

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg en OWM CZ groep U.A. te Tilburg

Zaak : Hulpmiddelenzorg. voorleesapparatuur, Orcam MyReader, adequaat hulpmiddel, doelmatigheid

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artf. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 en 2.13 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021

Zaaknummer : 202101520

Zittingsdatum : 15 december 2021

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 15 juli 2021 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan; op 30 augustus 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 oktober 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 20 oktober 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Op 18 november 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021041012) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Het Zorginstituut heeft de commissie geadviseerd nader onderzoek te laten verrichten. Een kopie hiervan is op 18 november 2021 aan partijen gestuurd, waarbij aan hen werd gevraagd het geadviseerde nader onderzoek uit te voeren.
- 2.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie op 25 november 2021 verzocht om aanvullende informatie op te vragen, en om de hoorzitting uit te stellen. De commissie heeft beide verzoeken op 2 december 2021 afgewezen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben de commissie op 30 november 2021 respectievelijk 6 december 2021 aanvullende informatie verstrekt. Op 7 december 2021 zijn afschriften aan de wederpartij gezonden.
- 2.5. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 december 2021 gehoord.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 20 december 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 17 januari 2022 heeft het Zorginstituut per brief zijn definitieve advies aan de commissie gezonden. Kopieën hiervan zijn op 17 januari 2022 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 januari 2022 schriftelijk gereageerd op voornoemd definitieve advies. Een kopie van deze reactie is op 2 februari 2022 ter informatie aan verzoeker gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende Ziektekostenverzekering Ideaal Pakket (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

- 3.2. Op 24 maart 2021 heeft Koninklijke Visio een hulpmiddeladvies uitgebracht. Hieruit blijkt dat bij verzoeker sprake is van maculopathie. De gezichtsscherpte OD is 1/300 en OS 0.05 (zoekend), de leesvisus < 0.02.
Geadviseerd is een OrCam® MyReader 2.0, waarbij de huidige beeldschermloep zou kunnen worden ingeleverd.
Door Low Vision Totaal b.v. is een offerte uitgebracht voor voornoemd hulpmiddel. De kosten bedragen € 2.650,- inclusief BTW. Op 31 maart 2021 is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ter zake ingediend.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 april 2021 per brief afwijzend beslist op de ingediende aanvraag.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 11 juni 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij 18 november 2021 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie het volgende verklaard:

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Verzoeker heeft maculopathie met een visus van het rechter oog van 1/300 en links 0,05 (zoekend), de leesvisus is minder dan 0,02. De indicatie voor een hulpmiddel ter compensatie van beperkingen in het lezen is dan ook niet in geschil.

Uit de informatie van Koninklijke Visio is op te maken dat verzoeker beschikt over een beeldschermloep, een Optelec Traveller HD. De visus van verzoeker is echter dusdanig achteruit gegaan, dat lezen met een beeldschermloep in feite niet meer mogelijk is. Vanwege de minimale gezichtsscherpte van verzoeker kan hij praktisch niets meer lezen. Omdat verzoeker een heel hoge vergroting (van minimaal 20x) nodig heeft, vallen letters en delen van letters weg. Uit de informatie van Koninklijke Visio blijkt dan ook dat, gezien de huidige visus/leesvisus, het huidige hulpmiddel, de Traveller beeldschermloep, niet meer voldoet voor verzoeker en dat hij is aangewezen op een hulpmiddel dat gedrukte tekst omzet in spraak.

Uit de voorliggende informatie is niet op te maken dat verzoeker gebruik maakt/kan maken van een computer (met scanner en spraakuitvoer), waardoor er in principe een indicatie bestaat voor voorleesapparatuur.

(...)

De eerste vraag die beantwoord moet worden is of het huidige hulpmiddel van verzoeker nog adequaat is. Uit de informatie van Koninklijke Visio blijkt dat verzoeker door de huidige visus/leesvisus niet meer uitkomt met een hulpmiddel dat teksten vergroot (zoals het huidige hulpmiddel, de beeldschermloep Traveller). Hij is dan ook aangewezen op een hulpmiddel, voorzien van spraakuitvoer c.q. voorleesapparatuur.

Dan is het de vraag of verzoeker is aangewezen op een OrCam® MyReader 2.0 of dat er een doelmatiger oplossing is voor de beperkingen in het lezen van verzoeker. Verstrekking van een hulpmiddel kan ondoelmatig zijn als er (min of meer) vergelijkbare, goedkopere, adequate hulpmiddelen zijn voor het compenseren van de beperkingen van een verzekerde. Ook kan verstrekking van een hulpmiddel ondoelmatig zijn als de kosten van het hulpmiddel niet in verhouding staan tot de mate van gebruik (bijvoorbeeld wanneer een bepaalde functie van een hulpmiddel slechts sporadisch gebruikt wordt).

Het uitgangspunt is dat de 'doelmatigheid' aan de zorgverzekeraar is om te beoordelen. Het Zorginstituut beoordeelt alleen of de zorg in geschil tot het verzekerde pakket behoort en of een verzekerde een indicatie heeft op grond van de Zorgverzekeringswet.

