avéro), ZorgPlan Selectief (Avéro), ZieZo Basis (Zilveren Kruis), ZieZo Selectief (Zilveren Kruis) en FBTO Zorg basisverzekering naturapolis geldt dat u recht heeft op een vergoeding van maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde leveranciers).
- 3 Voor Interpolis ZorgActief geldt dat u recht heeft op een vergoeding van maximaal 70% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde leveranciers).

Let op! Heeft u ZieZo Basis, ZieZo Selectief of Interpolis ZorgCompact? En wilt u in aanmerking komen voor volledige vergoeding? Dan moet u voor bepaalde hulpmiddelen gebruikmaken van een leverancier die wij speciaal voor ZieZo Basis, ZieZo Selectief en Interpolis ZorgCompact gecontracteerd hebben. Als u voor deze hulpmiddelen naar een andere leverancier gaat, terwijl een voor ZieZo Basis, ZieZo Selectief en Interpolis ZorgCompact gecontracteerde leverancier deze hulpmiddelen ook kan leveren, dan heeft u recht op een vergoeding van maximaal 75% (70% bij Interpolis ZorgCompact) van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde leveranciers). Wanneer deze speciaal voor ZieZo Basis, ZieZo Selectief en Interpolis ZorgCompact gecontracteerde leveranciers dit hulpmiddel niet kunnen leveren, dan heeft u toch recht op een volledige vergoeding. Voor de meeste hulpmiddelen hoeft u, behalve het eigen risico, niets zelf te betalen. Maar voor een aantal hulpmiddelen (zie 'overzicht hulpmiddelen en nadere voorwaarden' in artikel 4) geldt een wettelijke maximale vergoeding of een wettelijke eigen bijdrage. Voor deze hulpmiddelen krijgt u voor uw eigen deel wel een nota.

Wilt u weten met welke leveranciers wij (speciaal voor ZieZo Basis, ZieZo Selectief en Interpolis ZorgCompact) een contract hebben? Kijk dan op de website van uw Zorgverzekeraar. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde leveranciers vindt u ook op deze website of kunt u bij uw Zorgverzekeraar opvragen.

U zult de nota eerst zelf moeten betalen aan de leverancier, tenzij er een betalingsovereenkomst is gesloten met de niet-gecontracteerde leverancier. Vervolgens dient u de originele nota bij ons in. Op de nota moeten de volgende gegevens staan: naam, adres en woonplaats van de leverancier, het nummer van de Kamer van Koophandel en het btw-nummer. Handgeschreven nota's nemen wij niet in behandeling.

Indien u vooraf geen toestemming heeft gekregen van ons kunt u geen aanspraak maken op vergoeding.

2.7 Bijzondere bepalingen bij levering via een niet-gecontracteerde leverancier

Gaat u naar een niet-gecontracteerde leverancier? Of naar een leverancier die niet speciaal is gecontracteerd voor ZieZo Basis, ZieZo Selectief of Interpolis ZorgCompact? Dan gelden nog steeds de nadere voorwaarden zoals die per hulpmiddel zijn beschreven in de regeling en dit reglement. In afwijking daarvan gelden de volgende specifieke voorwaarden.

- a Bij de aanschaf van een hulpmiddel gaat het altijd om een nieuw aan te schaffen hulpmiddel. Gebruikte of tweedehands hulpmiddelen vergoeden wij niet.
- b De hulpmiddelen moeten een CE-markering hebben. Behalve als het gaat om hulpmiddelen die, op voorschrift van een arts, op maat zijn gemaakt voor een met naam genoemde patiënt.
- c Bloedglucosemeters die nieuw verstrekt worden, moeten voldoen aan ISO 19157: 2013 én door TuV Rheinland goedgekeurd zijn.
- d Mammaprothesen, pro- en orthesen, orthopedische schoenen en therapeutische elastische kousen vergoeden wij alleen, als de niet door ons gecontracteerde leverancier gecertificeerd is door de Stichting Erkenningsregeling Medisch Hulpmiddelenbedrijf (SEMH) op basis van de erkenningsregelingen voor:
 - Orthopedische Schoentechnische Bedrijven (OSB)
 - Orthopedische Instrumentenmakerijen (OIM)
 - Leveranciers van Therapeutisch elastische kousen (TEK)
- e Voor pruiken geldt dat de niet door ons gecontracteerde leverancier gecertificeerd is door de SEMH (op basis van de erkenningsregeling voor Leveranciers van Haarwerken (LVH)) of de sectie haarwerken van de Koninklijke Algemene Nederlandse Kappersorganisatie (ANKO).
- f Bij bijzondere optische hulpmiddelen moet de niet door ons gecontracteerde leverancier aangesloten zijn bij de NUVO-sectie Low Vision (de NUVO is de Nederlandse Unie van Optiekbedrijven).
- g Bij lenzen op medische indicatie moet de leverancier lid zijn van de ANVC. (Algemene Nederlandse Vereniging van Contactlensspecialisten).
- h Bij hoortoestellen en tinnitusmaskeerders moet de niet door ons gecontracteerde leverancier gecertificeerd zijn door de Stichting Audicienregister (StAr) of SEMH -AUD, moet deze werken met het Protocol Hoorzorg en de daarbij behorende categorie-indeling, en moet de audicien in het bezit zijn van een StAr registratie.

