



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen

Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, tweede cataractoperatie aan linkeroog binnen 42 dagen, tarifiering

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017, art. 20 Vo. nr. 883/2004

Zaaknummer : 201800981

Zittingsdatum : 23 oktober 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

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
  - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij e-mailbericht van 23 mei 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 29 juli 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 30 juli 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 23 augustus 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019039568) aan de commissie meegedeeld dat de aanspraak op vergoeding vanuit de zorgverzekering niet in geschil is, zodat geen advies wordt uitgebracht. Een afschrift is op 23 augustus 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 oktober 2019 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 25 oktober 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 29 oktober 2019 heeft het Zorginstituut de commissie medegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2017 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis Vrij (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 3 en TandVerzorgd 500 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Op 16 november 2017 heeft verzoekster telefonisch contact gehad met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.3. Op 21 november 2017 is verzoekster voor de eerste keer te Antwerpen, België, geopereerd aan haar linkeroog. In het operatieverslag is hierover door de behandelend arts verklaard:  
*"(...) Cataractextractie linker oog. (...) Ontsmetten van de conjunctivale zak met ophthalmologische oplossing 5% en huid met iso-betadine 10%. Afdekken oog met zelfklevende vensterdoek, incisie vensterdoek ter hoogte van lidspleet en plaatsen van blefarostaat. Maken paracentese 1 mm links van incisie. Corneale incisie 2.8 mm breed temporaal. Injectie van adrenaline/Xylocaine verdund: 1/1000. Injectie van healon GV in de voorste oogkamer. Gecalibreerde en gecentreerde*

*anterieure capsulorhexis met caliper (5mm) en kapselpincet. Hydrodissectie van de lens met BSS. Phakoemulsificatie van de lenskern: 12.70 sec 10 %. Irrigatie/aspiratie van de cortexresten. Vullen van voorkamer met Healon GV Manueel reinigen van posterieure lenskapsel. functie van posterieure kapsel met 25Gnaald en vullen van ruimte van Berger met Healon. Congruente posterieure capsulorhexis met kapselpincet. (...)"*

- 3.4. Op 20 december 2017 is verzoekster voor de tweede keer te Antwerpen geopereerd aan haar linkeroog. De behandelend arts heeft hierover in het operatieverslag verklaard: "(...) *Te bijziend linkeroog na cataractingreep met intra-oculaire lens implantatie. (...) Onder topische anesthesie, toediening van zuurstof en monitoring van bloeddruk en saturatie, werd een intra-oculaire lens exchange uitgevoerd thv het linkeroog, type Morcher 89A +13.5D. Er waren peroperatief geen complicaties. Patiënt kon enkele uren na de ingreep in goede algemene gezondheid ontslagen worden met als lokale therapie Dicloabak 4x/d, Tobradex 4x/d. De chronische systemische medicatie werd niet gewijzigd. (...)"*
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 8 maart 2018 aan verzoekster meegedeeld dat zij voor de operatie die plaatsvond op 21 november 2017 een vergoeding ontvangt van € 447,--.
- 3.6. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 3 september 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld de kosten van de operatie van 21 november 2017 alsnog volledig te vergoeden. De vergoeding bedraagt € 1.855,17. De kosten van de operatie die plaatsvond op 21 december 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar niet aan verzoekster vergoed.
- 3.7. Naar aanleiding van de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar op 4 december 2018 bij het Belgische uitvoeringsorgaan voor de sociale ziektekostenverzekering een verzoek tot tarifiering gedaan. Hieruit is gekomen dat het tarief voor de tweede operatie van 20 december 2017 in België € 855,86 bedraagt. Dit bedrag is niet door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster vergoed.
- 3.8. Bij brief van 23 augustus 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:  
*"(...) Niet in geschil is de aanspraak op de behandeling. De adviestaak van het Zorginstituut [is] beperkt (...) tot de vraag of verzoekster aanspraak heeft op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Op verzoek van de SKGZ merkt het Zorginstituut het volgende op met betrekking tot de aard van de vergoeding.*

*Beide behandelingen vallen binnen hetzelfde zorgtraject. Er was geen sprake van een nieuwe zorgvraag en de DBC-zorgproductcode voor de eerste operatie stond nog open. Verweerder heeft voor de berekening van de hoogte van de vergoeding een passende DBC-zorgproductcode toegepast. (...)"*

