



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestellen, vervanging, telefonische toezegging, vergoeding eigen bijdrage
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.9 Bzv, 2.6, onderdeel c, en 2.10 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020, art. 150 Rv
Zaaknummer : 202100361
Zittingsdatum : 6 oktober 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Op 29 mei 2021 heeft verzoeker per e-mail de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. Op 6 juni 2021 heeft hij de commissie per e-mail nadere informatie gestuurd. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 10 juni 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 juli 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 19 juli 2021 aan verzoeker gezonden.

2.3. Op 17 augustus 2021 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021028912) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Hierin is haar geadviseerd nader onderzoek te laten uitvoeren. De commissie heeft besloten dit advies op te volgen. Een kopie van het voorlopig advies is op 24 augustus 2021 aan partijen gestuurd, waarbij verzoeker is verzocht de medische noodzaak voor vervanging van zijn vorige hoortoestellen binnen de gebruiksstermijn van vijf jaar nader te onderbouwen met informatie van het door hem geconsulteerde audiologisch centrum. Op 28 augustus 2021 heeft verzoeker per e-mail op dit verzoek gereageerd. Een kopie hiervan is op 31 augustus 2021 ter informatie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 oktober 2021 gehoord.

2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 8 oktober 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 19 oktober 2021 heeft het Zorginstituut per brief zijn definitief advies aan de commissie uitgebracht. Een kopie van deze brief is op 20 oktober 2021 aan partijen gezonden, waarbij hen de mogelijkheid is geboden hierop te reageren. Van deze mogelijkheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering IZA Eigen Keuze (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering IZA Extra Zorg 3 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

- 3.2. Verzoeker had twee hoortoestellen. Op enig moment in 2019 ondervond hij problemen met deze hoortoestellen. Hij is in verband daarmee door de audicien doorgestuurd naar een audiologisch centrum. Verzoeker en het audiologisch centrum kwamen er samen echter niet uit. Uiteindelijk heeft verzoeker twee nieuwe hoortoestellen, type Audeo M90-R, aangeschaft bij de betrokken hoortoestellenleverancier. Verzoeker heeft over de vergoeding hiervan meerdere keren telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar.
- 3.3. Verzoeker heeft uiteindelijk bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor vergoeding van de kosten van de door hem aangeschafte, vervangende hoortoestellen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 december 2020 per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij deze kosten niet aan hem vergoedt.
- 3.4. Op 5 mei 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen meegedeeld dat hij zijn beslissing, om de kosten van de vervangende hoortoestellen niet aan verzoeker te vergoeden, handhaaft.
- 3.5. Op 17 augustus 2021 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, per brief het volgende verklaard:

“(…)

Beoordeling

(…)

Bij de voorliggende stukken is geen recente informatie van een audiologisch centrum aanwezig. Wel is een brief uit 1999 van een audiologisch centrum aanwezig, gericht aan de werkgever van verzoeker. In deze brief wordt aangegeven dat het (destijds) gekozen hoortoestel beschikte over de nieuwste digitale technieken en dat toepassing van de hoortoestellen essentieel was voor goed functioneren in de werksituatie, namelijk een galmende grote ruimte. Inmiddels zijn er ontwikkelingen geweest ten aanzien van digitale technieken en zijn er veel nieuwe hoortoestellen op de markt gekomen. Hiervan zijn meerdere merken en typen ook opgenomen in de hoortoestellendatabase.

Het type hoortoestel is volgens de voorliggende gegevens niet in geschil. Wel in geschil is de noodzaak voor vervanging van de hoortoestellen binnen de gebruikstermijn van vijf jaar. Met verwijzing naar de brief van het audiologisch centrum uit 1999 geeft verzoeker aan dat zijn gehoor een probleem is en dat het wel erger en niet beter wordt. Hoewel een onderbouwing van een medische noodzaak bij de voorliggende informatie ontbreekt, is het, gezien de informatie van verzoeker, niet uitgesloten dat vervanging van de hoortoestellen binnen 5 jaar noodzakelijk was. De medische noodzaak zou bijvoorbeeld door het opvragen van relevante informatie van het audiologisch centrum dat verzoeker voorafgaand aan de huidige aanvraag heeft bezocht vastgesteld kunnen worden.

Nader onderzoek:

Het Zorginstituut adviseert u om nader onderzoek te laten uitvoeren waarbij u rekening houdt met het bovenstaande. (...)