- i Moet uw hulpmiddel worden vervangen of gerepareerd? Dan moet u altijd vooraf toestemming aan ons vragen. Daarbij moet u gemotiveerd aangeven waarom het huidige hulpmiddel niet meer adequaat is of niet meer functioneert. Gaat het om vervanging van hulpmiddelen voor eenmalig gebruik, waarbij u voor een vervolglevering geen nieuwe aanvraag nodig heeft? Dan heeft u daarvoor geen toestemming van ons nodig.

2.8 Hulpmiddel in eigendom of bruikleen?

Wij hebben bepaald, welke hulpmiddelen in bruikleen verstrekt of in eigendom geleverd worden. Dit doen wij om te voorkomen dat de zorgkosten onnodig stijgen. Welke hulpmiddelen in bruikleen verstrekt of in eigendom geleverd worden, vindt u in het overzicht hulpmiddelen (artikel 4).

2.9 Zorgplicht

U bent verplicht om het hulpmiddel dat u gekregen heeft, goed te verzorgen. Het maakt daarbij niet uit of het gaat om een hulpmiddel dat aan u in eigendom is geleverd of dat in bruikleen is verstrekt. Verliest u het hulpmiddel, wordt het gestolen of raakt het beschadigd? En is het verlies, de diefstal of de beschadiging van het hulpmiddel te wijten aan uw toerekenbare onachtzaamheid? Dan worden de kosten om het hulpmiddel te vervangen, te wijzigen of te repareren, bij u in rekening gebracht. Daarnaast zijn bij toerekenbare onachtzaamheid de kosten voor uw rekening, als een hulpmiddel is vastgelopen en de software of hardware hiervan opnieuw moet worden geïnstalleerd.

2.10 Hulpmiddel in eigendom

Heeft u een hulpmiddel nodig dat wij in eigendom leveren? Dan kan dit hulpmiddel geleverd worden door een leverancier waarmee wij een contract hebben of door een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Levert een gecontracteerde leverancier het hulpmiddel, dan betaalt u wel het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico en de eventuele wettelijke eigen bijdrage. Kiest u ervoor om een hulpmiddel dat in eigendom wordt verstrekt, aan te schaffen bij een niet-gecontracteerde leverancier? Dan heeft u recht op de vergoeding zoals genoemd in artikel 2.6. Daarnaast moet u rekening houden met eventuele aftrek van het eigen risico en/of wettelijke eigen bijdrage. Ook komen reparaties/aanpassingen aan het in eigendom verstrekte hulpmiddel ten laste van het eigen risico.

2.11 Eigen risico

Op hulpmiddelen die in eigendom worden geleverd is het eigen risico van toepassing. Het eigen risico is onder andere van toepassing op:

- a verbruiksartikelen (bijvoorbeeld elektroden, elektrodenpasta bij een elektrostimulator of teststrips bij zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden) die gerelateerd zijn aan het hulpmiddel dat in bruikleen wordt verstrekt;
- b gebruikskosten (zoals stroomkosten en de gebruikskosten van een ADL-, signaal- of blindengeleidehond).

2.12 Dagtarief en eigen risico

Voor het verstrekken van een aantal hulpmiddelen, zoals incontinentiemateriaal en zuurstof, ontvangen apothekers en leveranciers een vergoeding op basis van een dagtarief. De apotheker of leverancier declareert dit dagtarief achteraf maandelijks bij ons. De vergoeding betalen wij vervolgens rechtstreeks aan de apotheker of leverancier. De vergoeding valt onder uw verplicht eigen risico. Indien het nodig is, sturen wij u achteraf een nota.