Door verweerder wordt onder meer een 'compact speech' genoemd. Ook de Compact Speech heeft een voorleesfunctie en kan buitenshuis gebruikt worden. Door het maken van een 'snapshot' van de te lezen tekst hoeft de gebruiker het hulpmiddel niet lang te richten. In hoeverre de Compact Speech (of eventuele andere hulpmiddelen) voor verzoeker adequaat zou zijn, zou nader onderzocht moeten worden.

Daarnaast is [blijkt] niet duidelijk wat het beoogde gebruik is van de OrCam® MyReader 2.0. (...)

Uit de voorliggende informatie wordt niet duidelijk in hoeverre verzoeker aangewezen is op het gevraagde hulpmiddel (...). Ook dit zou nader onderzocht moeten worden door verweerder.

Conclusie

Uit de informatie beschikbare informatie in het dossier blijkt dat verzoeker door de huidige visus/leesvisus niet meer uitkomt met het huidige hulpmiddel dat teksten vergroot. In dat geval is hij aangewezen op een hulpmiddel, voorzien van spraakuitvoer c.q. voorleesapparatuur. Het uitgangspunt is dat het aan verweerder om te beoordelen in hoeverre er doelmatiger hulpmiddelen zijn dan de OrCam® MyReader 2.0.

Nader onderzoek:

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

- 3.6. Bij brief van 17 januari 2022 heeft het Zorginstituut in het definitieve advies aan de commissie het volgende verklaard:

"Aanvullende informatie

Het Zorginstituut heeft de aanvullende informatie ontvangen.

Beoordeling

Zoals in het voorlopig advies aangegeven blijkt uit de informatie van Koninklijke Visio dat verzoeker door de huidige visus/leesvisus niet meer uitkomt met een hulpmiddel dat teksten vergroot (zoals het huidige hulpmiddel, de beeldschermloep Traveller). Verzoeker is aangewezen op een hulpmiddel, voorzien van spraakuitvoer c.q. voorleesapparatuur.

Het is aan verweerder is om te beoordelen of het aangevraagde hulpmiddel, OrCam® MyReader 2.0, doelmatig is. Het Zorginstituut gaat niet over de beoordeling van doelmatigheid.

Conclusie

Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt dat verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op een hulpmiddel, voorzien van spraakuitvoer c.q. voorleesapparatuur. Het uitgangspunt is dat het aan verweerder om te beoordelen in hoeverre er doelmatiger hulpmiddelen zijn dan de OrCam® MyReader 2.0.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker is redelijkerwijs aangewezen op een hulpmiddel, voorzien van spraakuitvoer c.q. voorleesapparatuur. Het is aan verweerder om de doelmatigheid van het aangevraagde hulpmiddel te beoordelen."

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor de OrCam® MyReader 2.0 alsnog moet goedkeuren.
- 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 A.23. van de voorwaarden van de zorgverzekering.
6. Beoordeling
- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over hulpmiddelenzorg en meer specifiek voorleesapparatuur 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 stelt zich op het standpunt dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor de OrCam® MyReader 2.0 alsnog moet goedkeuren.
In dat verband licht hij toe dat sprake is van een ander, namelijk een mobiel, apparaat. Het hulpmiddel heeft ook een ander doel dan de huidige beeldschermloep, namelijk het gebruik buitenshuis. Zoals blijkt uit het hulpmiddeladvies van Koninklijke Visio heeft de Traveller® HD beeldschermloep die verzoeker nu gebruikt geen functionele waarde meer, en beperkt dit hulpmiddel hem in zijn mobiliteit. De beeldschermloep is alleen voor gebruik in huis geschikt. Men kan er niet mee bewegen, het inzoomen duurt lang, het apparaat moet stabiel worden gehouden en het is eenvoudig te groot. Verzoeker heeft een vergroting nodig van minimaal 20X en zijn zicht wordt minder. Met de OrCam® MyReader 2.0 kan hij langer zijn zelfstandigheid behouden, hetgeen op termijn leidt tot een kostenbesparing. Het apparaat is geschikt om bijvoorbeeld straatnaamborden en kentekens mee te lezen, het is nuttig bij het boodschappen doen, en het stelt verzoeker in staat zelfstandig betalingen te verrichten. Momenteel is het voor verzoeker moeilijk post te lezen en zelf zijn administratie te voeren.
De ziektekostenverzekeraar gaat niet op deze argumenten in, maar 'praat' hier langs heen. Gesteld wordt dat het hulpmiddel niet noodzakelijk en niet doelmatig is. Dit wordt door de ziektekostenverzekeraar echter niet onderbouwd. Bovendien is er geen ander hulpmiddel voor gebruik buitenshuis beschikbaar, zodat de doelmatigheid van de OrCam® MyReader 2.0 een gegeven vormt.
- 6.3. Verzoeker heeft op 30 november 2021 toegelicht dat hij de OrCam® MyReader 2.0 zowel binnens- als buitenshuis zal gaan gebruiken. Hij kan het hulpmiddel bijvoorbeeld gebruiken om zelfstandig zijn post, de krant en weekbladen te lezen, en om zijn administratie te doen. En hij kan ermee met de bus op stap, straatborden lezen, en boodschappen doen. Ook kan hij dan zonder hulp de pinautomaat gebruiken. Verzoeker zal het hulpmiddel dus iedere dag, vrijwel gedurende de hele dag, binnen en buiten gebruiken.
Verzoeker benadrukt dat de OrCam® MyReader 2.0 een compact hulpmiddel is. Hierdoor kan hij naar buiten gaan en zich makkelijk verplaatsen.
De door de ziektekostenverzekeraar voorgestelde Compact Speech is voor verzoeker geen goed alternatief. De Compact Speech is namelijk een soort tablet die verzoeker in zijn handen zou moeten houden. Het is allereerst een te groot hulpmiddel, wat onhandig is om buitenshuis mee te nemen. Daarnaast is verzoeker afhankelijk van een rollator. Hij moet dus zijn handen vrij hebben om zijn rollator te gebruiken, anders levert dit gevaarlijke situaties op. Verzoeker verwijst tevens

