

alles over jouw zorgverzekering

In begrijpelijke taal. Dat is echt HEMA!

verzekeringsreglement bij de basisverzekering
versie 1.0 – geldig vanaf 1 januari 2019

HEMA

Inhoud

1 Uw Verzekeringsreglement 5

2 Voorwaardelijke toelatingen 6

3 Overzicht hulpmiddelen..... 8

3.1 Algemeen.....	8
3.1.1 Indicatie en doelmatigheid.....	8
3.1.2 Vergoeding bij een gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieder	9
3.1.3 Eigendom of bruikleen en verplicht eigen risico	9
3.1.4. Voorwaarden voor vergoeding	10
3.1.5 Volgorde van de eigen betalingen.	10
3.2 Voorwaarden hulpmiddelen	12
•Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan	12
•Prothesen voor schouder, arm, hand, been of voet en toebehoren	12
•Mammaprothesen	12
•Hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van de stembanden	13
•Stemprothesen.....	13
•Sprakversterkers.....	13
•Haarwerken	13
•Uitwendig gedragen hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging of bedekking van de oogbol.....	14
•Volledige oogprothese	14
•Scleraschalen en scleralenzen met ingekleurde iris of pupil, zonder visuscorrectie.....	14
•Uitwendige hulpmiddelen voor het geheel of gedeeltelijk opheffen van de gevolgen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel, met inbegrip van stoffen die met behulp van deze hulpmiddelen worden toegediend en gecertificeerd zijn als medisch hulpmiddel	14
•Zuurstofapparaten dan wel zuurstofconcentratoren met toebehoren	14
•Medicijnvernevelaars met toebehoren.....	15
•Voorzetkamers.....	16
•Apparatuur voor positieve uitademingsdruk ..	16

•Slijmuitzuigapparatuur	16
•Tracheacanule (zowel binnen-als buitencanule).....	17
•Stomabeschermers voor gelaryngectomeerden.....	17
•CPAP-apparatuur	17
•Mandibulaire repositie apparatuur (MRA).....	18
•Sleep Position Trainer (SPT)	18
•Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie	18
•Hoortoestellen en ruismaskeerders (inclusief benodigde oorstukjes)	18
•Ringleidingen/infrarood/FM-apparatuur/ wek- en waarschuwingsinstallaties.....	19
•Solo-apparatuur	19
•Total Conversation Softwarelicentie ten behoeve van auditief gehandicapten	20
•BAHA-toestellen op softband	20
•Signaalhond.....	20
•Gebruikskosten bij signaalhond.....	21
•Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie.....	22
•Urine-opvangzakken, katheters, blaasspoelvoelstoffen en toebehoren.....	22
•Stomamaterialen en spoelapparatuur voor anaal spoelen	23
•Incontinentie – absorptiematerialen	24
•Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem	24
•Orthesen voor romp, arm, been, voet, hoofd en hals.....	24
•Orthopedische schoenen en orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen.....	25
•Hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand- en vingerfunctie.	26
•Eetapparaten	26
•Bladomslagapparatuur en apparatuur voor omgevingsbediening	26
•Daisyspelers of daisyprogrammatuur voor motorisch gehandicapten	27
•ADL-hond	27
•Gebruikskosten bij een ADL-hond.....	28
•Aangepaste apparatuur voor bediening van computers.....	28
•Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie.....	29
•Brillen en lenzen.....	29
•Bijzondere optische hulpmiddelen.....	29
•Oogpleisters.....	30