Als u op 1 december van het huidige jaar verbruiksartikelen geleverd heeft gekregen voor de duur van twee maanden, dan betekent dit dat een deel van de vergoeding valt onder het eigen risico van dit jaar en een deel in het volgende jaar. Houdt u er daarom rekening mee dat het moment waarop het eigen risico wordt ingehouden kan verschillen met het moment waarop u de hulpmiddelen heeft ontvangen.

2.13 Hulpmiddel in bruikleen

Heeft u een hulpmiddel nodig dat wij in bruikleen verstrekken? En levert een door ons gecontracteerde leverancier het hulpmiddel? Dan krijgt u geen nota en hoeft u niets zelf te betalen.

Kiest u ervoor om een hulpmiddel in bruikleen te ontvangen van een niet-gecontracteerde leverancier? Dan krijgt u een maximaal bedrag per hulpmiddel vergoed. Het betreffende hulpmiddel krijgt u in dit geval in eigendom. U heeft, op basis van de vergoeding van de gemiddelde (huur)kosten voor een vergelijkbaar hulpmiddel dat wij aan een gecontracteerde leverancier betalen, recht op een (lagere) vergoeding zoals genoemd in artikel 2.6. De vergoeding van de gemiddelde huurkosten verschilt per hulpmiddel en hangt af van het soort afspraken dat wij met de gecontracteerde leveranciers hebben gemaakt.

2.14 Een hulpmiddel in bruikleen retourneren

U bent verplicht het aan u in bruikleen verstrekte hulpmiddel na afloop van het gebruik te retourneren. U moet hiervoor direct contact opnemen met de leverancier van het hulpmiddel of met ons. Wordt het hulpmiddel niet binnen 3 maanden geretourneerd? Dan leidt dit tot een terugvordering die gebaseerd is op de restwaarde van het hulpmiddel. Als u overgaat naar een andere zorgverzekeraar, nemen wij contact op met de nieuwe zorgverzekeraar. De nieuwe zorgverzekeraar beslist dan of het hulpmiddel wordt overgenomen.

Artikel 3 Begripsbepalingen

Aanvraag

Een aanvraag is een, door of namens de verzekerde, schriftelijk of digitaal verzoek om een hulpmiddel te krijgen. Bij de aanvraag moet de daartoe in artikel 4 genoemde voorschrijver een terzake doende medische motivatie voor het (functiegericht omschreven) hulpmiddel bijleveren, die toetsbaar is aan de Regeling zorgverzekering en aan het Reglement Hulpmiddelen.

3.3 Als u uw afspraken niet nakomt of voorgeschreven middelen niet afhaalt

U heeft geen recht op zorg, als u:

- zorgafspraken niet nakomt;
- hulpmiddelen, geneesmiddelen en dieetpreparaten niet afhaalt.

Hierbij maakt het niet uit wie het leveringsverzoek bij de zorgverlener of zorginstelling heeft ingediend: u of de voorschrijver.

3.4 Laboratoriumonderzoek aangevraagd door alternatief arts

U heeft recht op laboratorium- en/of röntgenonderzoek, als dit onderzoek is aangevraagd door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, verloskundige, optometrist of medisch specialist.

U heeft geen recht op laboratorium- en/of röntgenonderzoek, als dit onderzoek is aangevraagd door een zorgverlener die op dat moment in de rol van alternatief of complementair arts werkt.

3.5 Kosten van zorg die uzelf of een familielid uitvoert

U mag niet uzelf zorg verlenen of doorverwijzen en de kosten daarvan declareren op uw eigen verzekering. U heeft geen recht op deze zorg. Wilt u dat uw partner, een gezinslid en/of een familielid in de eerste of tweede graad u zorg verleent? En wilt u dit declareren? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Wij doen dit alleen in uitzonderlijke gevallen. Er is sprake van een uitzonderlijk geval als u kunt aantonen dat het noodzakelijk is dat de zorg uitgevoerd moet worden door een familielid en niet door een andere zorgverlener kan worden uitgevoerd.

Let op! Deze voorwaarde geldt niet voor zorg welke via een Zvw-pgb wordt verstrekt.