naar de door hem overgelegde verklaring van de vertegenwoordiger van de leverancier van Orcam Technologies.

- 6.4. Verzoeker heeft ter zitting benadrukt dat hij de Orcam® MyReader 2.0 handsfree kan gebruiken. Dit is voor hem belangrijk, omdat hij met een rollator loopt. Als hij de rollator niet met beide handen vasthoudt, ontstaat valgevaar. Hij heeft bij een eerdere val al eens zijn heup gebroken, en bij een nieuwe val zijn de gevolgen niet te overzien. Ter aanvulling heeft verzoeker opgemerkt dat hij de Orcam® MyReader 2.0 heeft uitgeprobeerd onder begeleiding van iemand van de KNGF en het werkte voor hem goed. Als de Orcam® MyReader 2.0 goed is ingesteld, hoeft verzoeker alleen in de juiste richting te kijken en de tekst wordt voorgelezen. Hij hoeft hierbij dus geen handgebaren te maken.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.5. De ziektekostenverzekeraar vergoedt de Orcam® MyReader 2.0 niet. Er wordt alleen zorg vergoed waarop betrokkene naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Op basis hiervan moet sprake zijn van doelmatige en adequate zorg. Zo moet een hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet overbodig, onnodig duur of onnodig ingewikkeld zijn.

In de zaak van verzoeker is niet komen vast te staan dat de Orcam® MyReader 2.0 een doelmatig hulpmiddel is. Er is onvoldoende onderbouwd waarom niet kan worden volstaan met een mobiele beeldschermloep, scan- en voorleesapparatuur/software of een (goedkopere) Compact Speech. Uit de onderbouwing bij de aanvraag blijkt niet dat andere voorliggende voorzieningen zijn geprobeerd en zo ja, waarom deze niet of niet meer voldoen. Daarnaast blijkt uit de aanvraag onvoldoende hoe vaak sprake is van gebruik buitenshuis en hoe verzoeker daar (met het huidige hulpmiddel) tot dusverre in voorziet.

- 6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 december 2021 toegelicht dat het op de weg van verzoeker ligt om zijn stelling dat hij recht heeft op een Orcam MyReader 2.0 ten laste van de zorgverzekering voldoende gemotiveerd te onderbouwen. Op basis van de onderbouwing die tot dusverre is gegeven, concludeert de ziektekostenverzekeraar dat dit hulpmiddel niet doelmatig is.
- 6.7. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting ter aanvulling aangevoerd dat het hulpmiddel niet is bedoeld om het zicht te compenseren, maar om beter te kunnen lezen. Het blijft onduidelijk waarom verzoeker niet kan uitkomen met de Compact Speech 6inch. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat verzoeker het gevraagde hulpmiddel ook met één hand zal moeten bedienen of handgebaren moet maken. Dit blijkt uit de brief van de KNGF van 22 maart 2021. In die zin is het hulpmiddel dus niet veiliger dan de Compact Speech. Dit hulpmiddel is door verzekerde echter niet geprobeerd. Weliswaar hoeft een verzekerde niet eerst verschillende hulpmiddelen te proberen, maar er moet wel worden onderzocht of onderbouwd waarom alternatieve hulpmiddelen niet kunnen worden gebruikt.
- 6.8. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 januari 2022 schriftelijk gereageerd op het definitieve advies van het Zorginstituut. Hij stelt dat de Orcam® My Reader 2.0 niet doelmatig is. Dit hulpmiddel is namelijk veel duurder dan de Compact Speech 6 (€ 2.650,- tegenover € 985,-). Hoewel de Orcam® My Reader 2.0 in het dagelijks gebruik praktischer is, is dit vanuit het toepasselijke toetsingskader geen omstandigheid op grond waarvan de ziektekostenverzekeraar tot een andere conclusie komt. Dit geldt ook voor de omstandigheid dat het hulpmiddel de zelfredzaamheid van verzoeker kan vergroten. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat het verschil tussen de hulpmiddelen in de uitvoering zit. De Compact Speech 6 moet bij gebruik met minimaal één hand worden vastgehouden, waar de Orcam® My Reader 2.0 op het brilmontuur is bevestigd en bediend wordt middels handgebaren, zoals blijkt uit productinformatie.

