



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen OHRA
Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg

Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestellen, categorie zes, telefonische toezegging

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.10 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018

Zaaknummer : 201900916

Zittingsdatum : 4 maart 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. Strens-Meulemeester)

1. Partijen

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

OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Op 16 oktober 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) per e-mail gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 11 december 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 12 december 2019 aan verzoekster gezonden.

2.3. Bij brief van 12 februari 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020004800) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 13 februari 2020 aan partijen gestuurd.

2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 maart 2020 gehoord.

2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 9 maart 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van eveneens 9 maart 2020 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Uitgebreid, OHRA Tandengaaf 150 en OHRA Gezond (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. Verzoekster heeft de beschikking over een hoortoestel voor haar linkeroor. Omdat het gehoor, vooral in gezelschappen, medio 2018 slechter werd, heeft zij zich laten informeren over een nieuw hoortoestel. Op 28 september 2018 heeft zij van de audicien een hoortoestel meegekregen om te proberen. Dit betrof een hoortoestel van het type Oticon OPN 1 Mini LIHO. Omdat het hoortoestel goed beviel, heeft de echtgenoot van verzoekster op 28 december 2018 hierover telefonisch contact gehad met een medewerkster van de ziektekostenverzekeraar. Na dit gesprek heeft verzoekster besloten het hoortoestel aan te schaffen en de kosten bij de ziektekostenverzekeraar te declareren.

3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 januari 2019 per e-mail aan verzoekster meegedeeld dat haar verzoek om de kosten van het hoortoestel voor 75% te vergoeden, is afgewezen.

3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 30 januari 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.5. Bij brief van 12 februari 2020 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"Krachtens artikel 114, derde lid, j° artikel 11, van de Zvw adviseert het Zorginstituut over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties zoals opgenomen in de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering. Het geschil lijkt niet te gaan over de vraag of sprake is een te verzekeren prestatie of dat verzoekster hierop is aangewezen, maar spitst zich toe op de vraag of verzoekster onjuist is geïnformeerd en als gevolg daarvan schade heeft geleden. Het Zorginstituut is hierover niet bevoegd te adviseren. Het dossier bevat geen informatie waaruit kan worden geconcludeerd dat verzoekster is aangewezen op het aangevraagde hoortoestel."

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar verplicht is 75% van de kosten van het door haar aangeschafte hoortoestel van het type Oticon OPN 1 Mini LIHO te vergoeden.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 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 zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de op het geschil toepasselijke verzekeringsvoorwaarden (artikel B.17 en de bepaling uit Reglement Hulpmiddelen 2018) opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

6.2. Bij de beoordeling of iemand in aanmerking komt voor een hoortoestel ten laste van de zorgverzekering, wordt gebruik gemaakt van het meest recente ZN keuzeprotocol Hoorzorg. Uit dit protocol vloeit de indeling in de eerste tot en met de vijfde categorie voort. Hiermee wordt invulling gegeven aan het bepaalde in artikel 2.1, derde lid, Bzv, waarin is geregeld dat de verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft het voorgaande vastgelegd in de voorwaarden van de zorgverzekering en het 'Reglement Hulpmiddelen 2018'. In dit reglement is opgenomen op welk type hoortoestel een verzekerde aanspraak heeft. Ook is in het reglement bepaald binnen welke termijn aanspraak bestaat op vervanging. Deze termijn belooft vijf jaar en is nog niet verstreken. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op een vervangend hulpmiddel ten laste van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

6.3. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen dekking voor hoortoestellen zodat het verzoek niet op grond van deze verzekering kan worden toegewezen.