• Blindentaststokken	30	• Therapeutisch elastische kousen en aan-/ uittrek hulpmiddelen met uitzondering van de Ortomate	37
• Computerprogrammatuur voor grootlette- systemen, in- en uitvoerapparatuur en memo- recorders voor visueel gehandicapten	30	• Ortomate	38
• Daisyspelers of daisyprogrammatuur voor visueel gehandicapten	31	• Lymfe oedeem compressieapparatuur en manchetten	38
• Voorleesapparatuur voor zwartdruk- informatie voor visueel gehandicapten	31	• Compressiezwachtels met toebehoren	38
• Beeldschermloepen	31	• Compressiehulpmiddelen niet zijnde zwachtels	39
• Blindengeleidehond	32	• Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem	39
• Gebruikskosten bij een blindengeleide- hond	32	• Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel	39
• Hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn	33	• Hulpmiddelen bij diabetes (injectiemateriaal, apparatuur voor het zelf afnemen van bloed, de bloedglucosemeter, teststrips)	39
• Kappen ter bescherming van de schedel	33	• Freestyle Libre	40
• Hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden voor verzekerden jonger dan 21 jaar	33	• Draagbare uitwendige insulinepomp	40
• Pessaria en koperhoudende spiraaltjes	33	• Draagbare uitwendige infuuspompen met toebehoren en/of hulpmiddelen voor het per infuus toedienen van medicatie door middel van zwaartekracht	41
• Uitwendige hulpmiddelen, gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, al dan niet samenhangend met zorg op bed	34	• Draagbare uitwendige infuuspompen met toebehoren en/of hulpmiddelen voor het per infuus toedienen van medicatie door middel van zwaartekracht	41
• Uitwendige hulpmiddelen, gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, al dan niet samenhangend met zorg op bed	34	• Hulpmiddelen voor de toediening van voeding	42
• Hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid	35	• Uitwendige voedingspompen en uitwendige toebehoren benodigd bij de toediening van parenterale voeding alsmede niet-klinisch ingebrachte sonden	42
• Verbandmiddelen, toe te passen bij een ernstige aandoening waarbij langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen in de thuissituatie	35	• Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken	42
• Volledig individueel vervaardigde allergeenvrije schoenen	36	• Spraakvervangende hulpmiddelen	42
• Verbandschoenen	36	• Spraakversterkers	43
• Injectiespuiten met toebehoren dan wel injectiepenen met toebehoren (met uitzondering van gebruik van deze middelen in het kader van de behandeling van diabetes)	37	• Hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering	43
• Injectiespuiten met toebehoren dan wel injectiepenen met toebehoren (met uitzondering van gebruik van deze middelen in het kader van de behandeling van diabetes)	37	• Daisyspelers of daisyprogrammatuur voor dyslectici	43
• Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functie- verlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe	37	• Persoonlijke alarmeringsapparatuur	43
		• Uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren	44
		• Uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren	44

- De vergoeding voor woningaanpassingen en redelijk te achten kosten die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen (zie ook artikel 'Niet-klinische dialyse' in de verzekeringsvoorwaarden)45

4 Nadere voorwaarden

geneesmiddelen.....46

- 4.1 Preferente geneesmiddelen..... 48
- 4.2 Dieetpreparaten voor medisch gebruik48

5 Reglement Pgb Verpleging en

Verzorging.....49

- Artikel 1 Wat is een Pgb? 49
- Artikel 2 Doelgroep 49
- Artikel 3 Toekenningsvoorwaarden..... 49
- Artikel 4 Weigeringsgronden.....50
- Artikel 5 Aanvraag Pgb 51
- Artikel 6 Toekenningsverklaring..... 52
- Artikel 7 Declareren uit uw Pgb 53
- Artikel 8 Verplichtingen.....55
- Artikel 9 Einde en wijziging van het Pgb.....56
- Artikel 10 Terugvordering.....59

1 Uw Verzekeringsreglement

Wat is een Verzekeringsreglement?

Bij uw verzekering horen verzekeringsvoorwaarden. Daarin staat waar u recht op heeft. Maar niet altijd tot in detail. Soms zijn uw rechten zo omvangrijk, dat het ondoenlijk is om deze in de verzekeringsvoorwaarden zelf op te nemen. In de verzekeringsvoorwaarden wordt dan verwezen naar het Verzekeringsreglement. Dit wordt bijvoorbeeld gedaan bij hulpmiddelen: dat zijn er veel en elk hulpmiddel heeft zijn eigen specifieke details. In dit Verzekeringsreglement staan die details.

Waaruit bestaat dit reglement?

In dit Verzekeringsreglement staan:

- voorwaardelijk toegelaten behandelingen,
- het overzicht hulpmiddelen,
- nadere voorwaarden geneesmiddelen, waarvoor u toestemming nodig heeft of een voorschrift, of waarvoor een andere voorwaarde geldt,
- het overzicht van preferente geneesmiddelen. Het overzicht preferente geneesmiddelen wijzigt regelmatig. U kunt het meest recente overzicht downloaden van zorgverzekeringhema.nl. U kunt het overzicht ook opvragen bij onze Klantenservice op 088 222 41 14,
- het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (vv). U kunt het Reglement Persoonsgebonden Budget vv ook separaat downloaden.

Waarop van toepassing?

Dit Verzekeringsreglement is van toepassing op de HEMA Basisverzekering die HEMA Zorgverzekering aanbiedt.

2 Voorwaardelijke toelatingen

Sinds 1 januari 2012 kan de minister van VWS besluiten om zorg die niet voldoet aan het wettelijke criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk' toch, voor een bepaalde periode, toe te laten tot het verzekerde pakket. Daaraan wordt de voorwaarde verbonden dat in dat tijdsbestek gegevens worden verzameld over de effectiviteit van de zorg. Aan de hand van deze gegevens kan na afloop van de periode van voorwaardelijke toelating worden vastgesteld of de zorg definitief onderdeel kan zijn van het verzekerde pakket.