Overwegingen

- 6.9. Op grond van artikel B.17. van de zorgverzekering, welk artikel is gebaseerd op de bepalingen van het Bzv en de Rzv, bestaat aanspraak op hulpmiddelenzorg. De eerste vraag die moet worden beantwoord is of de OrCam® MyReader 2.0 valt onder een functiegerichte omschrijving van een hulpmiddel. In dit geval kan - vanwege de voorleesfunctie - worden gedacht aan artikel 2.13, eerste lid, sub b, onder 1, Rzv. Hiermee staat vast dat het hulpmiddel een verzekerde prestatie vormt op grond van de zorgverzekering en rest nog de vraag ter beantwoording of verstrekking hiervan ook doelmatig is.
- 6.10. Bij de totstandkoming van de Zvw is de wetgever ervan uitgegaan dat de doelmatigheid van de zorg een onderwerp is dat behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar en dus niet het onderwerp van wettelijke voorschriften is. Een eventueel doelmatigheidsvereiste is aan de zorgverzekeraar en de verzekerden om daarover afspraken te maken in de zorgverzekering en vervolgens op te nemen in de verzekeringsvoorwaarden (Stb. 2005, 389, p. 37). Het ligt op de weg van de zorgverzekeraar erop toe te zien dat een juiste balans tot stand komt tussen enerzijds de kosten van zorg waarop een verzekerde aanspraak maakt en anderzijds de geschiktheid en doeltreffendheid van de te verlenen zorg. Tegen deze achtergrond moet worden beoordeeld of de ziektekostenverzekeraar op redelijke gronden heeft besloten de OrCam® MyReader 2.0 niet aan verzoeker te verstrekken.
- 6.11. De commissie stelt vast dat in artikel A.3.2. van de zorgverzekering tussen partijen afspraken zijn gemaakt over de doelmatigheid van de zorg en overige diensten, zodat de ziektekostenverzekeraar hierover kan oordelen. Uit de toelichting van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat hij de aanvraag heeft afgewezen, omdat onvoldoende is onderbouwd waarom andere hulpmiddelen niet voldoen en hoe vaak verzoeker de OrCam® MyReader 2.0 zal gebruiken. In zijn reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut van 18 november 2021 heeft verzoeker toegelicht dat hij de OrCam® MyReader 2.0 dagelijks, vrijwel gedurende de hele dag, zowel binnen als buiten zal gebruiken. Ook heeft hij toegelicht waarom de door de ziektekostenverzekeraar voorgestelde Compact Speech niet adequaat is. Ter zitting heeft hij benadrukt dat hij het hulpmiddel heeft uitgetest en dat is gebleken dat als de OrCam® MyReader 2.0 goed is ingesteld, deze kan worden gebruikt zonder handgebaren, zodat hij zijn handen aan de rollator kan houden waardoor onnodige valrisico's worden voorkomen. En eerder heeft verzoeker al toegelicht waarom de aan hem verstrekte Traveller® HD beeldschermloop voor hem niet meer adequaat is, hetgeen door het Zorginstituut in het advies van 18 november 2021, bevestigd in het definitieve advies van 17 januari 2022, ook is vastgesteld. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting en in zijn brief van 19 januari 2022 aangevoerd waarom hij van mening is dat de verstrekking van het gevraagde hulpmiddel niet doelmatig is. Dit betreft zowel de kosten als het feit dat de OrCam® MyReader 2.0 ook met behulp van handgebaren moet worden bediend. Alles overwegende is de commissie van oordeel dat verzoeker voldoende heeft gemotiveerd om welke reden hij redelijkerwijs is aangewezen op de OrCam® MyReader 2.0. De ziektekostenverzekeraar heeft onvoldoende gemotiveerd weerlegd waarom de OrCam® MyReader in de situatie van verzoeker niet doelmatig is. Weliswaar zijn de kosten van de OrCam® MyReader hoger dan die van het door de ziektekostenverzekeraar genoemde alternatief, maar daar staat tegenover dat verzoeker in de praktijk heeft ondervonden dat hij de OrCam® MyReader kan gebruiken zonder handgebaren. Hierdoor kan hij zijn rollator met beide handen blijven vasthouden en worden onnodige valrisico's voorkomen.
- 6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker de OrCam MyReader 2.0 moet verstrekken, en
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 3 februari 2022,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

