



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: De heer A te B, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg
Zaak	: Hulpmiddelenzorg, continue glucosemonitoring (CGM), FreeStyle Libre, glucose-monitoringsysteem, sensoren, moment waarop de aanspraak ontstaat, aantal sensoren, doelmatigheid
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2017/2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017/2018
Zaaknummer	: 201901217
Zittingsdatum	: 4 december 2019

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

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A., en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Met het klachtenformulier van 17 mei 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 29 augustus 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 3 september 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker heeft op 16 september 2019 en 16 november 2019 aanvullende reacties aan de commissie gezonden. Afschriften hiervan zijn op 16 september 2019 respectievelijk 18 november 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 december 2019 gehoord.
- 2.5. Na de hoorzitting heeft de commissie - om verzoeker tegemoet te komen - besloten het Zorginstituut alsnog om advies te vragen. Bij brief van 6 januari 2020 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat hij niet bevoegd is om in deze zaak advies uit te brengen. Een afschrift van dit advies is op 7 januari 2020 aan partijen gestuurd. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. Partijen hebben gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid. De reacties zijn op 13 januari 2020 ter informatie aan de wederpartij gezonden.
- 2.6. Verzoeker heeft op 14 januari 2020 per e-mail gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 9 januari 2020. De brief van 9 januari 2020 was ter informatie aan verzoeker gezonden. Hij was dus door de commissie niet in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. De brief van verzoeker wordt om die reden door de commissie met het oog op een goede procesorde als *tardief* beschouwd. Dit betekent dat de brief te laat is ingediend, en dat deze verder buiten beschouwing wordt gelaten.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzekerde was in 2017 en 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende

ziektekostenverzekeringen ComfortPakket en Tandarts Collectief (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

- 3.2. Verzekerde heeft diabetes mellitus type 1. Verzoeker heeft daarom, in overleg met het ziekenhuis, in oktober 2017 een FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem en zeven sensoren aangeschaft.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 4 februari 2019 aan verzoeker meegedeeld dat van de gedeclareerde nota's een bedrag van € 1.557,40 wordt vergoed. De kosten van de reader en een aantal sensoren worden echter niet vergoed.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 6 maart 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij hem voor een deel tegemoet komt, in die zin dat in 2018 vergoeding van zes sensoren is afgewezen. De hiermee gemoeide kosten van € 359,40 worden alsnog coulancehalve vergoed. Ten aanzien van het in 2017 aangeschafte FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem en de zeven sensoren handhaaft de ziektekostenverzekeraar zijn afwijzende standpunt. Tot 3 februari 2019 worden de sensoren die zijn aangeschaft bij de niet-gecontracteerde zorgaanbieder nog volledig vergoed. Vanaf voornoemde datum kan verzekerde gebruik maken van twee gecontracteerde zorgaanbieders. Indien de sensoren toch worden aangeschaft bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, worden de kosten vergoed tot 75% tot maximaal het marktconforme tarief. Daarnaast worden op basis van doelmatigheid maximaal 26 sensoren per jaar vergoed.
- 3.5. In de procedure bij de commissie is verder komen vast te staan dat het Zorginstituut op 30 april 2018 het standpunt heeft uitgebracht dat vanaf 27 november 2017 onder voorwaarden aanspraak bestaat op een FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem met de daarbij behorende sensoren ten laste van de zorgverzekering. Verder staat vast dat verzekerde een indicatie heeft die voldoet aan de voorwaarden in genoemd standpunt.