Welke zorg komt in aanmerking?

In aanmerking komen veelbelovende, innovatieve en maatschappelijk relevante zorgvormen die nog geen deel uitmaken van het basispakket omdat de effectiviteit volgens het wettelijk criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk' nog niet bewezen is. Daarnaast komen in aanmerking bestaande zorgvormen in het basispakket die maatschappelijk relevant zijn, maar waarover twijfels over de effectiviteit gerezen zijn. Voorwaardelijke toelating kan gelden voor: geneeskundige zorg (zoals beschreven in Besluit Zorgverzekering artikel 2.4) en extramurale geneesmiddelen (zoals beschreven in Besluit Zorgverzekering artikel 2.8). Met ingang van 1 januari 2015 is voorwaardelijke toelating ook mogelijk voor extramurale hulpmiddelen (zoals beschreven in Besluit Zorgverzekering artikel 2.9).

Er moet een duidelijke onderzoeksvraag zijn geformuleerd die de vraag over de effectiviteit van de zorg kan beantwoorden tijdens de periode van voorwaardelijke toelating.

Wie komt in aanmerking voor vergoeding van de zorg?

De voorwaarde voor vergoeding van voorwaardelijk toegelaten zorg uit het basispakket bestaat uit deelname aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van die zorg die door ZonMW wordt gefinancierd.

Soms is het ook mogelijk om de voorwaardelijk toegelaten zorg vergoed te krijgen wanneer de verzekerde niet meedoet aan het hoofdonderzoek. Dit is mogelijk wanneer er aanvullend landelijk observationeel onderzoek wordt opgezet. De verzekerde kan aan dat onderzoek meedoen als:

- hij vanwege een niet-zorginhoudelijk reden niet aan het hoofdonderzoek kan meedoen, of
- hij niet heeft meegedaan aan het hoofdonderzoek en dit ook niet meer kan, omdat dat onderzoek al vol zit, of
- hij wel heeft meegedaan aan het hoofdonderzoek en die deelname is voltooid maar hij de verzekerde zorg niet heeft ontvangen omdat hij in de controlegroep zat.

Welke voorwaardelijk toegelaten behandelingen zijn er?

1. a. van 1 april 2015 tot 1 oktober 2019 behandeling van coloncarcinoom met adjuvante hypertherme intraperitoneale chemotherapie,
b. vanaf 1 juli 2015 tot 1 juli 2019 behandeling met tumorinfiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV,
c. van 1 oktober 2015 tot 1 oktober 2022 borstreconstructie na borstkanker met autologe vettransplantatie,
d. van 1 januari 2016 tot 1 december 2020 behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom bij lumbale hernia met percutane transforaminale endoscopische dissectomie,

- e. van 1 januari 2016 tot 1 januari 2020 behandeling van medicamenteus onbehandelbare chronische clusterhoofdpijn met occipitale zenuwstimulatie,
- f. van 1 april 2016 tot 1 augustus 2021 dendritische celvaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie,
- g. van 1 oktober 2016 tot 1 juli 2021 sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmassage,
- h. van 1 januari 2017 tot 1 juli 2023 geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker,
- i. van 1 oktober 2017 tot 1 oktober 2022; combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme interperitoneale chemotherapie (HIPEC) bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht.

Belangrijk

Het overzicht met voorwaardelijk toegelaten behandelingen kan gedurende het jaar wijzigen en ook kunnen de aan een onderzoek deelnemende zorginstellingen wijzigingen. Als u dezelfde behandeling buiten het onderzoek, in een ander ziekenhuis in Nederland of in het buitenland ondergaat, komen de kosten niet voor vergoeding in aanmerking.

Vanaf 2019 wordt de regeling Voorwaardelijke toelatingen heringericht, onder meer door invoering van de Subsidieregeling Veelbelovende Zorg Sneller bij de Patiënt.

Kijk voor een actueel overzicht van de voorwaardelijk toegelaten behandelingen op zorgverzekeringhema.nl/voorwaardelijketoelatingen.

3 Overzicht hulpmiddelen

3.1 Algemeen

U heeft recht op functionerende hulpmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke hulpmiddelen dat zijn, is te vinden in de Regeling zorgverzekering. Sommige groepen hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering specifiek beschreven, anderen zijn functiegericht omschreven. In het laatste geval betekent dit, dat u recht heeft op een hulpmiddel passend bij een omschreven functiebeperking. HEMA Zorgverzekering heeft in dit Verzekeringsreglement een overzicht van hulpmiddelen opgenomen die onder de Regeling zorgverzekering vallen. In hoofdstuk 3.2 kunt u per hulpmiddel de nadere voorwaarden die gesteld zijn aan het verkrijgen van hulp- en verbandmiddelen terugvinden.