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. [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, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen bij de behandeling van diabetes;
- p. draagbare, uitwendige infuuspompen als omschreven in artikel 2.22;
- q. [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. [vervallen;]
- v. [vervallen;]
- w. [vervallen;]
- x. [vervallen;]
- y. uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren;
- z. [vervallen;]
- aa. [vervallen;]
- bb. [vervallen;]
- cc. [vervallen;]
- dd. [vervallen;]
- ee. [vervallen;]
- ff. [vervallen;]
- gg. [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.
2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet:
 - a. brillenglazen of filterglazen;
 - b. brilmonturen voor brillenglazen of filterglazen;
 - c. eenvoudige hulpmiddelen voor lezen en schrijven.
3. In het geval van lenzen dient:
 - a. de stoornis het gevolg te zijn van een medische aandoening of een trauma, waarbij lenzen tot een grotere verbetering in de functies gezichtsscherpte of kwaliteit van de visus leiden dan brillenglazen, of
 - b. bij verzekerden jonger dan achttien jaar sprake te zijn van pathologische myopie met een refractieafwijking van ten minste -6 dioptrieën.
4. In afwijking van het tweede lid, onderdeel a, omvat de zorg brillenglazen en filterglazen voor verzekerden tot achttien jaar, indien:
 - a. er sprake is van indicatie voor lenzen als bedoeld in het derde lid, maar het dragen van lenzen niet de voorkeur heeft,
 - b. de verzekerde aan een of beide ogen geopereerd is vanwege een lensafwijking, of
 - c. de verzekerde lijdt aan zuivere accommodatieve esotropie.
5. Voor blindengeleidehonden geldt dat een tegemoetkoming kan worden verleend in de redelijk te achten gebruikskosten.

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.

meer onderdelen van de verzekeringsvoorwaarden, Vergoedingen Overzichten, reglementen en bijlagen af gaan wijken van de wet. Als er verschil bestaat tussen enerzijds verzekeringsvoorwaarden, Vergoedingen Overzichten, reglementen en bijlagen en anderzijds een of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

A.2.13. Wat sturen wij u toe?

Als u zich voor het eerst bij ons verzekert of als verzekeringsvoorwaarden, premie(grondslag) en/of aanspraak op zorg danwel vergoeding veranderen, dan sturen wij u:

- een nieuw polisblad. Wij geven daarbij ook aan vanaf welke datum dit nieuwe polisblad geldt. Vanaf die datum geldt uw oude polisblad niet meer.
- als u ons daar om vraagt, ook nieuwe verzekeringsvoorwaarden en een nieuw Vergoedingen Overzicht toe. Wij geven aan vanaf welke datum die nieuwe verzekeringsvoorwaarden en het nieuwe Vergoedingen Overzicht gelden. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum gelden uw oude verzekeringsvoorwaarden en het oude Vergoedingen Overzicht niet meer.
- als u ons daar om vraagt, een aanvulling op uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht. Wij geven aan vanaf welke datum de aanvulling geldt. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum geldt die aanvulling naast uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht.

U kunt de verzekeringsvoorwaarden en Vergoedingen Overzichten op onze website vinden.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

A.3.1. Zorgbemiddeling

U hebt recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Bijvoorbeeld als de benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt ook verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats kan worden verleend of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

Wie bepalen de inhoud en omvang van de zorg?

- De inhoud en omvang van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid.
- Wij bepalen de inhoud en omvang van de particuliere ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat beschreven waar u voor verzekerd bent. Voor alle zorg geldt dat deze moet voldoen aan alle volgende eisen:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen.

Toelichting:

- Om te beoordelen of zorg behoort tot de zorg die een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden, gaat het er om welke klachten/aandoeningen een bepaalde beroepsgroep behandelt en welke vormen van zorg men daarvoor in het algemeen aanbiedt. Met andere woorden: behoort de zorg tot het domein van een bepaalde beroepsgroep en rekent deze beroepsgroep de zorg tot zijn deskundigheidsgebied.
 - De zorg valt als verzekerde zorg op grond van de Zorgverzekeringswet onder de basisverzekering en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk B van deze verzekeringsvoorwaarden; of
 - De zorg valt als verzekerde zorg onder uw aanvullende verzekering(en) en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk D van deze verzekeringsvoorwaarden.
- De inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Toelichting:

- Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.
 - In Vergoedingen Overzichten en andere communicatiemiddelen staat de omvang van de zorg. Als bij bepaalde zorg een bedrag, aantal of periode staat, bestaat aanspraak op die zorg tot maximaal dat genoemde bedrag, dat aantal of die periode. Op rekeningen met een lager bedrag, een lager aantal of een kortere periode wordt nooit meer betaald dan wat gedeclareerd is.
- U bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die

zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

Toelichting:

Het moet gaan om doelmatige, passende zorg voor uw situatie. Zo moet er een indicatie voor de zorg zijn en mag het geen onnodig dure zorg en geen onnodig uitgebreide zorg zijn. Te dure of te uitgebreide zorg in uw situatie is dus geen doelmatige zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt.

Voorbeeld:

Als u een indicatie hebt voor een hoortoestel uit categorie X en een toestel van € 1.500,- is voldoende en geschikt voor u, dan is dat hoortoestel doelmatige zorg. U hebt dan een wettelijke eigen bijdrage van 25% van € 1.500,- en daarvan kan een deel uit uw aanvullende verzekering vergoed worden als u daarvoor verzekerd bent.