- 3.6. Op 19 oktober 2021 heeft het Zorginstituut in het definitief advies verklaard:
"(...) **Aanvullende informatie**
De aanvullende informatie is een brief van verzoeker en het hoorzittingsverslag.

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

In het voorlopig advies gaf het Zorginstituut aan dat, gezien de informatie van verzoeker, het niet uitgesloten is dat vervanging van de hoortoestellen binnen 5 jaar noodzakelijk was, maar dat de onderbouwing van een medische noodzaak ontbrak in het dossier. Bij de nieuw ontvangen stukken ontbreekt nog steeds (recente) informatie waaruit de medische noodzaak voor vervanging van de hoortoestellen binnen de gebruiksstermijn van 5 jaar blijkt.

Uit de voorliggende informatie op te maken dat volgens verzoeker het geschil gaat over het feit dat hij na 5 jaar recht heeft op vergoeding van een nieuw toestel, ook al is deze binnen de gebruiksstermijn aangeschaft, omdat hij een restitutiepolis heeft. Hier kan het Zorginstituut niet over adviseren.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan de medische noodzaak voor vervanging van de hoortoestellen binnen 5 jaar niet worden vastgesteld. (...)"

4. Geschil

- 4.1. De commissie begrijpt het verzoek van verzoeker aldus dat wordt verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de vervangende hoortoestellen van het type Audeo M90-R geheel of gedeeltelijk aan hem te vergoeden.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over hulpmiddelenzorg, en dan specifiek hoortoestellen, en artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker is van mening dat hij aanspraak heeft op gehele of gedeeltelijke vergoeding van de kosten van de vervangende hoortoestellen van het type Audeo M90-R. Hij voert hiertoe aan dat hij was aangewezen op andere hoortoestellen na problemen met zijn voormalige hoortoestellen. Het audiologisch centrum heeft hem een Roger Select laten proberen. De Roger Select sloot echter totaal niet aan op de voormalige hoortoestellen van verzoeker, wat problemen gaf met horen. De voormalige hoortoestellen stonden zo hard dat hij het niet de hele dag kon volhouden.

Het audiologisch centrum begreep het probleem, maar kon verder niets voor hem betekenen. De klachtenafdeling van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker naar aanleiding van zijn klacht over het niet vergoeden van de nieuwe hoortoestellen telefonisch meegedeeld dat hij om de vijf jaar recht heeft op een vergoeding, omdat hij een restitutiepolis heeft. Met deze vergoeding en de mogelijkheid tot het bijbetalen van het eventuele restbedrag kan verzoeker zelf bepalen welk hoortoestel hij koopt. Volgens de klachtenafdeling had verzoeker in december 2020 aanspraak op de vijfjaarlijkse vergoeding.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de door hem aangeschafte hoortoestellen van het type Audeo M90-R, omdat niet is voldaan aan de voorwaarden die hiervoor op grond van de zorgverzekering gelden. Hij voert hiertoe het volgende aan. Een verzekerde moet een hoortoestel in beginsel vijf jaar gebruiken. Verzoeker heeft binnen deze termijn, namelijk vóór 2 december 2020, nieuwe hoortoestellen aangeschaft, terwijl de noodzaak voor voortijdige vervanging niet is komen vast te staan. Een aanvraag en onderbouwing door het audiologisch centrum ontbreken. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de nieuwe hoortoestellen. Uit de telefoonnotities is voorts niet te herleiden dat aan verzoeker is toegezegd dat hij binnen de gebruikstermijn van vijf jaar nieuwe hoortoestellen mocht aanschaffen.

