



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Hulpmiddelenzorg, Naida Link CROS, hoortoestel, eigen bijdrage
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.9 en 2.16c Bzv, 2.6, onderdeel c, 2.10 en 2.33, tweede lid, Rzv
Zaaknummer : 201801898
Zittingsdatum : 1 mei 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

2.1. Bij brief van 5 februari 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de Naida Link CROS volledig te vergoeden op basis van de zorgverzekering, nu dit hulpmiddel moet worden gelijkgesteld met een ringleiding (hierna: het verzoek).

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 20 maart 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 maart 2019 aan verzoekster gezonden. Daarbij heeft de commissie haar gevraagd of het geschil is opgelost. Verzoekster heeft de commissie bij e-mailbericht van 2 april 2019 meegedeeld dat zij het geschil wil voortzetten. Een afschrift van deze reactie is op 17 april 2019 ter kennisname aan de wederpartij gestuurd.

2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 mei 2019 gehoord.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering IZA Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Extra Zorg 3 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering 1) en Extra Tand 2 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering 2).

3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 22 oktober 2018 aan verzoekster een machtiging verleend voor een Naida Link CROS. Hierin is het volgende vermeld: *"U hebt een eigen bijdrage van 25% van de kosten. Dit betekent dat u 25% van de kosten zelf betaalt. (...) Hebt u het toestel aangeschaft in 2018 en gaat u naar een leverancier met wie wij een contract hebben afgesloten? Dan is de eigen bijdrage maximaal € 216,25. Hebt u het toestel aangeschaft in 2017? Dan is de eigen bijdrage maximaal € 216,25. Krijgt u een toestel met een (bi)cros aanpassing? Dan betaalt u hiervoor een extra eigen bijdrage van € 125. (...)"*

3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd de Naida Link CROS aan te merken als een ringleiding in plaats van een hoortoestel. Bij brief van 1 november 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.4. De behandelend klinisch fysisch-audioloog heeft bij brief van 1 augustus 2018 over verzoekster verklaard: *"(...) Met deze brief willen wij u verzoeken de Advanced Bionics Naida Link CROS (cat 99) van [naam verzoekster] te vergoeden. [Naam verzoekster] draagt een CI rechts (Naida Q90) wegens functionele doofheid beiderzijds. Onlangs heeft zij een Naida Link crostoestel op proef gehad. Hier*

ervaarde zij duidelijke meerwaarde van: zij kan beter verstaan in rumoerige situaties en makkelijker deelnemen aan vergaderingen. Wij hebben haar spraakverstaan-in-ruis gemeten bij 70 dB en een SNR van 10 met en zonder het crostoestel (zie bijlage: To2 is zonder, Tb3 is met), waarbij de CI adequaat stond ingesteld. Zonder het crostoestel heeft zij een spraakverstaansscore van 35%. Met het crostoestel verbetert dit tot 60%. Het hoortoestel verbetert haar verstaan in rumoer zowel objectief als subjectief en zorgt voor een betere participatie. Graag vragen wij u dan ook om tot vergoeding van de Naida Link CROS over te gaan, zodat uw verzekerde kan beschikken over het voor haar meest adequate hoorhulpmiddel. (...)"

4. Bevoegdheid van de commissie

- 4.1. De commissie is, gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 van de aanvullende ziektekostenverzekeringen (1 en 2) bevoegd van het geschil kennis te nemen. Zij kan hierover een bindend advies uitbrengen.

5. Geschil

- 5.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de Naida Link CROS volledig te vergoeden op basis van de zorgverzekering, nu dit hulpmiddel moet worden gelijkgesteld met een ringleiding (hierna: het verzoek).

6. Verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving

- 6.1. Op basis van de zorgverzekering en het 'Reglement Hulpmiddelen 2018' van de ziektekostenverzekeraar bestaat aanspraak op hoortoestellen en ringleidingen. In de aanvullende ziektekostenverzekering 1 is een gedeeltelijke vergoeding voor hoortoestellen opgenomen. Artikel 10 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) ziet op de te verzekeren risico's en artikel 11 op de te verzekeren prestaties. De aanspraak op hulpmiddelenzorg is geregeld in de artikelen 2.9 en 2.16c van het Besluit Zorgverzekering (Bzv) en voor de onderhavige zorg nader uitgewerkt in de artikelen 2.6, onderdeel c, 2.10 en 2.33, tweede lid, van de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 6.2. De relevante verzekeringsvoorwaarden van het jaar 2018 en de relevante bepalingen uit de Zvw, het Bzv en de Rzv zijn opgenomen in de bijlage bij deze uitspraak. Deze bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. Uit de overgelegde factuur komt naar voren dat de aanschafkosten van de Naida Link CROS € 749,- zijn. De zorgverzekering in combinatie met de aanvullende ziektekostenverzekering 1 dekt deze kosten volledig ($€ 561,75 + € 187,25 = € 749,-$). De zorgverzekering dekt namelijk 75% van de aanschafkosten van een hoortoestel (categorie 1 tot en met 5). De aanvullende ziektekostenverzekering 1 biedt voor de aanschafkosten van een hoortoestel dat niet vanuit de zorgverzekering wordt vergoed dekking tot maximaal € 250,-. Dit is geregeld op pagina 7 van het 'Reglement Hulpmiddelen 2018' van de ziektekostenverzekeraar en in artikel 38 van de aanvullende ziektekostenverzekering 1. Als voorwaarde voor deze vergoeding geldt dat verzoekster de ziektekostenverzekeraar de originele nota met betrekking tot de Naida Link CROS verstrekt. De door verzoekster overgelegde factuur volstaat hiertoe niet. Deze voorwaarde is opgenomen in artikel 1.6 van de zorgverzekering en artikel 1.4 van de aanvullende ziektekostenverzekering 1.
- 7.2. De vraag die de commissie, gelet op hetgeen is overwogen in 7.1, vooraf moet beantwoorden, is of verzoekster nog belang heeft bij beoordeling van haar verzoek. De commissie beantwoordt deze vraag bevestigend. Omdat de ziektekostenverzekeraar de Naida Link CROS heeft aangemerkt als hoortoestel, wordt 75% van de kosten hiervan vergoed op grond van de zorgverzekering. Als de Naida Link CROS moet worden aangemerkt als een ringleiding, dan worden de kosten hiervan

volledig vergoed op grond van de zorgverzekering. Verzoekster heeft daarom een voldoende belang erbij dat wordt vastgesteld of het hier een ringleiding betreft of een hoortoestel.

- 7.3. Voor een hoortoestel (categorie 1 tot en met 5) of tinnitusmaskeerder voor een verzekerde van achttien jaar of ouder geldt op grond van de zorgverzekering een eigen bijdrage van 25% van de aanschafkosten. Geen eigen bijdrage is verschuldigd voor ringleidingen, infrarood-apparatuur, FM-apparatuur, bluetooth-apparatuur of daarmee gelijk te stellen apparatuur. Dit blijkt uit pagina 7 van 'Reglement Hulpmiddelen 2018' van de ziektekostenverzekeraar. Een en ander is conform artikel 2.33, tweede lid, Bzv.
- 7.4. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de Naida Link CROS moet worden aangemerkt als een hoortoestel, omdat het als zodanig is opgenomen in de 'Hoortoestellendatabase'. Ook wordt dit hulpmiddel als zodanig gepresenteerd op de website van een bekende leverancier voor auditieve hulpmiddelen. In ieder geval kan de Naida Link CROS niet worden beschouwd als ringleiding. Het hulpmiddel fungeert - in tegenstelling tot een ringleiding - niet als tussenstation, maar brengt het geluid rechtstreeks over naar het cochleaire implantaat. Verzoekster heeft een en ander betwist. Zij voert aan dat zij met uitsluitend de Naida Link CROS niet beter kan horen. Dit hulpmiddel - dat zij aan haar linkeroor draagt - zendt namelijk alleen signalen door naar de processor van haar cochleaire implantaat (rechts), en versterkt geen geluid, zoals kenmerkend is voor een hoortoestel. Het cochleaire implantaat zet de ontvangen signalen vervolgens om in geluid. De Naida Link CROS fungeert dus, net als bij ringleidingen het geval is, als zender. In dit verband verwijst verzoekster naar passages uit de handleiding van het hulpmiddel.
- 7.5. De commissie overweegt het volgende. De term 'hoortoestel' is noch in de verzekeringsvoorwaarden noch in de Zvw en het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv gedefinieerd. Met ingang van 1 januari 2013 zijn auditieve hulpmiddelen functiegericht omschreven. Voor die tijd waren auditieve hulpmiddelen limitatief opgesomd in artikel 2.14 Rzv. Uit dit artikel kan worden afgeleid wat de wetgever heeft bedoeld met de term 'hoortoestel' als bedoeld in artikel 2.33, tweede lid, Bzv. Artikel 2.14 Rzv luidde op 1 december 2012, voor zover hier van belang:
- "Artikel 2.14*
1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel g, omvatten:
a. electro-akoestische hoortoestellen voor persoonlijk gebruik, in gewone dan wel bijzondere uitvoering, bestemd om op of aan het menselijk lichaam te worden gebezigd ter verbetering van een gestoord gehoor (...);
2. Als een bijzondere uitvoering van een elektro-akoestisch hoortoestel als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, wordt beschouwd:
a. een cros-uitvoering;
b. een bicros-uitvoering;
c. een beengeleider-uitvoering;
d. een uitvoering met één ingebouwde microfoon en twee aansluitingen;
e. een uitvoering met één uitwendige microfoon en één aansluiting;
f. een uitvoering met één ingebouwde microfoon, één uitwendige microfoon en één aansluiting."
- 7.6. Inherent aan een (electro-akoestisch) hoortoestel is dus dat dit op of aan het menselijk lichaam wordt gebezigd ter verbetering van een gestoord gehoor. Ook andere (bijzondere) uitvoeringen, zoals een CROS-uitvoering, worden beschouwd als een (electro-akoestisch) hoortoestel. Normaal wordt bij eenzijdige doofheid het signaal van het CROS-toestel omgezet in geluid en overgebracht naar het goede oor. Bij verzoekster gaat het ontvangen signaal rechtstreeks naar de processor van het cochleaire implantaat. Dat een andere 'route' wordt gevolgd, maakt echter niet dat de aard van het hulpmiddel hierdoor verandert. De door verzoekster gemaakte vergelijking met een ringleiding gaat daarom niet op. De Naida Link CROS is te beschouwen als een hoortoestel in een bijzondere uitvoering, ook al wordt het hulpmiddel in de situatie van verzoekster anders ingezet dan gewoonlijk. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom terecht bij verzoekster een eigen bijdrage van 25% van de aanschafkosten in rekening gebracht.