Als u uit diezelfde categorie X een toestel van € 2.000,- kiest dat even geschikt is, vergoeden we dus niets, omdat dat toestel niet doelmatig is; als er twee hoortoestellen binnen een categorie (X) zijn die even geschikt en voldoende zijn voor u, vergoeden we op basis van de doelmatigheid het hoortoestel van € 1.500,- en wordt niets vergoed van het hoortoestel van € 2.000,-.

- De verzekerde zorg kan ook bestaan uit andere zorg dan in dit hoofdstuk B is beschreven. Voor deze "andere zorg" gelden de volgende voorwaarden:
 - de andere zorg moet naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leiden; en
 - de andere zorg is wettelijk niet uitgesloten; en
 - wij hebben u van tevoren een akkoordverklaring gegeven voor de "andere zorg".
- De zorg die u ontvangt, kan uit slechts 1 bepaling van de basisverzekering voor vergoeding in aanmerking komen; uw aanvullende verzekering kan hier eventueel een aanvullende vergoeding op geven.

Deze algemene eisen gelden altijd naast de andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden voor de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg. Als u al zorg ontvangt, maar die zorg voldoet niet meer aan inmiddels gewijzigde en u medegedeelde eisen in deze verzekeringsvoorwaarden, dan vervalt ook de aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten. Een lopende behandeling waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven, mag worden afgemaakt.

A.3.3. Voorwaardelijke zorg

In afwijking van artikel A.3.2. 2^e en 3^e bolletje omvat de dekking ook de zorg en diensten die bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode zijn aangewezen. Voor die zorg gelden de daar geregelde voorwaarden (zie artikel B.22.). Op de website van de overheid: wetten.overheid.nl is de Regeling zorgverzekering te vinden.

A.3.4. Dekkingsgebied

Uw verzekering(en) heeft (hebben) een werelddekking.

Voorbeeld:

U bent op vakantie in Frankrijk en koopt daar een bril op sterkte. U hebt een aanvullende verzekering waarin een vergoeding voor gezichtshulpmiddelen is opgenomen van € 100,- per 2 jaar. Deze vergoeding geldt dan ook voor een bril die u in het buitenland koopt.

De voorwaarden die bij het betreffende artikel horen gelden ook voor het buitenland en de zorgverlener moet voldoen aan de eisen, wetten en regels die in dat land worden gesteld.

A.3.5. Voorwaarden op maat

Uw vergoedingen en voorwaarden worden online op maat aangeboden. Het kan dan gebeuren dat u op een bepaald moment andere voorwaarden of vergoedingen ziet dan die u eerder zag, bijvoorbeeld nadat u 18 jaar of 22 jaar bent geworden.

In deze gevallen passen wij niet de voorwaarden of vergoedingen aan (zoals bedoeld in artikel A.5.3.), maar zijn vanwege uw leeftijd andere voorwaarden of vergoedingen op u van toepassing geworden.

A.4. Begin en duur van uw verzekering

A.4.1. Ingangsdatum

De verzekering gaat in op de datum waarop wij uw verzoek om de verzekering bij ons af te sluiten, ontvingen. U dient hierbij uw adres te vermelden zoals dit bekend is in de Basisregistratie Personen. We kunnen u ook inschrijven voor de verzekering zonder (juist) adres in de Basisregistratie Personen als u:

- een verklaring van uw werkgever of een salarisafschrift aan ons toestuurt van maximaal een maand oud waarop de ingangsdatum van uw dienstverband genoemd staat. Hieruit moet blijken dat u aan de loonbelasting onderworpen bent in verband met in Nederland of op het continentaal plat (als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg), uitgevoerd werk;

Voorwaarden

Algemeen

- Bij medicijnen gelden de voorwaarden genoemd in artikel B.15.1.
- Het gaat om rationele farmacotherapie. Zie artikel B.15.1.a. "Medicijnen".
- Voor sommige bereidingen hebben wij aanvullende informatie nodig om te beoordelen of het gaat om rationele farmacotherapie. Meer hierover kunt u lezen in artikel 4 "Vergoeding van niet-geregistreerde medicijnen" van het Reglement Farmacie.
- De bereiding komt niet overeen met warenwetproducten.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.16. Dieetpreparaten

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat levering van (polymere, oligomere, monomere en modulaire) dieetpreparaten die als drink- en/of sondevoeding gebruikt worden.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg omvat niet:
 - voedingssupplementen en vitaminepreparaten die zonder recept verkrijgbaar zijn;
 - afslankproducten, ook niet als zij als dieetpreparaat geregistreerd zijn;
 - aangepaste voeding zoals lactosevrije kaas, glutenvrij brood, geiten- of paardenmelk en dergelijke;
 - voeding die via de bloedbaan wordt toegediend; deze wordt vergoed uit artikel B.15.1.