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar alsnog het op 13 oktober 2017 ten behoeve van verzekerde aangeschafte FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem moet vergoeden;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar alsnog de op 13 en 30 oktober 2017 ten behoeve van verzekerde aangeschafte sensoren moet vergoeden;
 - (iii) verzekerde aanspraak heeft op meer dan 26 sensoren per kalenderjaar.
- 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 A.22 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over "*uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel*" zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. Verzoeker voert aan dat hij op het moment van aanschaf van het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem en de zeven sensoren, in oktober 2017, niet wist en ook niet kon weten dat deze vanaf 27 november 2017 zouden worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Deze beslissing is immers pas op 30 april 2018 genomen. Daarnaast waren de in oktober 2017 aangeschafte sensoren op 27 november 2017 nog niet allemaal verbruikt. Een sensor gaat immers normaal gesproken veertien dagen mee. Dit betekent dat op 27 november 2017 pas drie van de zeven sensoren waren gebruikt. Dat de datum van levering hierbij bepalend is, is volgens verzoeker een eigen interpretatie van de ziektekostenverzekeraar. Onder verwijzing naar de polisvoorwaarden is een beperking aangebracht in de aanspraak. Dit is volgens verzoeker in strijd met het standpunt van het Zorginstituut. Verzoeker vindt de benadering door de ziektekostenverzekeraar onredelijk. Bovendien moet het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem worden vergoed, omdat de sensoren zonder dit hulpmiddel geen nut hebben. Verzoeker leest in het Reglement Hulpmiddelen niet de beperking tot maximaal 26 sensoren per kalenderjaar, waarop de ziektekostenverzekeraar zich beroept. Daarnaast was verzekerde op het moment van aanschaf pas zes jaar oud. Hoewel er vaak een extra pleister, folieverband of elastisch fixatieverband wordt gebruikt ter bescherming van de sensor, kan niet worden voorkomen deze af en toe ergens achter blijft hangen, wordt losgetrokken bij het uittrekken van een t-shirt, of spontaan loslaat bij het zwemmen. De gecontracteerde zorgaanbieder levert zeven sensoren per kwartaal. Dit zijn dus 28 sensoren per jaar. De ziektekostenverzekeraar maakt zich volgens verzoeker er makkelijk van door de kosten van de extra sensoren met ingang van 2019 af te schuiven op de zorgaanbieder. Verzoeker heeft de commissie verzocht om het Zorginstituut in deze zaak een standpunt te laten innemen over de vraag of de afleverdatum dan wel de datum van ingebruikneming van de sensoren bepalend is voor de aanspraak.
- 6.3. In reactie op het advies van het Zorginstituut heeft verzoeker in zijn e-mailbericht van 12 januari 2020 meegedeeld dat hij verbijsterd is over dit advies. Volgens hem is het Zorginstituut de enige die duidelijk kan maken wat feitelijk is bedoeld met de datum 27 november 2017. Daarnaast heeft het Zorginstituut hem eerder meegedeeld dat hij alleen via de commissie een advies wil uitbrengen. Verzoeker is van mening dat het Zorginstituut wel bevoegd is in deze zaak een advies uit te brengen. Verzoeker merkt op dat nu het Zorginstituut geen inhoudelijk standpunt inneemt, het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt niet door het Zorginstituut wordt onderschreven. Volgens verzoeker sterkt het ontbreken van een inhoudelijk advies van het Zorginstituut hem in zijn mening dat *"wij in alle redelijkheid en billijkheid het standpunt hebben kunnen innemen dat het moet gaan om het moment van ingebruikname."*
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat het Zorginstituut op 30 april 2018 het standpunt heeft ingenomen dat het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem en de bijbehorende sensoren verzekerde zorg zijn ten laste van de zorgverzekering. De aanspraak geldt met terugwerkende kracht vanaf 27 november 2017. De door verzoeker ingediende rekeningen voor het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem met zeven sensoren met een afleverdatum van 13 oktober respectievelijk 30 oktober 2017 zijn door de ziektekostenverzekeraar afgewezen. Voor de beoordeling van het recht op vergoeding wordt namelijk uitgegaan van de datum van de aflevering. De sensoren gaan normaal gesproken veertien dagen mee. Daarom is op grond van de doelmatigheid besloten maximaal 26 sensoren per jaar te vergoeden. In het kader van de doelmatigheid kan hij niet op voorhand akkoord geven voor vergoeding van een oneindig aantal sensoren. In de praktijk kunnen twee dingen mis gaan met een sensor. Bij een technische mankement kan verzoeker de sensor terugsturen naar de fabrikant en wordt een oplossing gezocht. Als sprake is van verlies of schade kan een melding worden gedaan bij de leverancier. Deze beoordeelt, al dan niet in overleg met de ziektekostenverzekeraar, of sprake is van verwijtbaar



handelen en hoe vaak dit probleem voorkomt. Als het om een sporadisch verzoek gaat zonder verwijtbaar handelen, zal per individu sprake zijn van een aanvulling van de sensoren. Ook de ziektekostenverzekeraar is van mening dat een zevenjarig kind vrij moet kunnen spelen. Als dan een keer iets mis gaat met de sensor, is dat heel normaal en zal kosteloos een extra sensor worden geleverd. De ziektekostenverzekeraar benadrukt echter dat het ook de verantwoordelijkheid is van iedere verzekerde/ouder om alles eraan te doen om schade en verlies minimaal te houden. Voorzichtigheid is belangrijk in dergelijke situaties.



De ziektekostenverzekeraar merkt op dat op dit moment al extra sensoren worden geleverd, namelijk 28. Als desondanks behoefte is aan meer sensoren, kan verzoeker contact opnemen met de leverancier om de situatie van verzekerde te laten beoordelen. Er zal dan een individuele beoordeling plaatsvinden.



De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie voor 2018 de vergoeding van zes sensoren afgewezen, omdat het maximale aantal van 26 reeds was bereikt. Hij heeft nadien besloten verzoeker eenmalig tegemoet te komen door deze kosten, ten bedrage van € 359,40, alsnog uit coulance te vergoeden.