Overwegingen commissie

Zorgverzekering

- 6.4. De zorgverzekering biedt, onder voorwaarden, aanspraak op vergoeding van de kosten van (een) vervangend(e) hoortoestel(len). De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker niet aan de toepasselijke voorwaarden voldoet. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
- 6.5. In het 'Reglement hulpmiddelen 2020' van de ziektekostenverzekeraar (verder: het reglement) is bepaald dat de gebruikstermijn van hoortoestellen vijf jaar is. Binnen deze gebruikstermijn bestaat aanspraak op vergoeding van vervangende hoortoestellen als de oude exemplaren niet meer adequaat functionerend zijn.
- 6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld, en verzoeker heeft niet betwist, dat de gebruikstermijn van vijf jaar aanving op 2 december 2015. Uit de 'Tevredenheidsverklaring hooroplossing' blijkt dat de nieuwe hoortoestellen op 5 december 2019 aan verzoeker zijn verkocht en geleverd. Laatstgenoemde datum heeft daarom als aanschafdatum te gelden, en ligt binnen de gebruikstermijn van vijf jaar. Ook al zou de datum van de factuur, te weten 27 februari 2020, als aanschafdatum worden gehanteerd, dan wordt deze conclusie geen andere, aangezien ook deze datum binnen de gebruikstermijn van vijf jaar ligt.
- 6.7. Ten aanzien van de vraag of verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op vervangende hoortoestellen binnen de gebruikstermijn van vijf jaar geldt het volgende. Uit het voorlopig advies van het Zorginstituut blijkt dat een onderbouwing van een medische noodzaak voor vervanging binnen de gebruikstermijn ontbreekt. Omdat het volgens het Zorginstituut niet is uitgesloten dat verzoeker binnen de gebruikstermijn was aangewezen op vervangende hoortoestellen, is nader onderzoek aan de commissie geadviseerd. De commissie heeft dit advies opgevolgd en verzoeker verzocht de medische noodzaak voor vervanging van de voormalige hoortoestellen binnen de gebruikstermijn van vijf jaar nader te onderbouwen met informatie van het in 2019 geconsulteerde audiologisch centrum. Verzoeker heeft de gevraagde informatie niet verstrekt. Dit betekent dat de noodzaak tot voortijdige vervanging door hem niet aannemelijk is gemaakt, en dat het ervoor moet worden gehouden dat verzoeker ten tijde van de aanschaf beschikte over adequaat functionerende hoortoestellen.

Het voorgaande wordt bevestigd in het definitief advies van het Zorginstituut van 19 oktober 2021. Dit betekent dat verzoeker op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering geen aanspraak heeft op gehele of gedeeltelijke vergoeding van de kosten van de door hem aangeschafte hoortoestellen.

Telefonische informatieverstrekking

- 6.8. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar hem telefonisch heeft meegedeeld dat hij vanwege het restitutiekarakter van zijn zorgverzekering om de vijf jaar aanspraak heeft op een vergoeding voor hoortoestellen. Hij zou daarom in december 2020 aanspraak hebben op de vijfjaarlijkse vergoeding. Zoals hiervoor is vastgesteld, werden de vervangende hoortoestellen echter reeds in december 2019 aangeschaft, dus vóór de termijn van vijf jaar was verstreken. Daarom kan in het midden blijven of de toezegging waarop verzoeker zich beroept, is gedaan. Van een toezegging door de ziektekostenverzekeraar inhoudende dat de in december 2019 aangeschafte hoortoestellen worden vergoed is in de procedure niet gebleken.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor de wettelijke eigen bijdrage voor hoortoestellen die ten laste van de zorgverzekering worden vergoed. Zoals hiervoor is overwogen, heeft verzoeker geen aanspraak op vergoeding van de hoortoestellen ten laste van de zorgverzekering. Daarmee is bedoelde wettelijke eigen bijdrage niet van toepassing, en kan deze ook niet ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering worden geclaimd.
- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 december 2021,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Omschrijving hulpmiddel	Eigendom/buikleen	Kwaliteitseisen waaraan zorgaanbieder moet voldoen	Verwijzing door	Toestemming gecontracteerde zorgaanbieder	Toestemming niet-gecontracteerde zorgaanbieder	Andere belangrijke voorwaarden en bijzonderheden
Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie (artikel 2.10 Regeling zorgverzekering), zoals:						
hoortoestellen categorie 1 tot en met 5, (b)cross zender, oorstukjes en tinnitusmaskeerder	eigendom	StAr geregistreerd audiciens die werkt in een winkel met het keurmerk 'De Audicien' en CVC gecertificeerd is of een SEMH erkende audicien'	De audicien informeert u als u een verwijzing van een KNO-arts of audiologisch centrum nodig heeft. De audicien gebruikt hiervoor het NOAH-protocol.	Ja, de gecontracteerde zorgaanbieder vraagt voor u toestemming aan bij vervanging binnen de gebruikstermijn.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	<p>Eigen bijdrage vanaf 18 jaar: U bent een eigen bijdrage verschuldigd van 25% van de aanschafkosten.</p> <p>Gebruikstermijn U kunt uw hoortoestel, (b)cross zender en tinnitusmaskeerder minimaal 5 jaar gebruiken.</p> <p>Bijzonderheden U heeft recht op vergoeding als uw gehoorverlies minimaal 35 dB is. Op basis van het Protocol hoorhulpmiddelen wordt bepaald op welk type hoortoestel u recht heeft. Kijk voor meer informatie op onze website.</p> <p>Deels implanteerbare hoortoestellen worden alleen vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg.</p>
ringleidingen, infrarood-apparaatuur, FM-apparaatuur, bluetooth-apparaatuur of daarmee gelijk te stellen apparaatuur	eigendom	StAr geregistreert audiciens en keurmerk 'De Audicien' of een SEMH erkende audicien	De audicien informeert u als u een verwijzing van een KNO-arts of audiologisch centrum nodig heeft. De audicien gebruikt hiervoor het NOAH-protocol.	Ja, de gecontracteerde zorgaanbieder vraagt voor u toestemming aan bij vervanging binnen de gebruikstermijn.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	<p>Gebruikstermijn U kunt de apparatuur minimaal 5 jaar gebruiken. U heeft 5 jaar garantie bij een gecontracteerde zorgaanbieder.</p>
signaalhond en een tegemoetkoming in de gebruikskosten van deze hond	bruikleen. De hond blijft eigendom van de school.		behandelend arts met rapport audioloog	Ja, de gecontracteerde zorgaanbieder vraagt voor u toestemming bij ons aan.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf en vervanging.	<p>Bijzonderheden U heeft alleen recht op een signaalhond die een substantiële bijdrage levert aan uw mobiliteit als u volledig doof bent waardoor de zelfstandigheid significant wordt vergroot en het beroep op (zorg)ondersteuning significant vermindert.</p> <p>Maximale vergoeding De tegemoetkoming in de gebruikskosten bedraagt € 94,53 per maand.</p>
solo-apparaatuur	bruikleen		audioloog	Nee, u heeft geen voorafgaande toestemming nodig.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	
softwarelicentie voor teksttelefoonmogelijkheden op pc, tablet en mobiele telefoon	bruikleen		behandelend arts	Ja, u heeft voorafgaande toestemming nodig bij vervanging binnen de gebruiksstermijn.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf en vervanging.	

