



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem  
Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestellen, buitencategorie, telefonische toezegging  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.10 Rzv,  
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020  
Zaaknummer : 202001742  
Zittingsdatum : 20 januari 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Op 7 oktober 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 november 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 2 december 2020 aan verzoeker gezonden.

2.3. Op 17 december 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020052126) per brief aan de commissie meegedeeld in dit geschil geen adviesbevoegdheid te hebben en om die reden geen advies te kunnen uitbrengen. Een kopie van de brief is op 30 december 2020 aan partijen gestuurd.

2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 januari 2021 gehoord.

2.5. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie aan de ziektekostenverzekeraar verzocht te verduidelijken:

(i) of de aan verzoeker toegezegde vergoeding een coulantevergoeding betreft dan wel een vergoeding ten laste van de zorgverzekering, en

(ii) wat de hoogte is van het bedrag dat verzoeker op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering vergoed krijgt.

Op 21 januari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar bovengenoemde vragen van de commissie per brief beantwoord. Een kopie van deze brief is op 22 januari 2021 aan verzoeker gestuurd die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid heeft verzoeker geen gebruik gemaakt.

2.6. De aantekeningen van de hoorzitting alsmede de brief van 21 januari 2021 van de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 januari 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 26 januari 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Eigen Keuze (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Zorgt Best en VGZ Zorgt Tand Beter (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. Nadat werd vastgesteld dat verzoeker was aangewezen op hoortoestellen, heeft hij contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Na dit gesprek heeft verzoeker door een audicien een offerte laten opstellen, waarna hij de ziektekostenverzekeraar opnieuw telefonisch heeft benaderd. Dit was op 8 juni 2020. Eenmaal in het bezit van de offerte heeft verzoeker op 12 juni 2020 wederom telefonisch en via de chat contact gehad met een medewerk(st)er van de ziektekostenverzekeraar. Na deze contacten heeft verzoeker besloten de door hem gewenste hoortoestellen aan te schaffen en de kosten hiervan bij de ziektekostenverzekeraar te declareren.

3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 juli 2020 per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij ter zake van de aangeschafte hoortoestellen een vergoeding zal ontvangen van € 368,64. Het resterende deel van de nota (€ 2.815,42) komt niet voor vergoeding in aanmerking.

3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 3 augustus 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie op 21 januari 2021 bericht dat aan verzoeker een coulancevergoeding van totaal € 1.474,58 is betaald.

#### 4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is 75% van de kosten van de door hem aangeschafte hoortoestellen van het type Amplifon Ampli-energy R5 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 hoortoestellen zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en het desbetreffende artikel uit het Reglement Hulpmiddelen 2020 van de ziektekostenverzekeraar opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

#### **Zorgverzekering**

6.2. Bij de beoordeling of iemand in aanmerking komt voor een hoortoestel ten laste van de zorgverzekering, maakt de ziektekostenverzekeraar gebruik van het meest recente ZN keuzeprotocol Hoorzorg. Dit protocol kent een indeling in vijf categorieën. Hiermee wordt invulling gegeven aan het bepaalde in artikel 2.1, derde lid, Bzv. Hierin is geregeld dat de verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft het voorgaande vastgelegd in artikel 1.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering en het 'Reglement Hulpmiddelen 2020'. In het reeds genoemde ZN keuzeprotocol Hoorzorg is onder andere bepaald dat betrokkene moet worden ondergebracht in één van de vijf categorieën. Lukt dit niet, dan kan sprake zijn van een bijzondere individuele zorgvraag. In dat geval moet objectief worden aangetoond, met aanvullende

testen en bijkomende gegevens, dat het niet mogelijk is de slechthorende binnen de gestelde beleidskaders te voorzien van een adequaat functionerende hooroplossing.


- 6.3. Verzoeker heeft in 2020 hoortoestellen aangeschaft van het type Amplifon Ampli-energy R5. Dit type hoortoestellen is niet opgenomen in de database met hoortoestellen uit de categorieën 1 tot en met 5. Dat verzoeker was aangewezen op hoortoestellen staat niet ter discussie, aangezien uit de stukken blijkt dat hij is geïndiceerd voor hoortoestellen uit categorie 3. Niet gebleken is echter dat verzoeker ten minste twee hoortoestellen uit deze categorie heeft geprobeerd. Evenmin bevat het dossier (medische) informatie waaruit blijkt dat hoortoestellen uit categorie 3 voor hem niet adequaat zijn en dat hij - daarom - is aangewezen op hoortoestellen uit de buitencategorie. Gezien het bovenstaande heeft verzoeker geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de door hem aangeschafte hoortoestellen ten laste van de zorgverzekering.


#### **Aanvullende ziektekostenverzekering**


- 6.4. Op grond van artikel 28 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzoeker een zorgtegoed van € 500,- per kalenderjaar. Genoemd bedrag kan verzoeker gebruiken voor hulpmiddelen als omschreven in de artikelen 28.1 tot en met 28.9 van de betreffende voorwaarden. In artikel 28.1 is de aanspraak op batterijen voor hoortoestellen geregeld en in artikel 28.8 de wettelijke eigen bijdrage. Voorwaarde om vergoeding in aanmerking te komen is dat het hoortoestel wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering. De commissie is hiervoor tot het oordeel gekomen dat geen aanspraak bestaat ten laste van de zorgverzekering. Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar op 21 januari 2021 bevestigd dat de aan verzoeker verleende vergoeding van totaal € 1.474,58 een onverplicht karakter had. Dit laatste is door verzoeker vervolgens niet bestreden. Nu geen kosten zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering, kan verzoeker evenmin aanspraak maken op een vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.