- 
- 6.5. De commissie overweegt dat het Zorginstituut op 30 april 2018 heeft bepaald dat het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem met terugwerkende kracht vanaf 27 november 2017 behoort tot het verzekerde pakket. Vóór die datum bestond dus geen aanspraak op dit hulpmiddel. In artikel A.19.2 van de zorgverzekering is geregeld dat bij het bepalen van het recht op vergoeding wordt uitgegaan van de datum van de behandeling of levering. Tussen partijen is niet in geschil dat het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem en de zeven sensoren vóór 27 november 2017 zijn geleverd. Verzoeker heeft daarom op grond van de zorgverzekering geen aanspraak op vergoeding van het in oktober 2017 aangeschafte FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem en de zeven sensoren. Het gegeven dat op 27 november 2017 hiervan vier sensoren nog niet waren gebruikt, is niet van belang, aangezien de datum van aflevering en niet die van ingebruikname bepalend is. Dat de sensoren die wél door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed nutteloos zijn zonder het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem (de zogenoemde reader) maakt het voorgaande niet anders.
- 
- 6.6. Op grond van artikel A.3.2 van de zorgverzekering bestaat alleen aanspraak op zorg als deze ook doelmatig is. Het komt de commissie niet onjuist voor dat de ziektekostenverzekeraar onder verwijzing naar de doelmatigheid in beginsel 26 sensoren per jaar verstrekt. Een sensor wordt immers geacht veertien dagen mee te gaan. Het feit dat verzekerde vanwege zijn leeftijd af en toe een sensor lostrekt, kan niet ertoe leiden dat zonder meer aanspraak bestaat op een groter aantal. Dat in het Reglement Hulpmiddelen 2019 geen maximum aantal is vermeld, is hierbij niet van belang. De bevoegdheid van de ziektekostenverzekeraar om eisen te stellen ten aanzien van de doelmatigheid strekt zich immers uit tot alle verzekerde zorg en andere diensten.
- 
- 6.7. Met betrekking tot de stelling van verzoeker dat de gecontracteerde zorgaanbieder per jaar 28 sensoren levert, en dat de ziektekostenverzekeraar met ingang van 2019 de kosten van de levering van twee extra sensoren dus afwentelt op de zorgaanbieder, overweegt de commissie als volgt. Of sprake is van afwenteling van de kosten van twee extra sensoren door de ziektekostenverzekeraar op de zorgaanbieder zoals verzoeker stelt, staat niet vast. Dat is afhankelijk van de contractuele afspraken die deze partijen met elkaar hebben gemaakt. Daar staat verzoeker buiten. Kennelijk heeft de ziektekostenverzekeraar in dat kader twee extra sensoren per jaar doelmatig geoordeeld.
- 
- 6.8. De commissie merkt nog op dat in de onderhavige kwestie in eerste instantie geen advies is gevraagd aan het Zorginstituut. In deze zaak zijn twee punten in geschil, te weten (i) de doelmatigheid, en (ii) de vraag welke datum bepalend is voor de aanspraak (aflevering of feitelijk gebruik). Dit zijn punten waarover het Zorginstituut, gelet op artikel 114, derde lid, Zvw, geen advies uitbrengt aan de commissie. Dit was anders geweest als de aanspraak zelf of de indicatie ter discussie zou staan. Omdat verzoeker meermaals heeft aangedrongen op een advies van het Zorginstituut, heeft de commissie na de hoorzitting besloten alsnog advies te vragen aan het Zorginstituut. Het

 Zorginstituut heeft in zijn advies van 6 januari 2020 bevestigd dat hij op grond van artikel 114, derde lid, Zvw niet bevoegd is om advies uit te brengen in deze zaak.

Aanvullende ziektekostenverzekering

 6.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis hiervan kan worden ingewilligd.

 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

B, 22 januari 2020,

 J.A.M. Strens-Meulemeester

Artikel 2.1 Bzv

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 het Interimbesluit forensische zorg.

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 zeven 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 Bzv

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.

Artikel 2.6 Rzv

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

- a. Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan, als omschreven in artikel 2.8;
- b. Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel als omschreven in artikel 2.9;
- c. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, als omschreven in artikel 2.10;
- d. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie als omschreven in artikel 2.11;
- e. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, als omschreven in artikel 2.12;
- f. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie als omschreven in artikel 2.13;
- g. hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn;
- h. [Red: vervallen;]
- i. hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden als omschreven in artikel 2.16;
- j. hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed, als omschreven in artikel 2.17;

- k. hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid als omschreven in artikel 2.18;
- l. injectiespuiten als omschreven in artikel 2.19;
- m. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe;
- n. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem;
- o. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel;
- p. draagbare, uitwendige infuuspompen als omschreven in artikel 2.22;
- q. [Red: vervallen;]
- r. hulpmiddelen voor het toedienen van voeding als omschreven in artikel 2.24;
- s. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken;
- t. hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering als omschreven in artikel 2.26;
- u. [Red: vervallen;]
- v. [Red: vervallen;]
- w. [Red: vervallen;]
- x. [Red: vervallen;]
- y. uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren;
- z. [Red: vervallen;]
- aa. [Red: vervallen;]
- bb. [Red: vervallen;]
- cc. [Red: vervallen;]
- dd. [Red: vervallen;]
- ee. [Red: vervallen;]
- ff. [Red: vervallen;]
- gg. [Red: vervallen;]
- hh. met thuisdialyse samenhangende kosten als omschreven in artikel 2.29.

den, 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 internetsite vinden.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

A.3.1. Zorgbemiddeling

U hebt recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Bijvoorbeeld ook 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

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

In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

- 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; en
- het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep die naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen; en
- de zorg is als verzekerde zorg genoemd in het Vergoedingen Overzicht van uw verzekering en uitgewerkt en omschreven onder hoofdstukken B of D van deze verzekeringsvoorwaarden; en
- u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

Naast de andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden gelden bovenstaande eisen voor het krijgen van aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten van zorg. Als u reeds zorg ontvangt, maar die zorg voldoet niet meer aan deze eisen of andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden, dan vervalt ook de aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten van zorg.