3.6 Zorg die voortvloeit uit terrorisme

3.6.1 Is de behoefte aan zorg het gevolg van één of meer terroristische handelingen? Dan kan het zijn dat u recht heeft op een deel van deze zorg. Dit gebeurt als heel veel verzekerden een beroep doen op hun zorgverzekering als gevolg van één of meer terroristische handelingen. Elke verzekerde krijgt dan slechts een percentage vergoed. Dus: is de totale schade (ontstaan door terroristische handelingen) die in een kalenderjaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarvoor de Wet op het financieel toezicht (Wft) geldt, naar verwachting hoger dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar? Dan heeft u alleen recht op zorg tot een percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. Dit percentage is voor alle verzekeringen gelijk en wordt bepaald door de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismedschaden N.V. (NHT).

3.6.2 De exacte definities en bepalingen bij de hiervoor genoemde aanspraak staan in het clauseblad terrorismedekking van de NHT. Deze clause en het bijbehorende Protocol afwikkeling claims maken deel uit van deze polis. U kunt het protocol vinden op www.terrorismeverzekerd.nl. Het clauseblad kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

3.6.3 Het is mogelijk dat wij na een terroristische handeling een aanvullende betaling ontvangen. Deze mogelijkheid bestaat op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet. U heeft dan recht op een aanvullende vergoeding zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet.

3.7 U heeft geen recht op vormen van zorg of overige diensten die op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 of mogelijke andere wettelijke voorschriften voor vergoeding in aanmerking komen. Als u en wij hierover van mening verschillen, behouden wij ons het recht voor om met alle betrokken partijen (CIZ, gemeente, mantelzorger, u en wij) in gesprek te gaan, om te bepalen uit welke wet of voorziening recht op zorg bestaat. Als uit het overleg volgt dat het recht op zorg aangewezen is op grond van een andere wet of voorziening dan de zorgverzekeringswet, dan heeft u geen recht op deze zorg op basis van uw basisverzekering.

4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

4.1 Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. Wij vergoeden het deel van deze zorg dat niet onder de eigen bijdragen (inclusief het eigen risico) valt. Hoe hoog uw vergoeding is, hangt onder andere af van de zorgverlener, zorginstelling of leverancier die u kiest. U kunt kiezen uit:

- zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers die een contract met ons hebben afgesloten (gecontracteerde zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers. Hierna te noemen gecontracteerde zorgverleners);
- zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers met wie wij geen contract hebben (niet-gecontracteerde zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers. Hierna te noemen niet-gecontracteerde zorgverleners).

4.2 Gecontracteerde zorgverleners

Heeft u zorg nodig die valt onder de basisverzekering? Dan kunt u elke zorgverlener in Nederland kiezen die een contract heeft met ons. Deze zorgverlener declareert de kosten rechtstreeks bij ons.

Als wij een contract hebben gesloten met een ziekenhuis of een zbc, dan hoeft dat niet altijd te betekenen, dat wij dat hebben gedaan voor alle zorg en/of alle behandelingen die het ziekenhuis of de zbc verleent. Het kan ook betekenen dat wij een ziekenhuis of een zbc alleen hebben gecontracteerd voor een bepaalde behandeling of een aantal behandelingen.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Of voor welke zorg en/of behandelingen wij ziekenhuizen of zbc's hebben gecontracteerd? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Omzetplafonds

- 1 Wij spreken omzetplafonds af met gecontracteerde zorgverleners.
Dit houdt in dat zorgverleners in een kalenderjaar slechts een vooraf vastgesteld maximumbedrag voor de door hen te leveren zorg krijgen uitbetaald. De reden dat wij dit doen is om de zorgkosten te beperken. Dit is noodzakelijk om een grote stijging van de zorgpremies te voorkomen.
- 2 Wij doen er alles aan om de gevolgen van omzetplafonds voor u te beperken. Toch kunt u gevolgen ondervinden van omzetplafonds. Zo kan het zijn dat een zorgverlener pas een afspraak met u maakt in het nieuwe kalenderjaar. Ook kan het voorkomen dat wij u verzoeken om, wanneer u toch nog hetzelfde kalenderjaar geholpen wilt worden, naar een andere gecontracteerde zorgverlener te gaan. U kunt met een dergelijk verzoek van ons instemmen, of u kunt wachten tot het nieuwe jaar.
- 3 Via de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker kunt u terugvinden met welke zorgverleners wij een omzetplafond hebben afgesproken.
- 4 Wij behouden ons het recht voor om gedurende het kalenderjaar zorgverleners (tijdelijk) van de lijst met gecontracteerde zorgverleners van de Zorgzoeker te verwijderen op het moment dat hun omzetplafond bereikt is. Dit betekent dat een aantal gecontracteerde zorgverleners per 1 januari 2019, in de loop van het jaar van de lijst met gecontracteerde zorgverleners wordt geschrapt, zodat u (bijvoorbeeld) op 1 december 2019 misschien een beperkter keuzeaanbod heeft als op 1 januari 2019. Houdt u hier rekening mee.