8. Het bindend advies



- 8.1. De commissie beslist dat de Naida Link CROS moet worden aangemerkt als een hoortoestel waarvoor een eigen bijdrage geldt van 25% van de kosten.

Zeist, 22 mei 2019,



G.R.J. de Groot



Artikel 2.33 van de Regeling zorgverzekering

(...)

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

(...)

Artikel 9. Buitenland

9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, dan hebt u voor zorg recht op:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterzijde van uw zorgpas staat de EHIC. Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, dan hebt u hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. U kunt de EHIC gebruiken in Australië voor spoedeisende medische zorg. U mag deze EHIC alleen gebruiken als u bij ons verzekerd bent. Als u deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl u weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor uw rekening.

9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, dan kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Let op

De kosten van een behandeling in het buitenland kunnen hoger zijn dan de kosten in Nederland. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, dan hebt u vooraf onze toestemming nodig. U hebt geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, dan moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en op onze website.

9.4. Verwijzing en/of toestemmingsvereiste

Is naast de toestemming voor het invoeren van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9).

Artikel 10. Klachten en geschillen

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

U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht gemakkelijk indienen via het online klachtenformulier op onze website. Bent u niet in de gelegenheid om uw klacht digitaal in te dienen? Dan kunt u uw klacht schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

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

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

10.2. e-Court

Als u premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet tijdig hebt betaald, kunnen wij een procedure starten bij de Stichting e-Court. Als u een oproep voor een procedure bij e-Court hebt ontvangen, kunt u een maand bezwaar maken tegen deze procedure. In dat geval starten wij een procedure bij de burgerlijke rechter, tenzij u het geschil voorlegt aan de SKGZ. De wettelijke regels en het procesreglement zijn op de procedure bij e-Court van toepassing. U vindt deze op www.e-court.nl.

10.3. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht indienen via onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht hierover schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, dan kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 35. Hulpmiddelen en verbandmiddelen

Omschrijving

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

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

In het Reglement hulpmiddelen vindt u de volgende informatie:

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

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

Informatie over gecontracteerde zorgaanbieders

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

Eigen bijdrage/maximale vergoeding

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

Eigen risico

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

Wie mag de hulpmiddelen en verbandmiddelen leveren

Een zorgaanbieder voor hulpmiddelen.

In het Reglement hulpmiddelen vindt u of deze zorgaanbieder aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen.

Bruikleen

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

Verwijsbrief nodig van

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

Toestemming

In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u vooraf toestemming nodig hebt. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Bijzonderheden

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

VERBLIJF IN EEN INSTELLING

Artikel 36. Verblijf

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met huisartsenzorg (artikel 11), verloskundige zorg (artikel 13.1), medisch specialistische zorg (artikelen 14 tot en met 21), gespecialiseerde GGZ (artikel 24) en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (mondzorg, artikel 30 en artikel 31) zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een onafgebroken periode van maximaal 3 jaar (1095 dagen), zoals omschreven in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging en paramedische zorg.