#### 4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de ingreep die plaatsvond op 20 december 2017 aan haar moet 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 brengt daarover bindend advies uit, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A17 van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over een (tweede) cataractoperatie 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. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, gegaan met het doel daar een cataractoperatie te ondergaan. Dit betreft planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.
- 6.3. Verzoekster heeft op 16 november 2017 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. In het dossier bevindt zich geen verslag van het gevoerde gesprek. Volgens verzoekster is tijdens het betreffende gesprek gezegd dat zij de kosten van een cataractoperatie volledig vergoed krijgt, tenzij deze buitensporig hoog zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat dit kan zijn gezegd, maar dat deze mededeling dan zag op de eerste ingreep, die plaatsvond op 21 november 2017. Vast staat dat op 16 november 2017 nog niet bekend was dat de ingreep van 20 december 2017 nodig zou zijn. Deze tweede ingreep is immers uitgevoerd omdat met de eerste ingreep niet het gewenste resultaat werd bereikt. Niet gebleken is dat verzoekster voor de tweede ingreep aan de ziektekostenverzekeraar toestemming heeft gevraagd. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in die situatie buiten toepassing. Dat de ziektekostenverzekeraar op verzoek van de Ombudsman Zorgverzekeringen is overgegaan tot tarifiering, maakt dit niet anders. Getoetst moet worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.4. Tussen partijen is niet in geschil dat de zorgverzekering dekking biedt voor de kosten van een cataractoperatie. Daarom zijn de kosten van de ingreep op 21 november 2017 aan verzoekster vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft de vergoeding vastgesteld aan de hand van een DBC-zorgproductcode, namelijk 070401008. Over de juistheid van deze code bestaat geen discussie. In Nederland wordt het tarief van DBC geacht kostendekkend te zijn. Onder dit tarief vallen ook de kosten van (het oplossen van) complicaties, waaronder een heroperatie, als deze binnen de looptijd van het DBC-zorgproduct plaatsvinden. Gelet op de verklaringen van de behandelend arts werd de tweede ingreep uitgevoerd vanwege teleurstellende resultaten van de eerste ingreep. Aangezien de tweede ingreep plaatsvond binnen 42 dagen na de eerste ingreep, dat wil zeggen binnen de looptijd, vallen de kosten van deze ingreep binnen het DBC-zorgproduct dat is vergoed voor de eerste ingreep. Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering vindt vergoeding plaats op basis van het Nederlands tarief. Er bestaat daarom geen aanspraak op een aparte vergoeding van de tweede ingreep. Zou het anders zijn, dan ziet de ziektekostenverzekeraar zich voor 'dubbele' kosten gesteld ten opzichte van de situatie dat verzoekster - in overigens gelijke omstandigheden - had gekozen voor behandeling in Nederland. In dat geval waren de kosten van de operatie op 20 december 2017 immers gedekt onder het lopende DBC-zorgproduct.

**Aanvullende ziektekostenverzekering**

- 6.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een cataractoperatie. Daarom kan het verzoek niet op basis van die verzekering worden toegewezen.
- 6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 november 2019,



mr. L. Ritzema



## Buitenland

Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-verordening 83/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing.

### Welke zorg

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op vergoeding van kosten van zorg van een buitenlandse zorgaanbieder. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of
- recht op vergoeding van kosten van zorg tot maximaal het geldende Wmg-tarief als de zorg in Nederland zou zijn verleend, of tot een in Nederland geldend marktconform bedrag.

Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland of in een ander EU/EER-land of Verdragsland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland zou zijn verleend.

### Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal 1 nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig. U kunt voor meer informatie bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als de vraag en noodzaak voor die zorg ontstond terwijl u in het buitenland verbleef en de zorg redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.

## Alarmcentrale

Als u in het buitenland bent en u heeft daar zorg nodig, belt u dan met de Alarmcentrale op +31 317 455 555. Dit telefoonnummer staat ook op uw zorgpas. De Alarmcentrale is dag en nacht bereikbaar. Schakelt u de Alarmcentrale direct in bij spoedeisende zorg.

### Extra informatie

U kunt extra informatie over zorg in het buitenland vinden op [menzis.nl/buitenland](https://menzis.nl/buitenland).

## Audiologische hulp

**Audiologische hulp is een vorm van medisch specialistische zorg. Audiologische hulp is het voorkomen, opsporen, onderzoeken en behandelen van allerlei stoornissen aan het gehoor.**

### Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van:

- onderzoek naar de gehoorfunctie,
- advisering over aan te schaffen gehoorapparatuur,
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur,
- psychosociale zorg als u problemen heeft met de gestoorde gehoorfunctie,
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen bij een kind.