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.
- Ook moet sprake zijn van doelmatige zorg. Dit wil zeggen dat het moet gaan om de adequate zorg in uw situatie. Er moet bijvoorbeeld een indicatie voor de zorg zijn en het mag geen onnodig dure zorg zijn. Te dure zorg in uw situatie is dus geen adequate zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering. Ook niet als u een deel zelf bijbetaalt.
- 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.

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.).

post- of e-mailadres door hebt gegeven.

A.18.4. Geldigheidsduur

Als in de verzekeringsvoorwaarden staat vermeld dat vooraf een akkoordverklaring verplicht is, dan mag deze niet ouder zijn dan 365 dagen. Onze vrijwillige en/of verplichte akkoordverklaring is maximaal 365 dagen geldig, tenzij wij uitdrukkelijk anders bepalen.

Let op!

De akkoordverklaring wordt afgegeven op basis van de geldende wet- en regelgeving en verzekeringsvoorwaarden. De akkoordverklaring is niet meer geldig als de betreffende wet- of regelgeving wijzigt of als uw verzekering is gewijzigd of beëindigd, (tenzij de ingangsdatum van het DBC-zorgproductcode binnen de looptijd van uw verzekering ligt).

A.19. Rekeningen

A.19.1. Wie ontvangt de rekening?

Bepaalde zorgverleners kunnen rekeningen rechtstreeks bij ons indienen. Gaat u naar andere zorgverleners, dan ontvangt u van hen de rekening. Die dient u vervolgens bij ons in.

A.19.2. Rekeningen indienen

U kunt uw rekeningen op verschillende manieren insturen:

- via uw smartphone stuurt u ons met de door ons ter beschikking gestelde app digitaal gefotografeerde rekeningen;
- online via uw persoonlijke pagina (in de Mijn-omgeving op onze internetsite) stuurt u ons ingescande of digitaal gefotografeerde rekeningen;
- via de post stuurt u ons uw originele rekeningen; bij uitzondering en in overleg met ons kan dit ook een kopie van de rekening zijn.

Uw zorgverlener kan de rekeningen naar ons insturen via voor computers leesbare gegevensdragers (bijvoorbeeld CD-ROM's, DVD's of BluRay's).

Buitenlandse rekeningen

Als u zorg in het buitenland hebt gehad, hebt u mogelijk recht op vergoeding van (een deel van) rekeningen die u eerder hebt ingediend in uw woonland.

In dat geval nemen wij kopieën van de originele, buitenlandse rekeningen in behandeling. Deze kopieën stuurt u op met daarbij een verklaring van

het uitvoeringsorgaan van de sociale of wettelijke verzekering van uw woonland, waaruit blijkt:

- dat (een deel van) de kosten niet voor vergoeding in aanmerking is gekomen; en
- hoe hoog het bedrag is dat voor uw rekening blijft.

Eisen aan rekeningen

Rekeningen moeten:

- betrekking hebben op daadwerkelijk plaatsgevonden behandelingen en geleverde zorg, genees- of hulpmiddelen;
- binnen 36 maanden na de datum waarop de zorg is verleend bij ons binnen zijn. Ontvangen wij uw rekening later, dan komt deze niet meer voor vergoeding in aanmerking;
- afkomstig zijn van u, of van / namens de zorgverlener of zorginstelling;
- zo gespecificeerd en vertaald zijn, dat wij deze zonder vertaling, navraag of verder onderzoek volgens de verzekeringsvoorwaarden kunnen afhandelen. Voor specificatie van rekeningen gaan wij uit van dezelfde eisen als de belastingdienst. Zo moet de zorgverlener op een rekening bijvoorbeeld zetten:
 - de naam van de zorgverlener;
 - het adres van de zorgverlener;
 - uw naam;
 - de inhoud van de behandeling;
 - de datum waarop of de periode waarin de behandeling heeft plaatsgevonden;
 - het nummer waaronder de zorgverlener in een BIG-register is opgenomen (indien van toepassing);
 - de AGB-code;
 - het declaratiebedrag van de geleverde zorg;
 - de naam van het medicijn, de hoeveelheid, de sterkte en de toedieningsvorm, als u de medicijnen in het buitenland hebt gehaald.
- voldoen aan de door de NZa gestelde specifieke eisen. Deze eisen gelden boven die van de belastingdienst;
- bij medisch specialistische zorg kosten bevatten met vermelding van de juiste DBC-zorgproductcode.

Bij vergoeding gaan wij uit van de datum van de behandeling of levering, niet van de besteldatum of de datum van de rekening.

Let op!

- Wij geven geen vergoeding op basis van offertes, voorschotnota's, herinneringen of aanmaningen.
- Door u ingestuurde rekeningen, bijlagen en bescheiden geven wij u niet terug, ook niet als u slechts een deel vergoed hebt gekregen, ver-

artikel B.15.1.a. “Geneesmiddelen”.

- Voor sommige bereidingen hebben wij aanvullende informatie nodig om te beoordelen of het gaat om rationele farmacotherapie. Meer hierover kunt u lezen in artikel 3 “Vergoeding van niet-geregistreerde geneesmiddelen” 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 hebt u recht op?

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.
- De zorg valt onder 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 Zorgadvies en 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 voed-

selallergie 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 internetsite van de overheid: www.wetten.overheid.nl.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

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

Zorgadvies en akkoordverklaring

De zorgverlener – met uitzondering van de huisarts - die u het dieetpreparaat voorschrijft, vult de landelijke artsverklaring 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. Wij kunnen voor die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

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

Plaats

De dieetpreparaten zijn geleverd op uw woonadres of op een andere geschikte locatie die u met de zorgverlener afspreekt.