Telefonische toezegging

- 6.4. Verzoekster had reeds de beschikking over een hoortoestel voor haar linkeroor. Omdat het gehoor, vooral in gezelschappen, medio 2018 slechter werd, heeft zij zich laten informeren over een nieuw hoortoestel. Ook heeft de echtgenoot van verzoekster in september 2018 verschillende keren telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar om informatie te verkrijgen over de vergoeding van een nieuw hoortoestel. Het antwoord hierop luidde telkens dat geen vergoeding mogelijk was, omdat de gebruikstermijn van vijf jaar nog niet was verstreken. Desondanks heeft verzoekster op 28 september 2018 bij de audicien een hoortoestel afgenomen om te proberen. Dit betrof een hoortoestel van het type Oticon OPN 1 Mini LIHO. Op de proefbon/factuur van de (gecontracteerde) audicien staat vermeld dat geen vergoeding kan plaatsvinden op grond van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.5. Hoewel verzoekster dus verschillende keren te horen heeft gekregen dat geen vergoeding mogelijk is, voert zij thans aan dat de ziektekostenverzekeraar verplicht is een vergoeding te verlenen. Dit omdat volgens verzoekster een medewerkster van de ziektekostenverzekeraar op 28 december 2018 aan haar echtgenoot heeft toegezegd dat het hoortoestel van het type Oticon OPN 1 Mini LIHO voor 75% wordt vergoed. Op basis van deze informatie heeft verzoekster naar haar zeggen besloten het hoortoestel aan te schaffen. De commissie overweegt met betrekking daartoe als volgt.
- 6.6. Verzoekster heeft van de (gecontracteerde) audicien een proefbon/factuur ontvangen. Hierop staat vermeld dat de kosten van het hoortoestel € 1.750,- bedragen. Dit is voor de echtgenoot aanleiding geweest om op 28 december 2018 nogmaals telefonisch contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar. Volgens verzoekster heeft een medewerkster van de ziektekostenverzekeraar toen de toezegging gedaan dat de kosten voor 75% worden vergoed. Ter onderbouwing van haar stelling heeft verzoekster een geluidsbestand overgelegd. De ziektekostenverzekeraar bestrijdt de stelling van verzoekster en voert aan dat uit de geluidsopname niet kan worden opgemaakt dat aan de echtgenoot van verzoekster een zodanige vergoeding is toegezegd.
- 6.7. Vooropgesteld wordt dat het voor de commissie bij een telefoongesprek lastig is de exacte vraagstelling en de beantwoording hiervan te reconstrueren. Omdat verzoekster aanspraak maakt op vergoeding van 75% van de kosten, moet zij aannemelijk maken dat haar echtgenoot op 28 december 2018, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, een ongeclausuleerde toezegging met deze inhoud is gedaan. Verzoekster heeft in dit verband een geluidsbestand van (een deel van) het bewuste gesprek overgelegd. Hieruit blijkt niet eenduidig dat aan de echtgenoot van verzoekster is toegezegd dat het door verzoekster gewenste hoortoestel voor 75% wordt vergoed. Uit de opname blijkt namelijk niet op welke vraag de medewerkster van de ziektekostenverzekeraar antwoord gaf toen zij vertelde dat voor een hoortoestel een vergoeding geldt van 75% uit de basisverzekering, met een eigen bijdrage van 25%. Het lijkt er veeleer op dat door de echtgenoot van verzoekster de (algemene) vraag is gesteld welke vergoeding voor een hoortoestel geldt. Mocht dit anders zijn, dan had het op de weg van verzoekster gelegen aannemelijk te maken dat aan de medewerkster van de ziektekostenverzekeraar meer informatie is gegeven over het gewenste hoortoestel en haar specifieke situatie, met name de omstandigheid dat de gebruikstermijn van haar hoortoestel nog niet was verstreken. Dit klemt te meer omdat aan de echtgenoot van verzoekster bij eerdere gelegenheden te kennen is gegeven dat géén vergoeding mogelijk was, en zij dit ook kon opmaken uit de proefbon/factuur van de audicien. De commissie concludeert dat verzoekster niet aannemelijk heeft gemaakt dat aan haar echtgenoot op 28 december 2018 een ongeclausuleerde toezegging is gedaan. De ziektekostenverzekeraar is daarom niet verplicht de kosten van het hoortoestel voor 75% te vergoeden.
- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 maart 2020,



Strens-Meulemeester



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.9

1. Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, waarbij kan worden geregeld:

- a. in welke gevallen de verzekerde recht heeft op die zorg;
 - b. vergoeding van bij die regeling aangewezen kosten in verband met thuisdialyse.
2. De kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