Verblijf is ook mogelijk voor verzekerden jonger dan 18 jaar die intensieve kindzorg nodig hebben zoals omschreven in artikel 12, Verpleging en verzorging.

Eigen risico

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

Waar mag het verblijf plaatsvinden

Het verblijf mag plaatsvinden in een ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, in een GGZ-instelling of in een revalidatie-instelling.

Eerstelijnsverblijf mag plaatsvinden in een instelling waar de geneeskundige zorg onder verantwoordelijkheid van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten wordt verleend.

Het verblijf in verband met intensieve kindzorg mag plaatsvinden in een kindzorghuis.

Op voorschrift van

Huisarts, verloskundige, medisch specialist, psychiater of kaakchirurg. Voor verblijf in verband met intensieve kindzorg mag een kinderarts of kinderverpleegkundige, niveau 5 een voorschrift afgeven.

Zij stellen vast of verblijf medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg of medisch noodzakelijk is in verband met chirurgische hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 31, Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Omschrijving hulpmiddel	Eigendom/bruikleen	Kwaliteitseisen waaraan zorgaanbieder moet voldoen	Verwijzing door	Toestemming gecontracteerde zorgaanbieder	Toestemming niet-gecontracteerde zorgaanbieder	Anderere belangrijke voorwaarden en bijzonderheden
Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie (artikel 2.10 Regeling zorgverzekering), zoals:						
hoortoestellen categorie 1 tot en met 5, (b)cross zender, oorstukjes en tinnitusmaskeerder	eigendom	StAr geregistreerd audiciens die werkt in een winkel met het keurmerk 'De Audicien' en CVC gecertificeerd is of een SEMH erkende audicien'	Bent u jonger dan 18 jaar? Dan hebt u een verwijzing nodig van een audiologisch centrum. Bent u 18 jaar of ouder en hebt u een (bi)cross zender, een tinnitusmaskeerder of een hoortoestel nodig die niet in de database is opgenomen? Dan hebt u een verwijzing nodig van een audiologisch centrum. Overige situaties: Gaat u naar een gecontracteerde audicien? Dan hebt u geen verwijzing nodig. Gaat u naar een niet-gecontracteerde audicien? Dan hebt u een verwijzing nodig van een huisarts, KNO-arts of audiologisch centrum.	Ja, de gecontracteerde zorgaanbieder vraagt voor u toestemming aan bij vervanging binnen de gebruikstermijn.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	Eigen bijdrage vanaf 18 jaar: U bent een eigen bijdrage verschuldigd van 25% van de aanschafkosten. Gebruikstermijn U kunt uw hoortoestel, (bi)cross zender en tinnitusmaskeerder minimaal 5 jaar gebruiken. Bijzonderheden U hebt recht op vergoeding als uw gehoorverlies minimaal 35 dB is. Op basis van het hoorhulpmiddelen protocol wordt bepaald op welk type hoortoestel u recht hebt. Kijk voor meer informatie op onze website. Deels implanteerbare hoortoestellen worden alleen vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg.
ringleidingen, infrarood-apparaatuur, FM-apparaatuur, bluetooth-apparaatuur of daarmee gelijk te stellen apparaatuur	eigendom	StAr geregistreerd audiciens en keurmerk 'De Audicien' of een SEMH erkende audicien	Gaat u naar een gecontracteerde audicien? Dan hebt u geen verwijzing nodig. Gaat u naar een niet-gecontracteerde audicien? Dan hebt u een verwijzing nodig van een huisarts, KNO-arts of audiologisch centrum.	Ja, de gecontracteerde zorgaanbieder vraagt voor u toestemming aan bij vervanging binnen de gebruikstermijn.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	Gebruikstermijn U kunt de apparaatuur minimaal 5 jaar gebruiken. U hebt 5 jaar garantie bij een gecontracteerde zorgaanbieder.