Voorwaarden

Algemeen

Voor dieetpreparaten gelden de volgende voorwaarden:

- Het dieetpreparaat dat aan u is voorgeschreven, is geregistreerd als dieetpreparaat en als zodanig opgenomen in de G-standaard van de Z-index (het landelijke geneesmiddelenbestand);
- Er wordt voldaan aan de voorwaarden voor dieetpreparaten die zijn omschreven in de Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering (zie ook artikel B.15.1. onder Akkoordverklaring,

nadere voorwaarden.):

- U kunt niet uitkomen met aangepaste normale voeding;
- U kunt niet uitkomen met andere producten van bijzondere voeding en u lijdt aan een stofwisselingsstoornis en/of aan een voedselallergie en/of aan een resorptiestoornis en/of aan een ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop (gemeten met een officieel vastgestelde methode);
- U bent aangewezen op dieetpreparaten volgens de in Nederland geldende richtlijnen van de betreffende beroepsgroep.

De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid: wetten.overheid.nl.

Als sprake is van een allergie worden de dieetpreparaten vergoed vanaf het moment dat de allergie is bewezen.

Bij bijvoorbeeld een vermoeden van een koemelkeiwitallergie (kea) worden provocatietesten gedaan. Pas na een dubbelblinde provocatietest kan met zekerheid worden vastgesteld dat sprake is van een kea en kunt u aanspraak maken op vergoeding. De testperiode voorafgaand aan de dubbelblinde provocatietest komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Behandelaarsvoorstel

Een jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist of een diëtist heeft vastgesteld dat de dieetpreparaten medisch noodzakelijk zijn.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig in de vorm van een artsenverklaring. De zorgverlener die u het dieetpreparaat voorschrijft, vult de landelijke artsenverklaring in. Wij, of een zorgverlener waar wij een overeenkomst mee hebben, toetsen/toetst vooraf aan de hand van deze verklaring of het recept of u aan de voorwaarden voldoet.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.17. Hulpmiddelen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

B.17.1. Algemeen

De zorg omvat verstrekking, in eigendom of bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie van functionerende hulpmiddelen. Ook de instructie en begeleiding bij het gebruik ervan. Functionerend

wil zeggen dat de hulpmiddelen bij aflevering gebruiksklaar zijn.

Dit betreft medische hulpmiddelen die bedoeld en/of genoemd zijn in de Regeling zorgverzekering. Een aantal hulpmiddelen is concreet in de Regeling zorgverzekering genoemd. Andere hulpmiddelen niet. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid: wetten.overheid.nl.

Het recht op het hulpmiddel is hier functiegericht omschreven: u bent verzekerd voor een functionerend hulpmiddel ter compensatie van de genoemde functionele beperking.

Het hulpmiddel moet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk", wat inhoudt dat het hulpmiddel bewezen effectief moet zijn voor het doel waarvoor het wordt ingezet. Er geldt een uitzondering voor voorwaardelijk toegelaten zorg. In artikelen A.3.3 en B.22. leest u daar meer over.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg omvat niet:
 - kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel. Het gaat bijvoorbeeld om de kosten van energieverbruik en vervanging van accu's en batterijen. Deze kosten vallen wel onder uw zorgverzekering als dit in het Reglement Hulpmiddelen staat aangegeven;
 - hulpmiddelen die onder de aanspraken van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) vallen;
 - hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd en deel uitmaken van een opname of een medisch specialistische behandeling (zie hiervoor artikel B.4.);
 - hulpmiddelen die niet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk", tenzij het gaat om een hulpmiddel dat onder artikel B.22 valt;
 - hulpmiddelen of aanpassing van hulpmiddelen als deze uitsluitend of overwegend worden gebruikt in de werk- of onderwijsomgeving, tenzij in het Reglement Hulpmiddelen anders genoemd;
 - hulpmiddelen die algemeen gebruikelijk zijn. Dit zijn hulpmiddelen die niet één-op-één een relatie hebben met een beperking of stoornis die u hebt en/of duurzame hulpmiddelen waarvan de kosten beperkt zijn. Bijvoorbeeld: computers, mobiele telefoons, petten, sjaals en mutsjes, rollators en aangepast eetgerei.

- hulpmiddelen die algemeen gebruikelijke hulpmiddelen in het dagelijks leven vervangen en niet bijzonder kostbaar zijn. Bijvoorbeeld een opener voor potjes of grijpstok voor oprapen.
- De volgende hulpmiddelen vallen niet, of slechts onder bepaalde voorwaarden onder uw zorgverzekering. Deze kunnen wel in een aanvullende verzekering verzekerd zijn. Het gaat hierbij om:
 - Plaswekker;
 - Gezichtshulpmiddelen;
 - Steunzolen;
 - Hulpmiddelen voetzorg;
 - Thuisbewakingsmonitor;
 - ADL-hulpmiddelen;
 - Thuisverzorgingsartikelen;
 - Steunpessarium;
 - Teststrips voor mensen met diabetes waarbij er geen sprake is van toedienen van insuline;
 - Persoonsalarmering (sociale alarmering);
 - Condooms;
 - Braces en bandages;
 - Epilepsie alarmering;
 - Redressiehelm.

Meer informatie hierover vindt u in artikel D.4.

Sommige hulpmiddelen die onder uw zorgverzekering vallen worden niet volledig vergoed. Er is bijvoorbeeld sprake van een wettelijke eigen bijdrage of een wettelijke maximumvergoeding.