Let op! Heeft u een restitutiepolis? Dan hebben omzetplafonds geen gevolgen voor uw recht op vergoeding. Wel kan het bijvoorbeeld zo zijn dat u nota's in het vervolg zelf moet indienen.

4.3 Niet-gecontracteerde zorgverleners

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan dit gevolgen hebben voor de hoogte van uw vergoeding. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van uw basisverzekering. Hieronder geven wij per (soort) basisverzekering aan welke tarieven er gelden bij niet-gecontracteerde zorgverleners.

Let op! dit artikel geldt niet voor een eventueel door u afgesloten aanvullende verzekering. In artikel 2.1 van het hoofdstuk 'Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen' leest u wat er voor de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg in de aanvullende verzekering geldt.

4.3.1 Naturapolis (Basis Zeker)

Heeft u een naturapolis en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan heeft u recht op een vergoeding van maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). Voor de berekening van het gemiddeld gecontracteerd tarief wordt uitgegaan van het gemiddelde van alle contracten of van het basistarief of standaardtarief voor de reguliere prestaties uit de Zorgverzekeringswet. Omdat er geen zicht is op de kwaliteit van de geleverde zorg door niet gecontracteerde zorgaanbieders, wordt er aan de opslagen (toeslagen) voor kwaliteit geen waarde gehecht.

Hebben wij onvoldoende zorg ingekocht en/of kan een gecontracteerde zorgverlener de zorg niet op tijd leveren? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het Wmg-tarief? Dan vindt u een lijst met de hoogte van deze maximale vergoedingen op onze website. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Is er sprake van een maximale vergoeding op basis van het in Nederland geldende marktconforme bedrag? Dan kunt u een indicatie van dit bedrag bij ons opvragen.

4.3.2 Naturapolis met selectieve contractering (Basis Budget)

Naast de in artikel 4.2 genoemde beperking bij zorg en/of behandelingen die wij niet in elk ziekenhuis of zbc hebben gecontracteerd, geldt dat u met een Basis Budget voor medisch specialistische zorg (artikel 26, 27 lid 1, 28, 31, 33 lid 1 en 2) bij een beperkt aantal gecontracteerde ziekenhuizen in Nederland terecht kunt. Dit noemen wij selectieve contractering. De voor de Basis Budget gecontracteerde ziekenhuizen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. Gaat u naar een ziekenhuis dat niet gecontracteerd is voor de Basis Budget? Dan krijgt u een lagere vergoeding. Deze vergoeding is net als bij een gewone naturapolis maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Uitzondering hierop vormt de operatie voor prostaatkanker. Hiervoor geldt de selectieve contractering niet. U kunt terecht in alle ziekenhuizen die wij voor prostaatkankeroperaties gecontracteerd hebben.

4.3.3 Voor deze zorg kunt u ook bij niet gecontracteerde ziekenhuizen terecht

Voor een aantal behandelingen geldt de toepassing van de lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen uit de artikelen 4.3.1 en 4.3.2 niet. Het gaat om:

- a spoedeisende zorg;
- b verloskunde;
- c kaakchirurgie;
- d behandelingen waarvoor u door uw behandeld specialist naar een andere zorginstelling bent verwezen (tertiaire verwijzing);
- e zorg conform de Wet bijzondere medische verrichtingen;
- f vervolgbehandelingen op de behandelingen uit a t/m e, indien deze deel uitmaken van dezelfde zorgvraag.

Voor deze zorg kunt terecht bij alle ziekenhuizen in Nederland. De vergoeding van deze zorg wordt begrensd door het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Dit artikel is, met uitzondering van spoedeisende zorg, niet van toepassing op behandelingen in het buitenland. Zie hiervoor artikel 15.

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het Wmg-tarief? Dan vindt u een lijst met de hoogte van deze maximale vergoedingen op onze website. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Is er sprake van een maximale vergoeding op basis van het in Nederland geldende marktconforme bedrag? Dan kunt u een indicatie van dit bedrag bij ons opvragen.