B.17. Hulpmiddelen

Zorg: waar hebt u recht op?

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 internetsite van de overheid: www.wetten.overheid.nl.

Het recht op het hulpmiddel is hier functiegericht omschreven: u hebt recht op 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.
- De zorg valt onder 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 ziekenhuisopname 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.
- 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 hoofdstuk

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. Dat zijn de volgende hulpmiddelen:
 - orthopedische schoenen;
 - verbandschoenen;
 - haarwerken;
 - hoortoestellen;
 - gezichtshulpmiddelen.

Meer informatie hierover vindt u in het Reglement Hulpmiddelen en/of in hoofdstuk 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 internet-site 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 zorgverlener met wie wij een zorgovereenkomst hebben gesloten, 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 zorgverlener met wie wij geen zorgovereenkomst hebben gesloten, 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 garantievoorwaarden 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 zorgverlener met wie wij een zorgovereenkomst hebben gesloten, 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.

Voorgestelde behandeling (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.

Zorgadvies en akkoordverklaring

- In het Reglement Hulpmiddelen geven wij per hulpmiddel aan of vooraf een akkoordverklaring nodig is.
- 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 internetsite. 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.

Plaats

De zorg wordt geleverd op de locatie waar de zorgverlener werkzaam is, op uw (woon)adres of op een ander door u opgegeven adres.

B.17.5. Vervallen.

B.18. Vervoer

B.18.1. Ambulance

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat:

- ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1, 1e lid, van de Wet ambulancezorg, 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 acuut 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 Wet ambulancezorg verstaat onder ambulance "een voor het vervoer van zieken of gewonden ingericht motorvoertuig, vaartuig of helikopter".

Voorbeeld 1:

Bij een ongeval op zee binnen- of buiten de territoriale wateren van Nederland valt ook helikopter- of vervoer onder uw zorgverzekering, als u van de plaats van het ongeval vervoerd wordt naar het dichtstbijzijnde land (binnen- of buitenland). Het maakt niet uit of u beroepsduiker, sportduiker, medewerker van een booreiland of (beroeps)visser bent.

Voorbeeld 2:

U bent in het buitenland en wordt daar ziek. Voor het bereiken van het dichtstbijzijnde ziekenhuis is gezien uw medische situatie, vervoer per vliegtuig het meest aangewezen. De kosten van uw vlieg-

REGLEMENT HULPMIDDELEN

Hulpmiddel	Voorwaarden	Akkoord verklaring 1 ^e verstrekking nodig van ¹ :	Akkoord-verklaring van ons (zie noot 1) :	Verwijsbrief met medische diagnose nodig van:	Bruikleen/eigendom	Let op!
B.17.17.: Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij langdurig compenseren van functieverlies van aderen bij transport van bloed en functieverlies van lymfevaten bij transport van lymfe (Artikel 2.6 sub m Regeling)						
Therapeutische elastische kousen en aan- en uittrek hulpen	Voor langdurige compensatie van functieverlies Aan- en uittrek hulpen: ter behoud van zelfstandigheid bij het niet aan/uit kunnen trekken van therapeutische elastische kousen	Gecontracteerde zorgverlener Zorgverzekeraar bij: aan- en uittrek- hulpen van meer dan € 100,-	Nvt	Behandelend arts	Eigendom Bruikleen bij: aan- en uittrek- hulpen van meer dan € 100,-	Niet-gecontracteerde zorgverlener: - moet erkend zijn conform Erkenningsregeling Therapeutische Elastische Kousen; of - huidtherapeut heeft contract "vrijgevestigd huidtherapeut" met ons De zorg omvat niet: Steunkousen (klasse 1 of lager)
Hulpmiddelen voor mechanische lymfe-drainage		Zorgverzekeraar	Nvt	Behandelend specialist	Bruikleen	
B.17.18.: Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in functies van het hematologisch systeem (Artikel 2.6 sub n Regeling)						
Zelfmeet-apparaat voor bloedstol-lingstijden en toebehoren		Nvt	Nvt	Trombose-dienst	Bruikleen	Trombosedienst moet goedkeuring geven voor zelfmeting
B.17.19.: Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel (Artikel 2.6 sub o Regeling)						
Diabetes-materialen: - apparaat voor zelf bloedafname + bijhorende lancetten; - bloedglucosetest-meter + bijbehorende teststrips; - injectiemateriaal; - een aangepaste uitvoering	U moet insuline-afhankelijk zijn of nagenoeg zijn uitbehandeld met bloedsuikerverlagende orale middelen	Gecontracteerde zorgverlener	Nvt	Behandelend arts	Eigendom	Bloedglucosemeter van niet gecontracteerde zorgverlener moet voldoen aan de norm: norm ISO 15197:2013 met een certificaat van TÜV, TNO, SKUP, Dekra of Lloyds Register.