Voorbeeld functiegericht omschreven hulpmiddel

'Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel'. Hier vallen o.a. diabetestestmaterialen onder.

Hulpmiddel niet genoemd in dit Verzekeringsreglement?

Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de functiegericht omschreven hulpmiddelen, maar is dit hulpmiddel niet in het Verzekeringsreglement opgenomen? Dient u dan een aanvraag in bij HEMA Zorgverzekering. HEMA Zorgverzekering zal vervolgens deze aanvraag beoordelen.

Bij vragen kunt u ook contact opnemen met onze Klantenservice op 088 222 41 14. In de Regeling zorgverzekering zijn ook de indicatiecriteria opgenomen waaraan u moet voldoen om aanspraak te kunnen maken op het hulpmiddel. U kunt de Regeling zorgverzekering vinden op zorgverzekeringhema.nl/reglementenenregelingen.

Hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd in het kader van een ziekenhuisopname of een medisch specialistische behandeling vallen onder de aanspraak van medisch specialistische zorg. Dit betekent dat deze hulpmiddelen via het ziekenhuis worden geleverd. Evenmin vallen onder de aanspraak van dit artikel die hulpmiddelen en verbandmiddelen waarop aanspraak bestaat ingevolge de Wet langdurige zorg (Wlz).

3.1.1 Indicatie en doelmatigheid

Natuurlijk heeft u alleen recht op een hulpmiddel als dat nodig is. Om voor de vergoeding van een hulpmiddel in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet 'redelijkerwijs zijn aangewezen' op de zorg. Welke hulpmiddelenzorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor vergoeding in aanmerking.

3.1.2 Vergoeding bij een gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieder

- **Als u kiest voor een zorgaanbieder waarmee HEMA Zorgverzekering een contract heeft afgesloten**, vergoedt HEMA Zorgverzekering 100% van de nota, met uitzondering van het eventuele eigen risico, wettelijke eigen bijdragen en maximale vergoedingen (zie ook artikel 3.1.5 hierna). HEMA Zorgverzekering heeft geregeld dat de nota rechtstreeks van de zorgaanbieder naar HEMA Zorgverzekering wordt gestuurd.
- **Kiest u voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met HEMA Zorgverzekering heeft gesloten**, dan vergoedt HEMA Zorgverzekering 75% van de nota tot een maximum van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.
Voor een hulpmiddel dat HEMA Zorgverzekering in eigendom verstrekt, geldt bij gebruikmaking van een niet-gecontracteerde leverancier dat de vergoeding ook wordt afgewikkeld op basis van eigendom van dat hulpmiddel.
Tenzij anders vermeld, wordt voor een hulpmiddel dat HEMA Zorgverzekering in bruikleen verstrekt, bij gebruikmaking van een niet-gecontracteerde leverancier, de vergoeding afgewikkeld op basis van de kosten van huur van dat hulpmiddel.
Hoeveel vergoeding u krijgt, kunt u vinden in de voorwaarden zoals die per hulpmiddel beschreven staan. Op het te vergoeden bedrag worden eventueel verschuldigde eigen bijdragen en daarna verplicht en vrijwillig eigen risico in mindering gebracht (zie ook artikel 3.1.3 hierna).

Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet u, vóór u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat bij HEMA Zorgverzekering toestemming vragen. Dat heet een machtigingsprocedure. U kunt hiervoor contact opnemen met de HEMA Zorgverzekering Zorgadviseur op 088 222 43 21.

De HEMA Zorgverzekering Zorgvinder

HEMA Zorgverzekering maakt afspraken met zorgaanbieders bij u in de buurt over de kwaliteit, snelheid, service en prijs van de zorg. Welke zorgaanbieders met HEMA Zorgverzekering een overeenkomst hebben, vindt u via 'De HEMA Zorgverzekering Zorgvinder', op zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder. Heeft u geen toegang tot internet? U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 41 14. Als u vragen heeft over de zorg, belt u dan met de HEMA Zorgverzekering Zorgadviseur op 088 222 43 21.

3.1.3 Eigendom of bruikleen en verplicht eigen risico

Wanneer een hulpmiddel in eigendom wordt aangeschaft, is de verzekerde eigenaar van het hulpmiddel. De kosten van het hulpmiddel vallen onder het verplicht eigen risico. Indien sprake is van vergoeding van een hulpmiddel in bruikleen (huur), dan vallen de kosten van het hulpmiddel en de benodigde onderhoudskosten niet onder het eigen risico. Op de verbruiksartikelen die bij het hulpmiddel dat in bruikleen is verstrekt geleverd worden en op de gebruikskosten (zoals stroomkosten of hondenvergoeding), is het verplicht eigen risico wel van toepassing.