Let op! Start u na deze behandelingen een nieuwe behandeling die wel planbaar is? Controleer dan eerst met welk ziekenhuis Zilveren Kruis afspraken heeft gemaakt. U doet dit eenvoudig via de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Zo voorkomt u dat u de rekening eerst zelf of een deel van de rekening moet betalen.

4.3.4 Restitutiepolis (Basis Exclusief)

Heeft u een restitutiepolis en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit artikel is, met uitzondering van spoedeisende zorg, niet van toepassing op behandelingen in het buitenland. Zie hiervoor artikel 15.

Een lijst met de indicatieve hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u bij ons opvragen.



4.4 Soms moet u iets terugbetalen

Het komt soms voor dat wij aan de zorgverlener of zorginstelling meer betalen dan waarop u volgens de verzekeringsovereenkomst recht heeft. Dit gebeurt bijvoorbeeld als u zelf een deel van het bedrag moet betalen vanwege een eigen bijdrage of eigen risico. U (verzekeringnemer) moet dan geld aan ons terugbetalen. Dit innen wij via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.

4.5 Als u zorgbemiddeling nodig heeft

U heeft recht op zorgbemiddeling. Dit betekent dat u bijvoorbeeld informatie krijgt over behandelingen, over wachttijden en over kwaliteitsverschillen tussen zorgverleners of zorginstellingen. Op basis van die informatie:

- kunt u zelf uw keuze maken, of
- bemiddelen wij voor u met de zorgverlener of zorginstelling over de wachtlijsten. En regelen wij voor u een afspraak. Dit noemen wij wachtlijstbemiddeling.

Ook als u een nieuwe zorgverlener of zorginstelling zoekt, bijvoorbeeld omdat u verhuisd bent, heeft u recht op zorgbemiddeling. Wij helpen u dan om deze zorgverlener of zorginstelling te vinden. Wilt u zorgbemiddeling en/of wachtlijstbemiddeling? Neem dan contact met ons op.

5 Wat zijn uw verplichtingen?

5.1 Hieronder leest u aan welke verplichtingen u moet voldoen. Schaadt u onze belangen door deze verplichtingen niet na te komen? Dan heeft u geen recht op zorg.

5.2 Algemene verplichtingen

U heeft recht op zorg als u aan de volgende verplichtingen voldoet:

- a U gaat voor zorg naar een ziekenhuis of polikliniek? Dan moet u zich legitimeren met één van de volgende geldige documenten:
 - rijbewijs;
 - paspoort;
 - Nederlandse identiteitskaart;
 - vreemdelingendocument.
- b Wil onze medisch adviseur weten waarom u bent opgenomen? Dan moet u aan uw behandelend arts of medisch specialist vragen om dit door te geven aan onze medisch adviseur.
- c U moet alle informatie geven die wij nodig hebben en medewerking verlenen aan het verkrijgen van deze informatie. Dit is voor onze medisch adviseurs of voor mensen die met controle of onderzoek belast zijn. Uiteraard houden wij hierbij rekening met de privacyregelgeving.
- d U moet meewerken, als wij kosten willen verhalen op een aansprakelijke derde.
- e U bent verplicht om (mogelijke) onregelmatigheden of fraude door zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties) bij ons te melden.
- f U bent verplicht een verwijzing of verklaring te overleggen in de gevallen waarin deze noodzakelijk is. De verwijzing of verklaring is alleen geldig indien u zich binnen een jaar na afgifte heeft gemeld bij de zorgverlener naar wie u bent doorverwezen. Zolang u met dezelfde zorgvraag bij dezelfde zorgverlener onder behandeling blijft, hoeft u geen nieuwe verwijzing of verklaring te overleggen.
- g U bent verplicht ons vooraf om toestemming te vragen in de gevallen waarin dit noodzakelijk is. Na een positieve medische beoordeling geven wij onze toestemming in de vorm van een machtiging. Heeft u een geldige machtiging en stapt u over naar een andere zorgverzekeraar? Dan neemt uw nieuwe zorgverzekeraar de machtiging over en vergoedt de behandeling volgens de daar geldende verzekeringsvoorwaarden.

5.3 Verplichtingen als u gedetineerd bent

- a Bent u gedetineerd? Meld ons binnen 30 dagen nadat u bent opgepakt, wanneer deze detentie is ingegaan (ingangsdatum) en hoe lang deze duurt.
- b Bent u in vrijheid gesteld? Meld ons dan binnen 2 maanden daarna, op welke datum u bent vrijgelaten.