Wij hebben dit in het Reglement Hulpmiddelen bij de betreffende hulpmiddelen aangegeven. Ook kunt u informatie vinden in artikel D.4.

Tip

In een aanvullende verzekering is een aantal hulpmiddelen ook verzekerd. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

B.17.2. Reglement Hulpmiddelen

De hulpmiddelen bedoeld in artikel B.17.1., zijn opgenomen in ons Reglement Hulpmiddelen. Dit Reglement maakt deel uit van deze zorgverzekering. In het Reglement staat ook:

- de voorwaarden waaraan moet zijn voldaan om recht te hebben op de genoemde hulpmiddelen;
- of er wel of niet een akkoordverklaring bij ons moet worden gevraagd;
- welke eisen wij stellen aan het hulpmiddel en/of de zorgverlener;
- de hoogte van een eventuele wettelijke eigen bijdrage of maximum vergoeding.

U kunt het Reglement bekijken op onze website of bij ons opvragen.

B.17.3. Eigen bijdrage of maximale vergoeding

Voor bepaalde hulpmiddelen geldt een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding. In het Reglement Hulpmiddelen is aangegeven voor welke hulpmiddelen dit het geval is. Als u het hulpmiddel ontvangt van een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener, betalen wij de zorgverlener. Daarna verrekenen wij de wettelijke eigen bijdrage met u, tenzij in het Reglement bij dat hulpmiddel anders is bepaald.

Als u het hulpmiddel ontvangt van een niet-gecontracteerde zorgverlener, betaalt u zelf de zorgverlener en dient u daarna de nota bij ons in. Bij de afhandeling van de nota houden wij meteen rekening met de wettelijke eigen bijdrage of maximale vergoeding.

Let op!

Deze wettelijke eigen bijdrage en/of een aanvullende vergoeding op maximumbedragen kunnen in een aanvullende verzekering verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

B.17.4. Verzorging van het hulpmiddel

U draagt zorg voor het hulpmiddel dat u in eigendom of in bruikleen hebt. U doet dit in ieder geval volgens de richtlijnen en/of de garantievoorzwaarden van de fabrikant en/of de zorgverlener.

Schade (kosten van reparatie en vervanging daaronder begrepen) aan een hulpmiddel dat wij aan u in eigendom of bruikleen hebben gegeven en die is ontstaan door uw toerekenbare onachtzaamheid, wordt niet onder uw zorgverzekering gedekt.

Bij diefstal van het hulpmiddel doet u aangifte bij de politie. U meldt de diefstal ook bij ons en bij de zorgverlener.

Voorwaarden

Algemeen

- U voldoet aan de voorwaarden die wij in de verzekeringsvoorwaarden en het Reglement Hulpmiddelen bij dat betreffende hulpmiddel hebben aangegeven.
- Het hulpmiddel voldoet aan de eisen die wij in het Reglement Hulpmiddelen aan dat hulpmiddel stellen.
- U bent, gelet op uw behoefte en uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs naar inhoud, aard en omvang aangewezen op het betreffende hulpmiddel.
- Het hulpmiddel is voor u noodzakelijk, doelmatig en niet overbodig, onnodig duur of onnodig ingewikkeld. Wij en/of de voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener, zien daar op toe.
- Voor elk hulpmiddel geldt dat er sprake moet

zijn van een bepaalde medische indicatie. Als deze indicaties wettelijk zijn vastgelegd, staan deze ook in het Reglement per hulpmiddel aangegeven.

Zorgverlener

Als wij bij een hulpmiddel specifieke eisen stellen aan een bepaalde zorgverlener, staat dat in het reglement aangegeven.

Voorschrift

Voor aanvang van de behandeling hebt u een verwijzing en/of een voorschrift van een daartoe bevoegde arts of andere zorgverlener nodig voor gebruik van het hulpmiddel. In het Reglement Hulpmiddelen is voor ieder hulpmiddel aangegeven wie de bevoegde verwijzers/voorschrijvers zijn.

Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als dat in het Reglement Hulpmiddelen bij het betreffende hulpmiddel is aangegeven.
- Wij kunnen ons beleid voor akkoordverklaring voor een hulpmiddel aanpassen. De voorwaarden in ons Reglement Hulpmiddelen veranderen in dat geval. Ook plaatsen wij een bericht op onze website. Als u een akkoordverklaring vraagt voor de levering van een hulpmiddel, gelden altijd de voorwaarden zoals die gelden op de datum dat de aanvraag bij ons binnenkomt.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.17.5. Vervallen.

B.18. Vervoer

B.18.1. Ambulance

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1, 1e lid, van de Wet ambulancevoorzieningen, over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring hebt voor reizen over een grotere afstand of sprake is van spoedeisend ambulancevervoer.
- ziekenvervoer met een ander vervoermiddel, als vervoer per ambulance niet mogelijk is en u voor ziekenvervoer met dat andere vervoermiddel vooraf van ons een akkoordverklaring hebt gehad.
- de gebruikskosten die direct aan de inzet van een Automatische Externe Defibrillator (AED) zijn verbonden en die aan de ambulancedienst