REGLEMENT HULPMIDDELEN

Hulpmiddel	Voorwaarden	Akkoord verklaring 1 ^e verstrekking nodig van ¹ :	Akkoord-verklaring nodig van ons (zie noot 1) :	Verwijsbrief met medische diagnose nodig van:	Bruikleen/eigendom	Let op!
B.17.17.: Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij langdurig compenseren van functieverlies van aderen bij transport van bloed en functieverlies van lymfevaten bij transport van lymfe (Artikel 2.6 sub m Regeling)						
Therapeutische elastische kousen en aan- en uittrek hulpen	Voor langdurige compensatie van functieverlies Aan- en uittrek hulpen: ter behoud van zelfstandigheid bij het niet aan/uit kunnen trekken van therapeutische elastische kousen	Gecontracteerde zorgverlener Zorgverzekeraar bij: aan- en uittrek- hulpen van meer dan € 100,-	Nvt	Behandelend arts	Eigendom Bruikleen bij: aan- en uittrek- hulpen van meer dan € 100,-	Niet-gecontracteerde zorgverlener: - moet erkend zijn conform Erkenningsregeling Therapeutische Elastische Kousen; of - huidtherapeut heeft contract "vrijgevestigd huidtherapeut" met ons De zorg omvat niet: Steunkousen (klasse 1 of lager)
Hulpmiddelen voor mechanische lymfe-drainage		Zorgverzekeraar	Nvt	Behandelend specialist	Bruikleen	
B.17.18.: Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in functies van het hematologisch systeem (Artikel 2.6 sub n Regeling)						
Zelfmeet-apparaat voor bloedstol-lingstijden en toebehoren		Nvt	Nvt	Trombose-dienst	Bruikleen	Trombosedienst moet goedkeuring geven voor zelfmeting
B.17.19.: Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel (Artikel 2.6 sub o Regeling)						
Diabetes-materialen: - apparaat voor zelf bloedafname + bijhorende lancetten; - bloedglucosetest-meter + bijbehorende teststrips; - injectiemateriaal; - een aangepaste uitvoering	U moet insuline-afhankelijk zijn of nagenoeg zijn uitbehandeld met bloedsuikerverlagende orale middelen	Gecontracteerde zorgverlener	Nvt	Behandelend arts	Eigendom	Bloedglucosemeter van niet gecontracteerde zorgverlener moet voldoen aan de norm: norm ISO 15197:2013 met een certificaat van TÜV, TNO, SKUP, Dekra of Lloyds Register.

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 verzekeringsvoorwaarden en Vergoedingen Overzicht op onze internetsite vinden.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

A.3.1. Zorgbemiddeling

U hebt recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Bijvoorbeeld ook 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

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

In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

- 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; en

- het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep die naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen; en
- de zorg is als verzekerde zorg genoemd in het Vergoedingen Overzicht van uw verzekering en uitgewerkt en omschreven onder hoofdstukken B of D van deze verzekeringsvoorwaarden; en
- u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

Naast de andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden gelden bovenstaande eisen voor het krijgen van aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten van zorg. Als u reeds zorg ontvangt, maar die zorg voldoet niet meer aan deze eisen of andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden, dan vervalt ook de aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten van zorg

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.
- Ook moet sprake zijn van doelmatige zorg. Dit wil zeggen dat het moet gaan om de adequate zorg in uw situatie. Er moet bijvoorbeeld een indicatie voor de zorg zijn en het mag geen onnodig dure zorg zijn. Te dure zorg in uw situatie is dus geen adequate zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering. Ook niet als u een deel zelf bijbetaalt.
- 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 hetgeen gedeclareerd is.

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.). De Regeling zorgverzekering is te vinden op de internetsite van de overheid: www.wetten.overheid.nl.

clareren. Voor zorg door niet-genoemde soorten zorgverleners hebt u dus geen dekking, ook al bent u wel voor die zorg verzekerd; en

- die zorgverlener deze zorg zelf levert. Zorg mag ook worden geleverd door een andere, zelfs een niet genoemde soort zorgverlener, als deze handelt onder de verantwoordelijkheid van de zorgverlener die wij onder dat betreffende artikel wel uitdrukkelijk hebben genoemd, tenzij dat in het betreffende artikel anders staat vermeld; en
- die zorgverlener de zorg declareert onder eigen naam. Het kan ook zijn, dat een instelling, een andere zorgverlener of een derde de zorg declareert met vermelding van de naam van de verantwoordelijke zorgverlener; en
- een zorgverlener in Nederland voldoet aan de eisen en regels, die bij en/of krachtens wetten aan zijn beroep en bedrijf en de uitoefening daarvan worden gesteld, zodat hij zodoende bevoegde zorg levert. Zo moet een in Nederland gevestigde zorgverlener voldoen aan de eisen die bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) worden gesteld en moeten zorgverleners zich houden aan de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (WKKGZ). In Nederland gevestigde zorgverleners moeten voorts ook voldoen aan de eisen van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG):
 - artsen, tandartsen, apothekers, GZ-psychologen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen moeten zijn opgenomen in de landelijke BIG-registers of een ander door ons als gelijkwaardig beschouwd register (bijvoorbeeld registratie als laboratoriumspecialist klinische chemie bij de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde (NVCK);
 - van andere dan deze zorgverleners vergoeden wij alleen de zorg, als het zorgverleners betreft die op grond van artikel 34 van de Wet BIG een aangewezen opleiding hebben gevolgd en die rechtmatig de aan die opleiding verbonden titel of onderscheidingsteken voeren; en
- een zorgverlener in het buitenland voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld.