Voor een hulpmiddel dat HEMA Zorgverzekering in eigendom verstrekt, geldt bij gebruikmaking van een niet-gecontracteerde leverancier dat de vergoeding ook wordt afgewikkeld op basis van eigendom van dat hulpmiddel.

Tenzij anders vermeld, wordt voor een hulpmiddel dat HEMA Zorgverzekering in bruikleen verstrekt, bij gebruikmaking van een niet-gecontracteerde leverancier, de vergoeding afgewikkeld op basis van de kosten van huur van dat hulpmiddel.

3.1.4. Voorwaarden voor vergoeding

Een voorwaarde voor vergoeding van de kosten van hulpmiddelen is dat er een schriftelijke toelichting beschikbaar is van de degene die uw functiebeperking heeft vastgesteld. In paragraaf 3.2 kunt u bij het betreffende hulpmiddel zien welke zorgprofessional deze toelichting moet opstellen.

- **Als u kiest voor een zorgaanbieder waarmee HEMA Zorgverzekering een contract heeft afgesloten**, dan kunt u met de toelichting rechtstreeks naar de zorgaanbieder gaan. Als er vooraf toestemming nodig is, zal hij deze voor u aanvragen bij HEMA Zorgverzekering.
- **Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met HEMA Zorgverzekering heeft gesloten en waarbij in de tabel van het betreffende hulpmiddel staat dat u wel vooraf toestemming van HEMA Zorgverzekering moet vragen**, vraag dan eerste een offerte op bij een leverancier en stuur deze, samen met de toelichting van de zorgprofessional, naar HEMA Zorgverzekering. Wij beoordelen dan zowel de toelichting als de offerte en informeren u over de uitkomst hiervan. We noemen dit een machtigingsprocedure. Voor meer informatie over deze procedure kunt u contact opnemen met de HEMA Zorgverzekering Zorgadviseur op 088 222 43 21.

3.1.5 Volgorde van de eigen betalingen

Op de vergoeding van een nota voor een hulpmiddel kunnen verschillende soorten eigen betalingen van toepassing zijn. De volgorde waarin deze worden toegepast is de volgende:

1. van een ingediende nota wordt eerst het eventuele **niet-verzekerde deel** afgetrokken, daarna
2. het eventuele deel dat niet vergoed wordt omdat de zorgaanbieder met HEMA Zorgverzekering geen contract heeft, daarna
3. de eventuele wettelijke eigen bijdrage, daarna
4. het nog openstaande deel van uw verplichte eigen risico, daarna
5. het nog openstaande deel van het eventuele vrijwillig gekozen eigen risico.

Voorbeeld 1:

Haarwerk (pruik)

U koopt een haarwerk (zie onderdeel Haarwerken) bij een **niet** door HEMA Zorgverzekering gecontracteerde leverancier. De aanschafprijs is € 600. Uw basisverzekering vergoedt € 436. Dit is de wettelijke maximumvergoeding, conform de Regeling Zorgverzekering. Het deel van de kosten dat hoger is dan de wettelijke maximumvergoeding is € 164. Dit deel van de nota is niet verzekerd en blijft voor uw eigen rekening. Omdat u het haarwerk heeft aangeschaft bij een niet-gecontracteerde leverancier krijgt u 75% van € 436 vergoed. Er blijft dus 25% (dit is € 109) voor uw eigen rekening. Wanneer u het verplichte eigen risico (en een eventueel vrijwillig eigen risico) al volgemaakt heeft, krijgt u € 327 uitgekeerd. Is dat nog niet het geval, dan wordt dit bedrag met het nog openstaande eigen risicobedrag verrekend.

Voorbeeld 2:**Kap ter bescherming van de schedel**

U koopt voor uw kind (jonger dan 18 jaar) een kap ter bescherming van de schedel bij een **niet** door HEMA Zorgverzekering gecontracteerde leverancier. De aanschafprijs is € 1.000. Omdat uw zorgaanbieder geen contract heeft met HEMA Zorgverzekering wordt 75% van de nota vergoed tot een maximum van 75% van het gemiddeld door HEMA Zorgverzekering gecontracteerd tarief. In dit geval is 75% van de nota (75% van € 1.000 =) € 750.