5.4 Verplichtingen als u zelf nota's declareert

Ontvangt u zelf nota's van een zorgverlener, zorginstelling of leverancier? Stuur ons dan de originele en duidelijk gespecificeerde nota's (bewaart u een kopie voor uw eigen administratie). U kunt de originele nota's ook scannen en digitaal bij ons aanleveren. Wij accepteren geen kopienota's, herinneringen, pro-formanota's, begrotingen, kostenramingen en dergelijke. Wij vergoeden alleen wanneer wij een originele en duidelijk gespecificeerde nota voorzien van de behandelcode hebben ontvangen. De behandelcodes worden opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Declareert u (verzekeringnemer) de nota's digitaal? Dan bent u (verzekeringnemer) verplicht de originele nota's te bewaren tot 1 jaar nadat wij deze hebben ontvangen. Het kan zijn dat wij deze originele nota's bij u opvragen.

De zorgverlener die u behandelt, moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Is de zorgverlener een rechtspersoon (zoals een stichting, maatschap of bv)? Dan moet op de nota specifiek staan wie (bijvoorbeeld welke arts of specialist) u heeft behandeld. U kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen.

5.5 Verplichting: binnen een bepaalde tijd declareren

Zorg ervoor dat u uw nota's zo snel mogelijk bij ons declareert. Doe dit in ieder geval binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld.

Let op! Om te bepalen of u recht heeft op de zorg, is de behandeldatum bepalend en/of de leveringsdatum zoals die op de nota staat. Het is dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven die bepalend is.

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling bepalend voor het recht op zorg. Op het startmoment moet u bij ons verzekerd zijn. Wilt u weten wat voor uw situatie geldt? Neem dan contact met ons op.

Declareert u nota's later dan 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld? Dan kunt u een lagere vergoeding krijgen dan waar u volgens de voorwaarden recht op had. Wij nemen nota's niet in behandeling, als u deze later declareert dan 3 jaar na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg. Dit volgt uit artikel 942, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

5.6 Verplichting: geef wijzigingen in uw situatie binnen 1 maand aan ons door

Verandert er iets in uw persoonlijke situatie? Of in die van een van de andere verzekerden? Dan moet u (verzekeringnemer) dat binnen 1 maand aan ons doorgeven. Het gaat hierbij om alle gebeurtenissen die van betekenis kunnen zijn voor een juiste uitvoering van de basisverzekering. Denk aan eindigende verzekeringsplicht, verhuizing naar het buitenland, wijziging van uw rekeningnummer (IBAN), echtscheiding, overlijden of langdurig





Hulpmiddelen

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

4 Hulpmiddelen

U heeft recht op:

- a levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom. Soms geldt voor een hulpmiddel een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding;
- b het wijzigen, vervangen of repareren van hulpmiddelen;
- c een eventueel reservehulpmiddel.

Voorwaarden voor het recht op hulpmiddelen

De nadere voorwaarden voor vergoeding van hulpmiddelen staan in het Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig. U kunt hiervoor direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. In artikel 4 van het Reglement Hulpmiddelen staat voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen moet u wel vooraf onze toestemming vragen. Hierbij beoordelen wij of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Bij niet-gecontracteerde leveranciers moet u altijd vooraf onze toestemming vragen. In sommige gevallen worden de hulpmiddelen in bruikleen aan u gegeven. Dit staat in het Reglement Hulpmiddelen. In dat geval wijken wij af van dit artikel onder a en artikel 2.1 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Heeft u een hulpmiddel nodig dat deel uitmaakt van medisch-specialistische zorg? Dan heeft u geen recht op hulpmiddelen op basis van dit artikel. Deze hulpmiddelen vallen onder artikel 31 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde leverancier

Let op! Bestelt u uw hulpmiddelen bij een leverancier met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een leverancier die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde leveranciers vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.



Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

5 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- a de in uw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die u ter hand gesteld worden;
- b advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.