#### **Toezegging**


- 6.5. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij in ieder geval op 8 en 12 juni 2020 telefonisch contact heeft gehad met verschillende medewerkers van de ziektekostenverzekeraar. Daarnaast heeft hij op 12 juni 2020 een chatgesprek gevoerd met een van de medewerkers van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens deze contacten is aan verzoeker toegezegd dat de kosten van een hoortoestel voor 75% worden vergoed. Hierbij is geen enkel voorbehoud gemaakt. De ziektekostenverzekeraar betwist dat van zijn zijde bepaalde toezeggingen zijn gedaan. Tijdens de gesprekken is hoogstwaarschijnlijk alleen in algemene zin gesproken over de hoogte van de vergoeding voor hoortoestellen. Dit maakt de ziektekostenverzekeraar ook op uit het feit dat verzoeker de betreffende hoortoestellen pas op 12 juli 2020, een maand na de diverse contacten, heeft aangeschaft.
- 6.6. Vooropgesteld wordt dat het bij een telefoongesprek lastig is de exacte vraagstelling en de beantwoording hiervan te reconstrueren. Omdat verzoeker aanspraak maakt op vergoeding van 75% van de kosten van de door hem aangeschafte buitencategorie hoortoestellen, rust op hem, gelet op artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering, de stelplicht en bewijslast en moet hij aannemelijk maken dat hem op 8 en/of 12 juni 2020, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, een ongeclausuleerde toezegging is gedaan. Verzoeker is hier naar het oordeel van de commissie niet in geslaagd. Daarbij hecht de commissie belang aan het feit dat verzoeker niet heeft toegelicht met wie hij hierover heeft gesproken. Ook als verzoeker dit laatste wel had toegelicht, is het van belang dat duidelijk zou zijn geworden wat zijn exacte vraagstelling is geweest en hoe het antwoord hierop heeft geluid. Concluderend heeft verzoeker naar het oordeel van de commissie onvoldoende informatie verschaft om aan te nemen dat telefonisch een ondubbelzinnige en ongeclausuleerde toezegging is gedaan zoals door hem gesteld.

 6.7. Verzoeker heeft zich daarnaast beroepen op een toezegging die zou zijn gedaan in een chatgesprek. Bij een dergelijk gesprek valt in beginsel makkelijker te reconstrueren of bepaalde toezeggingen al dan niet zijn gedaan.


 Omdat verzoeker zich op de toezegging beroept, rust de stelplicht en bewijslast ter zake ook in dit geval op hem. Door verzoeker is evenwel maar een klein gedeelte van het chatgesprek overgelegd. Uit dit deel van het gesprek kan de commissie niet opmaken dat hem ongeclausuleerd en ondubbelzinnig is toegezegd dat de door verzoeker gewenste hoortoestellen voor 75% worden vergoed. Uit de aangeleverde schermprint blijkt namelijk niet op welke vraag de medewerker van de ziektekostenverzekeraar antwoord gaf toen deze schreef dat voor een hoortoestel een vergoeding geldt van 75% uit de basisverzekering, met een eigen bijdrage van 25%.

 Door de ziektekostenverzekeraar is in dit verband erop gewezen dat verzoeker de betreffende hoortoestellen pas een maand later (op 12 juli 2020) heeft aangeschaft, en dat het er om die reden veeleer op lijkt dat hij destijds alleen de (algemene) vraag heeft gesteld welke vergoeding voor een hoortoestel geldt. Verzoeker had deze stelling kunnen ontzenuwen door het volledige chatgesprek over te leggen en aan te tonen dat hij de medewerker van de ziektekostenverzekeraar bij het stellen van zijn vraag specifieke informatie heeft gegeven over de door hem gewenste hoortoestellen. Dit heeft hij echter nagelaten.

 De commissie concludeert dat verzoeker aldus niet aannemelijk heeft gemaakt dat aan hem tijdens het chatgesprek op 12 juni 2020 een ongeclausuleerde en ondubbelzinnige toezegging is gedaan. De ziektekostenverzekeraar is daarom niet verplicht de kosten van de hoortoestel op basis van 75% te vergoeden. Dat laatstgenoemde niet (meer) de beschikking heeft over opnames en chatgeschiedenissen maakt het voorgaande, gelet op de op verzoeker rustende stelplicht en bewijslast, niet anders.

 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 februari 2021,

  
  
  
  
  
  
L. Ritzema

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

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

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

## Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
  - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
  - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
  - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
  - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
  - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

---

# Besluit zorgverzekering

---

## 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.



# I. Algemeen gedeelte

## Artikel 1. Verzekerde zorg

### 1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De VGZ 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

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.

Omschrijving hulpmiddel	Eigendom/buikleen	Kwaliteitseisen waaraan zorgaanbieder moet voldoen	Verwijzing door	Toestemming gecontracteerde zorgaanbieder	Toestemming niet-gecontracteerde zorgaanbieder	Andere belangrijke voorwaarden en bijzonderheden
<b>Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie (artikel 2.10 Regeling zorgverzekering), zoals:</b>						
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><b>Eigen bijdrage vanaf 18 jaar:</b> U bent een eigen bijdrage verschuldigd van 25% van de aanschafkosten.</p> <p><b>Gebruikstermijn</b> U kunt uw hoortoestel, (b)cross zender en tinnitusmaskeerder minimaal 5 jaar gebruiken.</p> <p><b>Bijzonderheden</b> 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><b>Gebruikstermijn</b> 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><b>Bijzonderheden</b> 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><b>Maximale vergoeding</b> 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.	