A.17.3. Zorggroep

Een zorggroep is een zorgverlener zoals bedoeld in artikel A.17.1. Een zorggroep heeft bovendien de volgende kenmerken:

- de zorggroep ("hoofdaannemer") heeft rechtspersoonlijkheid en contracteert in een samenwerkingsverband meerdere betrokken zorgver-

leners van verschillende disciplines, bijvoorbeeld een huisarts en diëtist die de daadwerkelijke zorg verlenen ("onderaannemers").

- de zorggroep levert ketenzorg (zie artikel B.24.).
- de zorggroep is verantwoordelijk voor het toezien op de handhaving van de kwaliteitseisen van de zorgverleners ("onderaannemers") en de levering van de zorg volgens de zorgstandaard. Zorgstandaarden beschrijven vanuit het patiëntenperspectief waar kwalitatief goede zorg aan moet voldoen (de inhoud van de zorg, de organisatie ervan en de ondersteuning van zelfmanagement). Een zorgstandaard is dus een hulpmiddel voor zorgverlener, verzekeraar én patiënt.
- declaratie van geleverde zorg loopt via de zorggroep, niet via de individuele, deelnemende zorgverleners, behalve wanneer sprake is van het zogenaamde "koptarief".
- een zorggroep is een zorgverlener met een zorgovereenkomst (zie artikel A.17.4.).

A.17.4. Zorgovereenkomst, betaalovereenkomst en erkenning

a. Zorgverleners met een zorgovereenkomst

Wij hebben overeenkomsten gesloten over zorg of middelen die zorgverleners leveren. In die overeenkomsten hebben wij afspraken gemaakt over de prijs, de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg en de voorwaarden waaronder zij die zorg verlenen en bij ons declareren. Wij hebben een lijst gemaakt van gecontracteerde zorgverleners. Die kunt u vinden op onze internetsite .

Als wij een overeenkomst hebben met een zorgverlener, hoeft dat niet altijd te betekenen, dat wij dat hebben gedaan voor al zijn (zorg)diensten. Het kan ook betekenen dat wij een zorgverlener hebben gecontracteerd voor bepaalde of een aantal van zijn zorgdiensten.

b. Zorgverleners zonder zorgovereenkomst

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen zorgovereenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u een (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten van de zorg als aan de voorwaarden uit artikel A.17.2. is voldaan. En als aan de voorwaarden van de betreffende zorg is voldaan. Dat heet "restitutie".

c. Zorgverleners met een betaalovereenkomst

Gaat u naar een zorgverlener met een betaalovereenkomst, dan worden de kosten van verleende zorg niet bij u, maar rechtstreeks bij ons gedeclareerd. Wij betalen dan rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van de verzekerde zorg. Zie hiervoor artikelen A.19.3. en A.19.4.

d. Erkenning van zorgverleners

Wij hebben zorgverleners- en/of beroepsgroepen erkend. Wij hebben geen afspraken met hen gemaakt, maar hebben extra voorwaarden aan zorgverleners binnen de zorgverleners- en/of beroepsgroep gesteld als kwaliteitsgarantie.

U leest de extra voorwaarden voor erkenning in:

- artikel A.1. of C.1. in de begripsomschrijving van de betreffende zorgverlener. Bijvoorbeeld een podotherapeut moet lid zijn van de N.V.v.P.; of
- het betreffende artikel van hoofdstuk B. of D. waar de zorg beschreven staat. Bijvoorbeeld een alternatief zorgverlener moet als lid zijn ingeschreven bij één van de beroepsverenigingen voor alternatieve geneeswijzen; de lijst met beroepsverenigingen vindt u op onze internetsite.

Ter afsluiting

Zorgverleners kunnen meerdere van de genoemde overeenkomsten met ons hebben gesloten.

Zorgverleners met een zorgovereenkomst hebben ook altijd een betaalovereenkomst. Zorgverleners met een erkenning kunnen een betaalovereenkomst met ons hebben. Andersom geldt dat niet. Zorgverleners met een betaalovereenkomst hoeven niet altijd een zorgovereenkomst of erkenning te hebben.

In artikel A.20 geven wij aan hoeveel wij vergoeden als u naar een zorgverlener gaat die wel of geen zorgovereenkomst heeft.

A.17.5. Einde overeenkomst met zorgverlener ("uitbehandeling")

- Eindigt de overeenkomst die wij met uw zorgverlener hebben gesloten, nadat u al was gestart met de behandeling bij deze zorgverlener? Dan vergoeden wij deze zorg uit uw basisverzekering gedurende uw behandeling.
- Stapt u tijdens uw behandeling over van een andere zorgverzekeraar naar ons? Dan houdt u recht op (vergoeding van) verzekerde zorg uit uw basisverzekering die u voortzet bij de zorgverlener met wie uw vorige zorgverzekeraar een overeenkomst had afgesloten. Dit geldt ook als wij geen overeenkomst met deze zorgverlener gesloten hebben, of niet op tijd alsnog een overeenkomst kunnen sluiten, of wij er niet voor kunnen zorgen dat de zorg uit uw basisverzekering op tijd geleverd wordt.

De zorg wordt dan uit uw basisverzekering vergoed alsof deze is verleend door een zorgverlener met wie wij wel een overeenkomst hebben geslo-

ten.