- Wanneer dit bedrag lager is dan 75% van het gemiddelde door HEMA Zorgverzekering gecontracteerde tarief, dan krijgt u € 750 vergoed.
- Wanneer dit bedrag hoger is dan 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief, dan krijgt u een lager tarief vergoed. De hoogte van de vergoeding is dan 75% van het gemiddelde door HEMA Zorgverzekering gecontracteerde tarief.

Voor kinderen onder 18 jaar geldt geen eigen risico.

Als u een kap voor iemand van 18 jaar of ouder zou hebben gekocht, zou van het uit te keren bedrag vervolgens ook nog het openstaande (verplichte en eventueel ook vrijwillige) eigen risico worden afgetrokken.

3.2 Voorwaarden hulpmiddelen

Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan

Regeling zorgverzekering art. 2.6 en art. 2.8

Prothesen voor schouder, arm, hand, been of voet en toebehoren

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Ja	
Toelichting door	Behandelend medisch specialist	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaanfallen	<ul style="list-style-type: none"> • Hightech prothesen – minimaal 5 jaar • Overige prothesen – minimaal 3 jaar 	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	SEMH*-gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'Orthopedische Instrumentenmakerijen'	
Bijzonderheden	HEMA Zorgverzekering kan besluiten om fabrieksmatige onderdelen van een hightech prothese die vervangbaar zijn in bruikleen te verstrekken. Bij een armprothese is een toelichting nodig van de behandelend revalidatiearts volgens het PPP-Armprotocol.	
Offerte van leverancier nodig	Ja	
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Mammaprothesen

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaanfallen	2 jaar	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	SEMH*-gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'Mammacare'	
Bijzonderheden	Er bestaat geen aanspraak op een voorlopige borstprothese (postoperatief verstrekt door het ziekenhuis), bh's of plakstrips. Een toelichting van de behandelend arts is alleen nodig bij een eerste aanvraag of een vervanging binnen de gemiddelde gebruiksduur.	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van de stembanden

Stemprothesen

Indien en voor zover de stemprothese niet valt onder de medisch specialistische zorg

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Ja. Voegt u bij uw aanvraag een motivatie van de behandelend medisch specialist toe waarom de vervanging van de stemprothese niet poliklinisch kan plaatsvinden.	
Toelichting door	Behandelend medisch specialist	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Spraakversterkers

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Bruikleen	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend medisch specialist en een analyse van de beperkingen door een logopedist	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	2 jaar	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Haarwerken

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts Een toelichting van de behandelend arts is alleen nodig bij een eerste aanvraag of een vervanging binnen de gemiddelde gebruiksduur.	Behandelend arts
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	1 jaar	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	SEMH*-gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'haarwerken' of ANKO-gecertificeerd voor de sectie 'haarwerken'	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%, tot het wettelijk maximum van € 436 (conform de Regeling zorgverzekering)	75% van de nota tot 75% van het wettelijk maximum van € 436 (conform de Regeling zorgverzekering)

Uitwendig gedragen hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging of bedekking van de oogbol

Volledige oogprothese

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Scleraschalen en scleralenzen met ingekleurde iris of pupil, zonder visuscorrectie

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Uitwendige hulpmiddelen voor het geheel of gedeeltelijk opheffen van de gevolgen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel, met inbegrip van stoffen die met behulp van deze hulpmiddelen worden toegediend en gecertificeerd zijn als medisch hulpmiddel

Regeling zorgverzekering art. 2.6 en art. 2.9

Zuurstofapparaten dan wel zuurstofconcentratoren met toebehoren

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Bruikleen	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend medisch specialist	

vervolg op volgende pagina

vervolg van vorige pagina

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Bijzonderheden	<ul style="list-style-type: none"> • Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van zuurstof tijdens een vliegreis of verblijf op een luchthaven. • Indien een saturatiemeter is geïndiceerd, valt deze zorg onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' en dient het te worden bekostigd in het kader van die prestatie. • Onze gecontracteerde zorgaanbieder beoordeelt de noodzaak van aantal en type toebehoren. • Stroomkosten worden door onze gecontracteerde zorgaanbieders aan u vergoed na afloop van een gebruikperiode (maand of kwartaal). 	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100% van het dagtarief. De bijbehorende stroomkosten worden, indien van toepassing, via uw gecontracteerde zorgaanbieder tot maximaal € 0,95 per dag vergoed.	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerde dagtarief. Vergoeding van de bijbehorende stroomkosten kan, indien van toepassing, apart worden aangevraagd en is maximaal € 0,95 per dag.