De nadere voorwaarden voor farmaceutische zorg staan in het Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

U heeft recht op terhandstelling, advies en begeleiding van:

- a alle bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden en wat de maximale vergoeding is. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een IDEA-contract heeft gesloten; en
- b de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS voor zover wij deze hebben aangewezen en wij ze hebben opgenomen in het Reglement Farmaceutische Zorg. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheek zonder contract; en
- c andere dan geregistreerde geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd. Het moet dan wel om rationele farmacotherapie gaan. Onder rationele farmacotherapie verstaan wij een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor u of uw basisverzekering. Onder deze rationele farmacotherapie vallen:
 - geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheek in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van de Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht. Deze geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt van die arts die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners; en
- d polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Wettelijke eigen bijdrage

Kost een geneesmiddel meer dan de vergoedingslimiet die in het GVS is opgenomen? Dan betaalt u deze kosten (bovenlimietprijs) zelf. Deze wettelijke eigen bijdrage op geneesmiddelen is gemaximeerd tot € 250,- per persoon per jaar. Bent u niet een heel kalenderjaar verzekerd bij ons? Dan berekenen wij de maximale wettelijke eigen bijdrage op geneesmiddelen op basis van hoeveel dagen u in dat kalenderjaar bij ons verzekerd bent.



Zorgverzekeringswet

Artikel 14

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.
2. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.
3. De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zijn modelovereenkomst aansluit bij de afspraken, bedoeld in artikel 2.7, vierde lid, van de Jeugdwet.
4. De zorgverzekeraar stemt de wijze waarop hij zijn verantwoordelijkheden op grond van deze wet uitvoert, af met de colleges van burgemeester en wethouders met het oog op de wettelijke verantwoordelijkheden van die laatsten.
5. Voor zover een verzekerde ingevolge zijn zorgverzekering toestemming heeft van de zorgverzekeraar dan wel een verwijzing of een recept van een deskundige is vereist voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties, en de verzekerde in het bezit is van deze toestemming, deze verwijzing of dit recept, geldt die toestemming, die verwijzing of dat recept als titel voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties gedurende de periode waarvoor de toestemming is verleend of de verwijzing of het recept geldig is, en verlangt een nieuwe verzekeraar niet dat nogmaals toestemming wordt gevraagd of dat een verwijzing of recept wordt overgelegd.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in [artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg](#) of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
10. 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.
11. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in [artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet](#) aan jeugdigen als bedoeld in [artikel 1.1 van die wet](#).

Artikel 2.9

1. Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, waarbij kan worden geregeld:
 - a. in welke gevallen de verzekerde recht heeft op die zorg;
 - b. vergoeding van bij die regeling aangewezen kosten in verband met thuisdialyse.
2. De kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

- a. Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan, als omschreven in [artikel 2.8](#);
- b. Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel als omschreven in [artikel 2.9](#);
- c. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, als omschreven in [artikel 2.10](#);
- d. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie als omschreven in [artikel 2.11](#);
- e. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, als omschreven in [artikel 2.12](#);
- f. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie als omschreven in [artikel 2.13](#);
- g. hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn;
- h. [Red: vervallen;]
- i. hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden als omschreven in [artikel 2.16](#);
- j. hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed, als omschreven in [artikel 2.17](#);
- k. hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid als omschreven in [artikel 2.18](#);
- l. injectiespuiten als omschreven in [artikel 2.19](#);
- m. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe;
- n. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem;
- o. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel;
- p. draagbare, uitwendige infuuspompen als omschreven in [artikel 2.22](#);
- q. [Red: vervallen;]
- r. hulpmiddelen voor het toedienen van voeding als omschreven in [artikel 2.24](#);
- s. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken;
- t. hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering als omschreven in [artikel 2.26](#);
- u. [Red: vervallen;]
- v. [Red: vervallen;]
- w. [Red: vervallen;]
- x. [Red: vervallen;]
- y. uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren;
- z. [Red: vervallen;]
- aa. [Red: vervallen;]
- bb. [Red: vervallen;]
- cc. [Red: vervallen;]
- dd. [Red: vervallen;]
- ee. [Red: vervallen;]
- ff. [Red: vervallen;]
- gg. [Red: vervallen;]
- hh. met thuisdialyse samenhangende kosten als omschreven in [artikel 2.29](#).

Artikel 2.13

1. Hulpmiddelen als bedoeld in [artikel 2.6, onderdeel f](#), omvatten:
 - a. hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de visuele functie van het oog en van functies van aan het oog verwante structuren;
 - b. hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen;
 - 1°. in het lezen, schrijven of gebruik van telecommunicatieapparatuur
 - 2°. bij het om obstakels heenlopen of bij de oriëntatie.