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

DelZA Eigen Keuze is een restitutieverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heeft u op verzoek recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.

1.2. Medische noodzaak

1.2.1. U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.3. Wie mag de zorg verlenen

U heeft vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan. Een van die eisen is dat uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heeft u geen recht op vergoeding.

1.4. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

Als u voor zorg naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat, dan zijn met de betreffende zorgaanbieders tarieven afgesproken die in lijn zijn met de in Nederland geldende redelijke marktprijs. De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.

1.5. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Verpleging en verzorging en Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

U kunt uw vordering op ons voor Verpleging en verzorging en GGZ niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

Hier kunt u terecht

Bij een apotheker, apotheekhoudend huisarts of een door ons aangewezen zorgaanbieder. Voor sondevoeding kunt u alleen terecht bij een medisch specialzaak ook wel een facilitair bedrijf genoemd.

Let op

Koopt u een dieetpreparaat in de algemene verkoop, zoals de supermarkt of drogist? Dan krijgt u geen vergoeding.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan het door uw arts voorgeschreven recept of de door diëtist ingevulde Verklaring dieetpreparaten (ZN Verklaring polymere, oligomere of modulaire dieetpreparaten) bij de gecontracteerde zorgaanbieder inleveren. Uw zorgaanbieder beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Of wilt u het recept of de verklaring niet bij uw zorgaanbieder inleveren? U kunt dan voorafgaande toestemming vragen door de Verklaring dieetpreparaten rechtstreeks naar ons te (laten) sturen. Kijk voor het adres voor in de voorwaarden of op onze website.

HULPMIDDELENZORG

Artikel 37. Hulpmiddelen en verbandmiddelen

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op vergoeding van de kosten van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In het Reglement hulpmiddelen hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. U vindt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen op onze website. Bepaalde groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar zelf in het Reglement hulpmiddelen kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Reglement hulpmiddelen opgenomen? Dient u dan een aanvraag bij ons in.