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

Artikel 2.10

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel c, omvatten:
 - a. hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie voor zover er sprake is van een revalideerbaar oor met ten minste een verlies van 35 dB of ernstig oorsuizen;
 - b. hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het luisteren of beperkingen in het gebruik van communicatieapparatuur, indien de hulpmiddelen als bedoeld onder a, hiervoor onvoldoende verbetering bieden dan wel indien deze hulpmiddelen substitueren voor de hulpmiddelen als bedoeld onder a.
2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet deels implanteerbare hoorhulpmiddelen.
3. Een indicatie voor de in het eerste lid bedoelde hulpmiddelen is eveneens aanwezig als sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag.
4. Voor signaalhonden geldt dat een tegemoetkoming kan worden verleend in de redelijk te achten gebruikskosten.

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!
Hypertoon zout (van 3% t/m 7% NatriumChloride)	Alleen voor Cystic Fibrosis (CF, taatslijmziekte) patiënten van 6 jaar of ouder	Gecontracteerde zorgverlener	Nvt	Behandelend arts of ver-pleegkundig specialist	Eigendom	Aanvragen van verzekeren jonger dan 6 jaar met CF of verzekerden zonder CF kunnen voorgelegd worden bij de afdeling Medische Beoordelingen. Hiervoor is er wel een uitgebreide motivatie nodig van de zorgverlener en behandelend arts of verpleegkundig specialist
Losse universele voorzetskamers	Voor gebruik in combinatie met dosis-aërosolen	Gecontracteerde zorgverlener	Nvt	Behandelend arts	Eigendom	
B.17.8.: Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie (Artikel 2.10 Regeling)						
Hoortoestellen, maskeerders en oorstukjes	Een revalideerbaar oor met ten minste een verlies van 35dB (verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen), of ernstige oorsuizen	Gecontracteerde zorgverlener	Bij buiten-categorie hoortoestellen	Van 18 tot 67 jaar bij hoortoestel-dragenden: gecontracteerde triage audicien Van 18 tot 67 jaar bij niet-hoortoesteldragenden: kno-arts of audiologisch centrum Tot 18 jaar: Audiologisch Centrum Vanaf 67 jaar: gecontracteerde triage audicien	Eigendom	Wettelijke eigen bijdrage vanaf 18 jaar: 25% van de aanschafkosten en van oorstukjes Het hulpmiddel moet: - geleverd worden door gediplomeerd StAr-audicien - aangemeten zijn conform de meest recente versie van het Hoorprotocol - zijn opgenomen in de landelijke hoortoestellen database De zorg omvat niet: Vervanging batterijen of accu's en accessoires Audiogram mag niet ouder zijn dan 9 maanden U kunt uw hoortoestel normaal gesproken minimaal 5 jaar gebruiken. Zijn er binnen deze 5 jaar aanpassingen of reparaties nodig aan uw hoortoestel? Neem dan contact op met de gecontracteerde zorgverlener die het toestel aan u heeft geleverd. Wij hebben met hem afspraken gemaakt over de kosten van reparatie of aanpassing binnen deze periode. Wilt u naar een andere (gecontracteerde) zorgverlener? Neem dan contact met ons op. Wanneer u in aanmerking wilt komen voor een hoortoestel dat niet in de landelijke hoortoestellen database is opgenomen: - moeten er tenminste twee verschillende toestellen uit deze database uitgeprobeerd te zijn en -moet er een functioneel voorschrift van het audiologisch centrum zijn waaruit blijkt dat er niet met een toestel binnen deze database uitgekomen kan worden

als de magistrale bereiding een medicijn bevat met een wettelijke eigen bijdrage.

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 3 "Vergoeding van niet-geregistreerde medicijnen" van het Reglement Farmacie.
- De bereiding komt niet overeen met warenwetproducten.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) kan nodig zijn. Zie hiervoor artikel 3 "Vergoeding van niet-geregistreerde medicijnen" van het Reglement Farmacie.

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

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. 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 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 internetsite van de overheid: www.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.
- 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 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.
- 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 internetsite 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.

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 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 bent u voor verzekerd?

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 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 in rekening zijn gebracht. Dit zijn de elektrodenpads.

de Wet ambulancezorg verstaat onder ambulance