### Welke zorgaanbieder

U kunt voor audiologische hulp naar een audiologisch centrum.

- stottertherapie: behandeling voor stotteren waarvan de ernst ervan zodanig is dat het vloeiend verloop van de spraak duidelijk wordt belemmerd,
- afasie-therapie: behandeling voor taal- en spraakgebrek ten gevolge van hersenletsel,
- preverbale logopedie: de behandeling van eet- en drinkproblemen en/of slikstoornissen bij jonge kinderen,
- Hänen Ouderenprogramma: stap voor stap ondersteunen van de ouders op een praktische wijze bij het verbeteren van de communicatie met en het stimuleren van de spraaktaalontwikkeling van hun kind bij taalproblemen. Het Hänen Ouderprogramma is niet voor alle taalproblemen de aangewezen hulpvorm. Daarom is uitgebreid logopedisch onderzoek en een gesprek vooraf altijd nodig.
- groepsbehandeling Integrale Zorg Stotteren.

Wij raden u aan om aan uw logopedist te vragen of hij gespecialiseerd is in de behandeling van uw klachten.

U kunt voor deze zorg naar een logopedist die in het Kwaliteitsregister Paramedici staat. U kunt dit register vinden op [kwaliteitsregisterparamedici.nl](http://kwaliteitsregisterparamedici.nl). De logopedisten die een specifieke aantekening hebben kunt u vinden in het desbetreffende deelregister van de NVLF. Deze kunt u vinden op [nvlf.nl](http://nvlf.nl).

### Verwijzing

U heeft geen verwijzing nodig als u naar een gecontracteerde logopedist gaat die direct toegankelijk is. U kunt in het Kwaliteitsregister Paramedici vinden of een logopedist direct toegankelijk is. In de volgende gevallen heeft u altijd vooraf een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts, tandarts of medisch specialist:

- als u naar een gecontracteerde logopedist gaat die niet direct toegankelijk is,
- als u naar een niet-gecontracteerde logopedist gaat,
- als u naar een logopedist gaat die in een ziekenhuis, verzorgingshuis of revalidatiecentrum werkt,
- als u logopedie buiten de praktijk van de logopedist wilt.

### Toestemming

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van logopedie in een school of een kinderdagverblijf met voorafgaande toestemming van Menzis. Uw logopedist kan deze toestemming namens u bij Menzis vragen.

## Medisch specialistische zorg

**Een medisch specialist is een arts die na zijn basisopleiding een specialistische opleiding heeft gevolgd en als medisch specialist geregistreerd is. Er zijn in Nederland ongeveer 30 verschillende specialismen. De meeste medisch specialisten zijn verbonden aan een ziekenhuis.**

### Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van:

- onderzoek en diagnostiek,
- behandeling,
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,
- laboratoriumonderzoek,
- mechanische beademing en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.



### **i** Let op

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van behandelingen als het gaat om:

- correctie van verlamde of verslaptte bovenoogleden, behalve als:
  - a. de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking, of
  - b. de verlamming of verslapping het gevolg is van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, of
  - c. de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft,
- liposuctie (het onderhuids wegzuigen van vetophoping) van de buik,
- het operatief plaatsen en vervangen van een borstprothese, behalve nadat één of beide borsten geheel of gedeeltelijk geamputeerd zijn of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transeksualiteit,
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak,
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek,
- sterilisatie,
- het ongedaan maken van een sterilisatie,
- besnijdenis (behalve als dit medisch noodzakelijk is),
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm,
- 4<sup>e</sup> en volgende IVF-behandeling per te realiseren zwangerschap.

### **i** Let op

Sommige vormen van (medisch specialistische) zorg zijn in deze verzekeringsvoorwaarden apart beschreven. Kijk voor bijzonderheden onder het desbetreffende artikel. Dit zijn:

- de vormen van zorg beschreven in het artikel 'Voorwaardelijke toelating',
- audiologische hulp,
- erfelijkheidsonderzoek,
- een gedeelte van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg,
- in-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitbevorderende behandelingen,
- niet-klinische haemodialyse in een dialysecentrum,
- oncologische hulp voor kinderen,
- verblijf in verband met medisch specialistische zorg,
- plastische of reconstructieve chirurgie,
- medisch specialistische revalidatie,
- transplantatie,
- trombosedienst.

### **Welke zorgaanbieder**

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist.