Omschrijving hulpmiddel	Eigendom/bruikleen	Kwaliteitseisen waaraan zorgaanbieder moet voldoen	Verwijzing door	Toestemming gecontracteerde zorgaanbieder	Toestemming niet-gecontracteerde zorgaanbieder	Anderere belangrijke voorwaarden en bijzonderheden
signaalhond en een tegemoetkoming voor de gebruikskosten van deze hond	bruikleen		behandelend arts met rapport audioloog	Ja, de gecontracteerde zorgaanbieder vraagt voor u toestemming bij ons aan.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf en vervanging. Als uw eigen hond door één van de opleidingsinstituten wordt opgeleid blijft uw hond uw eigendom en hebt u recht op een vergoeding van de kosten van de opleiding van uw hond.	Bijzonderheden U hebt alleen recht op een signaalhond die een substantiële bijdrage levert aan uw mobiliteit als u volledig doof bent waardoor de zelfstandigheid significant wordt vergroot en het beroep op (zorg)ondersteuning significant vermindert. Maximale vergoeding De tegemoetkoming voor de gebruikskosten bedraagt € 91,67 per maand.
solo-apparaat	bruikleen		audiologisch centrum	Ja, u hebt voorafgaande toestemming nodig bij vervanging binnen de gebruiks-termijn.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	
softwarelicentie voor teksttelefoonmogelijkheden op pc, tablet en mobiele telefoon	bruikleen		behandelend arts	Ja, u hebt voorafgaande toestemming nodig bij vervanging binnen de gebruiks-termijn.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf en vervanging.	
wek- en waarschuwingssystemen	bruikleen		gecontracteerde audicien, audiologisch centrum of KNO-arts	Ja, u hebt voorafgaande toestemming nodig bij vervanging binnen de gebruiks-termijn.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	Gebruikstermijn U kunt de apparatuur minimaal 5 jaar gebruiken. U hebt 5 jaar garantie.
hooraanpassingen op en voor de werkplek	bruikleen		audiologisch centrum	Ja, de gecontracteerde zorgaanbieder vraagt voor u toestemming bij ons aan.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	Bijzonderheden Omschrijft u in uw aanvraag welk hulpmiddel u nodig hebt en waarom? Wilt u ook een motivatie van uw werkgever meesturen?
BAHA (bone anchored hearing aid) met softband	bruikleen		audiologisch centrum	Ja, u hebt voorafgaande toestemming nodig bij vervanging binnen de gebruiks-termijn.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	Bijzonderheden U hebt alleen recht op een BAHA met softband als een BAHA-operatie niet tot de mogelijkheden behoort.
Hulpmiddelen bij stoornis in de functies van urinelozing en defecatie (artikel 2.11 Regeling zorgverzekering), zoals:						
urine-opvangzakken met de noodzakelijke hulpstukken ter bevestiging aan het been of bed	eigendom	apotheek of S.E.M.H.-gecertificeerd medisch speciaalzaak (DISW-i)	behandelend arts	Nee, u hebt geen voorafgaande toestemming nodig.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf.	Normgebruik - onsteriele disposabel urine-opvangzakken: 2 stuks per dag; - onsteriele semi-disposabele urine-beenzakken: 1 stuk per 4 dagen; - onsteriele semi-disposabel urine-nachtzakken: 1 stuk per 4 dagen. Bijzonderheden U hebt alleen recht op steriele urine-opvangzakken bij een medische indicatie voor steriliteit.

Artikel 7. Klachten en geschillen

7.1. Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht gemakkelijk indienen via het online klachtenformulier op onze website. Bent u niet in de gelegenheid om uw klacht digitaal in te dienen? Dan kunt u uw klacht schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

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

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

7.2. e-Court

Als u premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet tijdig hebt betaald, kunnen wij een procedure starten bij de Stichting e-Court. Als u een oproep voor een procedure bij e-Court hebt ontvangen, kunt u een maand bezwaar maken tegen deze procedure. In dat geval starten wij een procedure bij de burgerlijke rechter, tenzij u het geschil voorlegt aan de SKGZ. De wettelijke regels en het procesreglement zijn op de procedure bij e-Court van toepassing. U vindt deze op www.e-court.nl.

7.3. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover indienen via onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht hierover voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, dan kunt u uw klacht over formulieren voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling

U hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens de aanvullende verzekering. U kunt voor deze zorgbemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling.

U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg, denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

Bijzonderheden

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

Artikel 38. Hoortoestellen

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten voor de aanschaf van een hoortoestel volgens de Regeling zorgverzekering. De tegemoetkoming is het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt en de vergoeding die u ontvangt vanuit de zorgverzekering.

Vergoeding

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

Artikel 39. Hand- en/of vingerspalk

Omschrijving

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

Wie mag de zorg leveren

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

Vergoeding

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

Bijzonderheden

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

Artikel 40. Plaswekker

Omschrijving

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

Wie mag de zorg leveren

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