Medicijnvernevelaars met toebehoren

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Bruikleen	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaanantallen	5 jaar	
Bijzonderheden	Er bestaat tevens aanspraak voor het vernevelen van hypertoon zout (mits gecertificeerd en op voorschrift van de longarts of kinderarts) bij patiënten van 6 jaar of ouder met Cystische Fibrose.	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100% van het dagtarief	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerde dagtarief

Voorzetkamers

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaanfallen	1 jaar	
Bijzonderheden	Vergoeding vanuit hulpmiddelenzorg alleen als het gaat om een losse universele voorzetkamer, waarbij er geen sprake is van een geneesmiddelenregistratie met een specifieke dosis aerosol.	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Apparatuur voor positieve uitademingdruk

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Slijmuitzuigapparatuur

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Bruikleen	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100% van het dagtarief	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerde dagtarief

Tracheacanule (zowel binnen-als buitencanule)

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend medisch specialist	
Bijzonderheden	Indien plaatsing of vervanging van de tracheacanule in het ziekenhuis of op de polikliniek plaatsvindt, valt deze zorg onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' en dient het hulpmiddel te worden bekostigd als onderdeel van de behandeling in het ziekenhuis.	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Stomabeschermers voor gelaryngectomeerden

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend medisch specialist	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

CPAP-apparatuur

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Bruikleen	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend longarts of KNO-arts	
Bijzonderheden	<ul style="list-style-type: none"> • Er bestaat geen aanspraak op vergoeding voor een aparte reis-CPAP. • Onze gecontracteerde leverancier beoordeelt de noodzaak van het aantal en type toebehoren. 	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100% van het maandtarief	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerde maandtarief

Mandibulaire repositie apparatuur (MRA)

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend longarts of KNO-arts uit een slaapcentrum, in samenspraak met een NVTG-geaccrediteerde orthodontist, tandarts of kaakchirurg	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	5 jaar	
Bijzonderheden	Er bestaat aanspraak op vergoeding van een MRA-beugel inclusief alle behandelkosten, zoals onderzoek, aanmeting en controle/nazorg.	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Sleep Position Trainer (SPT)

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Bruikleen	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend longarts of KNO-arts	
Bijzonderheden	Het gelijktijdig gebruiken van een SPT en een CPAP of MRA is alleen mogelijk na voorafgaande toestemming.	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100% van het dagtarief	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd dagtarief

Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie

Regeling zorgverzekering art. 2.6 en art. 2.10

Hoortoestellen en ruismaskeerders (inclusief benodigde oorstukjes)

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Audicien. De toelichting dient vergezeld te gaan van een audiogram en een door de verzekerde ondertekende tevredenheidsverklaring waaruit blijkt dat de proefperiode met het hoortoestel succesvol is verlopen. Het hoortoestel dient te zijn geïndiceerd op basis van het Hoorzorgprotocol. Vanuit het Hoorzorgprotocol kunt u mogelijk worden doorverwezen naar uw huisarts of medisch specialist.	

vervolg op volgende pagina

vervolg van vorige pagina

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Bijzonderheden	Reparatiekosten en kosten van vervanging van de oorstukjes gedurende 5 jaar zijn bij dit totaalbedrag inbegrepen. Het type hoortoestel waar u recht op heeft, wordt vastgesteld door middel van het Hoorzorgprotocol.	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	<ul style="list-style-type: none"> • Verzekerden tot 18 jaar: 100% • Verzekerden vanaf 18 jaar: 100% (minus 25% wettelijke eigen bijdrage) 	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief. Over dit bedrag betalen verzekerden vanaf 18 jaar vervolgens 25% wettelijke eigen bijdrage.

Ringleidingen/infrarood/FM-apparatuur/wek- en waarschuwingsinstallaties

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Audicien. Voor wek- en waarschuwingsinstallaties heeft u een toelichting nodig van een audiologisch centrum.	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	5 jaar	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Solo-apparatuur

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Audiologisch centrum	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	5 jaar	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Total Conversation Softwarelicentie ten behoeve van auditief gehandicapten

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Audiologisch centrum of een behandelend medisch specialist	
Bijzonderheden	Er bestaat geen aanspraak op de hardware, zoals bijvoorbeeld een smartphone of tablet.	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

BAHA-toestellen op softband

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Bruikleen	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Audiologisch centrum	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Signaalhond

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Ja	
Toelichting door	Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de behandelend KNO-arts of een audiologisch centrum zijn gevoegd. Uit deze toelichting moet blijken dat u volledig doof bent.	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	6 jaar	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	De hondenschool moet voor de hond minimaal voldoen aan de eisen zoals gesteld in de richtlijn 'Minimum Standards for Training Hearing Dogs Europe'.	
Bijzonderheden	Na toestemming door de zorgverzekeraar op basis van de medische indicatie moet ook de hondenschool een positieve indicatie afgeven voordat de signaalhond ter beschikking wordt gesteld.	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Gebruikskosten bij signaalhond