### **i** Let op

- Zelfstandige behandelcentra bieden niet alle vormen van medisch specialistische zorg.
- Medisch specialistische zorg die verleend wordt door een instelling die niet is toegelaten op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi), wordt niet vergoed.



- Medisch specialistische zorg voor zover het een behandeling betreft met een geneesmiddel dat voorkomt in tabel 2 of 3 van het Verzekeringsreglement wordt alleen vergoed als de behandeling in of door het ziekenhuis plaatsvindt.

### **i** Let op

Spoeisende zorg in Nederland wordt altijd volledig vergoed volgens de daarvoor in Nederland geldende tarieven.

### **Verwijzing**

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van medisch specialistische zorg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verloskundige, een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts), arts in de jeugdgezondheidszorg of een arts verstandelijk gehandicapt. Als de klachten met uw werk te maken hebben, kan de bedrijfsarts ook verwijzen. Voor het plaatsen van tandheelkundige implantaten door een kaakchirurg heeft u vooraf een verwijzing van een tandarts nodig. Verwijzing naar een oogarts, kinderarts of orthopeed mag ook plaatsvinden door een jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg. Voor spoedeisende zorg heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig.

### **Toestemming**

U heeft voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig:

#### *1. Limitatieve lijst medisch specialistische zorg*

U vindt deze behandelingen op de Limitatieve Lijst Medisch Specialistische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Deze lijst vindt u op [zn.nl](http://zn.nl). Om welke behandelingen gaat het?

- **Oogheelkunde** refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties die het minder afhankelijk maken van bril of contactlenzen als doel hebben), verworven ptosis of bovenooglidcorrectie.
- **KNO-Heelkunde** oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus.
- **Heelkunde** gynaecomie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten), buikwandcorrecties.
- **Dermatologie** benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen, vasculaire dermatosen (wijnvlekken).
- **Gynaecologie** vulvaire en vaginale afwijkingen.
- **Borstprothese**.

### **i** Let op

Deze lijst kan gedurende het jaar wijzigen. Kijkt u voor de meest recente versie van de lijst op [zn.nl](http://zn.nl).

#### *2. Overig*

Op deze behandelingen heeft u alleen recht als u voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft gekregen van Menzis:

- klinische longrevalidatie,
- zorg geleverd door Stichting MC Astmacentrum (SMCA) in Zwitserland.

## Advies

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling. Uw medisch specialist is verplicht te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u geen voorafgaande toestemming heeft.

Het recht op behandelingen van plastisch chirurgische aard is geregeld in het polisartikel plastische en/of reconstructieve chirurgie. Zoekt u een medisch specialist met een bijzondere expertise of voor hoog-complexe zorg? Informeer dan bij de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.

## Niet-klinische dialyse

Onder de niet-klinische dialyse vallen haemodialyse en peritoneaaldialyse. Haemodialyse is een therapie die de nierfunctie vervangt waarbij gebruikgemaakt wordt van filters; de zogenoemde kunstnieren. Bij peritoneaaldialyse wordt om het bloed te zuiveren spoelvoestof in de buikholte gebracht. Daarom wordt het ook wel buikspoeling genoemd. Dialyse kan worden gegeven in een dialysecentrum, maar ook thuisdialyse is mogelijk.

### Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse, de daarbij behorende medisch specialistische zorg, onderzoeken, behandeling, verpleging, geneesmiddelen en psychosociale begeleiding. De psychosociale begeleiding is ook voor personen die helpen bij het uitvoeren van de dialyse thuis. Bij thuisdialyse heeft u ook recht op vergoeding van kosten van:

- een opleiding van de personen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen,
- bruikleen van dialyseapparatuur met toebehoren,
- regelmatige controle en het onderhoud van de dialyseapparatuur (vervanging inbegrepen),
- chemicaliën en vloeistoffen, die nodig zijn voor de dialyse,
- aanpassingen die redelijkerwijs in uw woning verricht moeten worden en het weer ongedaan maken van die aanpassingen, voor zover er geen andere wettelijke regeling is die deze aanpassingen en het ongedaan maken daarvan (gedeeltelijk) vergoedt,
- kosten die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen en niet op grond van een andere regeling worden vergoed,
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse,
- de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij thuisdialyse.

In het Verzekeringsreglement zijn nadere voorwaarden opgenomen voor de vergoeding van kosten van woningaanpassingen die redelijkerwijs nodig zijn in verband met de thuisdialyse en vergoeding van kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen.

### Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een dialysecentrum.

### Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van niet-klinische dialyse als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.