A.18. Zorgadvies en akkoordverklaring

A.18.1. Zorgadvies en akkoordverklaring

U hebt recht op zorgadvies van ons. Dan weet u of en in hoeverre bepaalde zorg of zorgverleners onder de dekking vallen van uw verzekering. Maar ook met welke zorgverleners wij overeenkomsten hebben gesloten. U vraagt dat zorgadvies en de akkoordverklaring aan bij onze afdeling Medische Beoordelingen. Bij verschillende zorgvormen hoeft u niet een zorgadvies en/of akkoordverklaring vooraf bij ons aan te vragen. Zorgverleners die wij hebben gecontracteerd, beoordelen (namens ons) of u voldoet aan de voorwaarden voor (vergoeding van) zorg en op welke zorg u in uw situatie bent aangewezen. Zij geven dan eventueel ook de akkoordverklaring namens ons af.

Bij de beschreven zorg in hoofdstuk B en/of D staat of voor die zorg zorgadvies en een akkoordverklaring aangevraagd moeten worden. Staat daarover bij een zorgvorm daarover niets vermeld, dan zijn zorgadvies en een akkoordverklaring niet verplicht. Zorgadvies en akkoordverklaring kunnen vrijwillig of verplicht zijn:

- vrijwillig zorgadvies en akkoordverklaring: wij raden u aan daarvan bij twijfel gebruik te maken. Dit kan bij alle zorg, maar wordt niet als voorwaarde vermeld bij de beschreven zorg in hoofdstuk B en/of D. U bent daartoe dus niet verplicht. U behoudt recht op de zorg zoals die onder de dekking van uw verzekering valt.
- verplicht zorgadvies en akkoordverklaring: u bent verplicht daarvan gebruik te maken voordat de zorg aan u wordt verleend. Dit staat als voorwaarde vermeld bij de beschreven zorg in hoofdstuk B en/of D. Als u ons zorgadvies opvolgt, krijgt u van ons de garantie dat zorg geheel of gedeeltelijk onder de dekking van uw verzekering valt.

A.18.2. Akkoordverklaring, verwijzing of recept bij verandering zorgverzekeraar

Als de situatie uit artikel A.17.5. onder het 2e bulletje zich voordoet, dan blijven de akkoordverklaring, de verwijzing en het recept met betrekking tot de zorgverzekering geldig alsof u nog steeds bij die andere zorgverzekeraar verzekerd was. De akkoordverklaring verloopt op de datum die daarin door de andere zorgverzekeraar is aangegeven. De verwijzing of het recept verloopt op de datum die daarin door de zorgverlener is aangegeven.

Zorgadvies en akkoordverklaring

De zorgverlener – met uitzondering van de huisarts - 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. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De dieetpreparaten zijn geleverd op uw woonadres of op een andere geschikte locatie die u met de zorgverlener afspreekt.

B.17. Hulpmiddelenzorg

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"): zie ook artikel A.2.5.

Zorg: waar hebt u recht op?

B.17.1. Algemeen

De zorg omvat verstrekking, in eigendom of bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie van functionerende hulpmiddelen en 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 internetsite van de overheid: www.wetten.overheid.nl.

Het recht op het hulpmiddel is hier functiegericht omschreven: u hebt recht op 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.
- De zorg valt onder 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 WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning) vallen;
 - hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd en deel uitmaken van een ziekenhuisopname 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.

Tip

- In een aanvullende verzekering is een aantal hulpmiddelen ook verzekerd. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Sommige hulpmiddelen die onder uw zorgverzekering vallen worden niet volledig vergoed. Er is bijvoorbeeld sprake van een wettelijke eigen bijdrage of een wettelijke maximumvergoeding. Dat zijn de volgende hulpmiddelen:
 - orthopedische schoenen;
 - verbandschoenen;
 - haarwerken;
 - hoortoestellen;
 - gezichtshulpmiddelen.Meer informatie hierover vindt u in het Reglement Hulpmiddelen en/of in hoofdstuk D.4.
- De volgende hulpmiddelen vallen niet onder uw zorgverzekering. Een enkel hulpmiddel valt slechts onder bepaalde voorwaarden onder uw zorgverzekering. Deze kunnen 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 hoofdstuk D.4.

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 eigen bijdrage of maximum vergoeding.

U kunt het Reglement bekijken op onze internet-site 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 afneemt van een zorgverlener met wie wij een zorgovereenkomst hebben gesloten, betalen wij de zorgverlener en verrekenen wij deze eigen bijdrage met u, tenzij in het Reglement bij dat hulpmiddel anders is bepaald.

Let op!

Deze eigen bijdrage en/of een aanvullende vergoeding op maximumbedragen kunnen in een aanvullende verzekering verzekerd zijn. Op uw Vergoedingenoverzicht 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 en meldt u de diefstal 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 zorgverlener met wie wij een zorgovereenkomst hebben gesloten, 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.

Voorgestelde behandeling (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.

Zorgadvies en akkoordverklaring

- In het Reglement Hulpmiddelen geven wij per hulpmiddel aan of vooraf een akkoordverklaring nodig is.
- 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 internetsite. 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. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg wordt geleverd op de locatie waar de zorgverlener werkzaam is, op uw (woon)adres of op een ander door u opgegeven adres.

B.17.5. Vervallen.