De meeste hulpmiddelen en verbandmiddelen ontvangt u in eigendom. Krijgt u het hulpmiddel in eigendom? Dan is en blijft het hulpmiddel van u. In uitzondering op de vergoeding van de kosten (restitutie), verstrekken wij in bepaalde gevallen hulpmiddelen in bruikleen. Bruikleen betekent dat u het hulpmiddel kunt gebruiken zolang u hierop bent aangewezen en zolang u bij ons bent verzekerd. U sluit met ons of de zorgaanbieder een bruikleenovereenkomst, waarin uw rechten en plichten zijn opgenomen. Hulpmiddelen in bruikleen kunt u alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten.

In het Reglement hulpmiddelen vindt u de volgende informatie:

- Of u recht heeft op vergoeding van de kosten van het hulpmiddel in eigendom of dat u het hulpmiddel in bruikleen krijgt;
- De kwaliteitseisen waaraan de zorgaanbieder moet voldoen;
- Of u een verwijzing nodig heeft en zo ja, van wie;
- Of u vooraf onze toestemming nodig heeft (voor eerste aanschaf, herhaling of reparatie);
- Gebruikstermijn van het betreffende hulpmiddel. Deze gebruikstermijn is richtinggevend. Als dit nodig is, dan kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- Maximum te leveren aantallen/stuks. Deze aantallen/stuks zijn richtinggevend. Als dit nodig is, dan kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- Bijzonderheden zoals maximale vergoedingen of wettelijke eigen bijdragen.

U ontvangt de hulpmiddelen gebruiksklaar. Als dat van toepassing is, ontvangt u het hulpmiddel inclusief eerste batterijen, oplaadapparatuur en/of gebruiksinstructie.

Informatie over gecontracteerde zorgaanbieders

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over de kwaliteit, prijs en service. Als u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten, dan kunt u een goed product en uitstekende dienstverlening verwachten. Ook hoeft u zelf geen toestemming aan te vragen of kosten voor te schieten. Wij betalen de kosten namelijk rechtstreeks aan de zorgaanbieder.

Eigen bijdrage/maximale vergoeding

U vindt in het Reglement hulpmiddelen voor welke hulpmiddelen een wettelijke eigen bijdrage of maximumvergoeding geldt.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt het eigen risico niet. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een zorgaanbieder voor hulpmiddelen. In het Reglement hulpmiddelen vindt u of de zorgaanbieder aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen.

Bruikleen

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten en het betreft een hulpmiddel dat u op basis van het Reglement hulpmiddelen in bruikleen krijgt? Houdt u er dan rekening mee dat u zeer waarschijnlijk een deel van de nota zelf moet betalen. U heeft in dat geval recht op vergoeding van de gemiddelde kosten per gebruiker per jaar. De hoogte van de gemiddelde kosten is gelijk aan de kosten die wij betaald zouden hebben voor verstrekking van een hulpmiddel in bruikleen.

Verwijsbrief nodig van

In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u een verwijzing nodig heeft. In de verwijsbrief moet de indicatie vermeld staan.

Toestemming

In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u vooraf toestemming nodig heeft. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Extra informatie

1. U moet het hulpmiddel goed verzorgen. U krijgt binnen de normale gemiddelde gebruikstermijn alleen toestemming voor vervanging van een hulpmiddel als het huidige hulpmiddel niet meer adequaat is. U kunt een verzoek tot vervanging binnen de gebruikstermijn, wijziging of reparatie vooraf gemotiveerd bij ons indienen.
2. U kunt toestemming krijgen voor vergoeding van de kosten van een tweede exemplaar van het hulpmiddel als u daar redelijkerwijs op bent aangewezen.
3. Als u een hulpmiddel in bruikleen heeft ontvangen kan controle plaatsvinden. Als wij van oordeel zijn dat u redelijkerwijs niet (langer) op het hulpmiddel bent aangewezen, kunnen wij het hulpmiddel terugvorderen.

Artikel 10. Klachten en geschillen

10.1. Heeft u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice. Kijk voor het telefoonnummer op onze website. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geef u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent.
 - Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
 - Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.
-

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie heeft ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

10.2. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice. Kijk voor het telefoonnummer op onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht hierover schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven.

U kunt uw klacht ook voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

6.4.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering(en) tussentijds schriftelijk opzeggen:

- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- tegelijk met het beëindigen van onze zorgverzekering;
- van een meeverzekerd kind als dit kind 18 jaar wordt. De opzegging gaat in op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin uw kind 18 jaar wordt, op voorwaarde dat wij de opzegging hebben ontvangen vóór het einde van de maand waarin uw kind 18 jaar wordt.

6.4.3. Opzegservice

U kunt voor de opzegging van de aanvullende verzekering zoals bedoeld in artikel 6.4.1. en 6.4.2. ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de verzekeraar van de nieuwe aanvullende verzekering(en) toestemming geeft om de oude aanvullende verzekering (en) op te zeggen.

6.5. Wanneer kunnen wij de aanvullende verzekering(en) opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.5;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken heeft verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u heeft gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering(en) zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de aanvullende verzekering(en) opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen.

Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

Artikel 7. Klachten en geschillen

7.1. Indienen klacht

U kunt ervan uitgaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice. Kijk voor het telefoonnummer op onze website. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

-
- Geef u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent.
 - Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
 - Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan kunt u dit ook door iemand anders laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.
-

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie heeft ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

7.2. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice, kijk voor het telefoonnummer op onze website. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. U kunt uw klacht ook voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Bijzonderheden

1. Bij een staaroperatie wordt binnen de genoemde periode van 2 kalenderjaren 1 extra bril of 1 paar contactlenzen vergoed tot het maximumbedrag zoals dat geldt voor uw aanvullende verzekering.
2. De periode van 2 kalenderjaren omvat het kalenderjaar waarin de behandeling of aanschaf plaatsvond en het hieraan voorafgaande kalenderjaar.
3. De kosten van aanmeten van een bril of contactlenzen worden niet afzonderlijk betaald. De kosten voor het aanmeten maken onderdeel uit van de aanschaf.

Artikel 36. Eigen bijdrage hoortoestellen

Omschrijving

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage voor een hoortoestel en tinnitusmaskeerder die u uit de zorgverzekering vergoed krijgt.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Maximaal € 110 per hoortoestel
IZA Extra Zorg 2	Maximaal € 200 per hoortoestel
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 250 per hoortoestel
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 350 per hoortoestel

Artikel 37. Hand- en/of vingerspalk

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van een hand- en/of vingerspalk. De hand- en/of vingerspalk wordt tijdelijk ingezet als onderdeel van een behandeling om een gewricht te stabiliseren, te ondersteunen en/of te corrigeren.

Wie mag de zorg leveren

Een door ons gecontracteerde zorgverlener. Een overzicht van de gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Maximaal 2 hand- of vingerspalken per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 2	Maximaal 2 hand- of vingerspalken per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 3	Maximaal 2 hand- of vingerspalken per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 4	Maximaal 2 hand- of vingerspalken per kalenderjaar

Bijzonderheden

1. De gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of uw spalk voor vergoeding in aanmerking komt.
2. De aanschafkosten van een orthese/spalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport krijgt u niet vergoed.

Artikel 38. Plaswekker

Omschrijving

Vergoeding van de (huur)kosten van een plaswekker in verband met nachtelijk bedplassen voor verzekerden van 6 tot 18 jaar, inclusief de eventueel benodigde broekjes. De vergoeding is eenmalig voor de gehele looptijd van de aanvullende verzekering.

Wie mag de zorg leveren

U kunt een plaswekker kopen of huren bij een leverancier van plaswekkers

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

(...)

3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

(...)

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:

(...)

- c. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, als omschreven in artikel 2.10;

(...)

Artikel 2.10

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel c, omvatten:

- a. hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie voor zover er sprake is van een revalideerbaar oor met ten minste een verlies van 35 dB of ernstig oorsuizen;
- b. hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het luisteren of beperkingen in het gebruik van communicatieapparatuur, indien de hulpmiddelen als bedoeld onder a, hiervoor onvoldoende verbetering bieden dan wel indien deze hulpmiddelen substitueren voor de hulpmiddelen als bedoeld onder a.

2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet deels implanteerbare hoorhulpmiddelen.

3. Een indicatie voor de in het eerste lid bedoelde hulpmiddelen is eveneens aanwezig als sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag.

4. Voor signaalhonden geldt dat een tegemoetkoming kan worden verleend in de redelijk te achten gebruikskosten.

Artikel 2.33

(...)

2. De eigen bijdrage voor een hoortoestel of tinnitusmaskeerder voor een verzekerde van achttien jaar of ouder bedraagt vijftwintig procent van de aanschafkosten.

(...)