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Hondenschool	
Bijzonderheden	<ul style="list-style-type: none"> • U moet een ziektekostenverzekering voor de signaalhond afsluiten. • De tegemoetkoming in de gebruikskosten wordt achteraf per kwartaal aan u vergoed. 	<ul style="list-style-type: none"> • De tegemoetkoming moet voor de eerste keer aangevraagd worden binnen 3 maanden nadat de hond bij u geplaatst is, of na het afronden van een teamtraining. • De tegemoetkoming moet jaarlijks opnieuw worden aangevraagd. • U moet een kopie van de afgesloten ziektekostenverzekering voor de hond bij uw aanvraag voegen. • De tegemoetkoming in de gebruikskosten wordt achteraf per kwartaal aan u vergoed.
Offerte van leverancier nodig	Nee	
Vergoeding	U kunt aanspraak maken op een tegemoetkoming in de gebruikskosten tot maximaal € 1.096 per jaar voor: <ul style="list-style-type: none"> • het levensonderhoud, en • voor verzorging, en • voor de speciale ziektekostenverzekering. 	

Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie

Regeling zorgverzekering art. 2.6 en art. 2.11

Er bestaat geen aanspraak op:

- schoonmaakmiddelen en geurmiddelen,
- huidbeschermende middelen anders dan bij stomapatiënten, voor zover deze niet vallen onder de prestatie farmaceutische zorg,
- kleding, met uitzondering van netbroekjes,
- plaswekker voor behandeling van enuresis nocturna (bedplassen),
- beschermende onderleggers tenzij sprake van een bijzondere ind zorgvraag.

Urine-opvangzakken, katheters, blaasspoelvloeistoffen en toebehoren.

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts of continëntieverpleegkundige	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	<ul style="list-style-type: none"> • Eenmalige katheters: maximaal 375 per 3 maanden • Verblijfskatheters en supra pubis katheters: maximaal 4 per 3 maanden • Externe katheters: (plascondooms) maximaal 100 per 3 maanden • Dilatatiekatheters: conform voorschrift behandelend arts • Urinezakken: maximaal 15 dag(been)zakken en 15 nacht(bed)zakken per 3 maanden tenzij er een duidelijke indicatie is waarbij het medisch noodzakelijk is om de zakken vaker te verwisselen • Penisklemmen: maximaal 1 per 3 maanden • Draagurinalen: maximaal 2 per jaar 	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	Module Continentie Hulpmiddelen zoals opgenomen in het Register van het Zorginstituut (ZiNL)	
Bijzonderheden	<ul style="list-style-type: none"> • Genoemde gebruiksduur en gebruiksaantallen zijn indicatief. • Wanneer er sprake is van meerverbruik: <ul style="list-style-type: none"> - legt een gecontracteerde zorgaanbieder dit vast in het patiëntendossier, of - vraagt een niet-gecontracteerde zorgaanbieder dit vooraf aan bij HEMA Zorgverzekering. • Er bestaat geen aanspraak op blaasspoelvloeistoffen met chondroitinesulfaat en/of hyaluronzuur. In een aantal situaties valt het hulpmiddel onder de verzekerde prestatie 'geneeskundige zorg' en dient het te worden bekostigd in het kader van die prestatie. Dit is het geval als de blaasspoelvloeistof wordt toegediend: <ul style="list-style-type: none"> - in het ziekenhuis, - op de polikliniek, - in de thuissituatie in het kader van medisch-specialistische behandeling, - in de thuissituatie, als er sprake is van een achterwachtsituatie, of als spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig is. 	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd clustertarief

Stomamaterialen en spoelapparatuur voor anaalspoelen

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts, stomaverpleegkundige of verpleegkundig specialist	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	<p>Colostoma</p> <ul style="list-style-type: none"> • tweedelig: 4 plakken per week/4 zakjes per dag • eendelig: 4 zakjes per dag <p>Irrigatie</p> <ul style="list-style-type: none"> • spoelset: bij aanvang behandeling 2 spoelsets, hierna 1 spoelset per jaar • spoelpomp: gebruiksduur 3 jaar • 1 irrigatiesleeve per dag • na elke spoelbeurt kunnen 2 stomapleisters of colostomiezakjes gebruikt worden <p>Stomapluggen</p> <ul style="list-style-type: none"> • tweedelig: 1 plak en 4 pluggen per dag • eendelig: 4 pluggen per dag <p>Ileostoma</p> <ul style="list-style-type: none"> • tweedelig: 4 plakken per week/2 zakjes per dag • eendelig: 2 zakjes per dag <p>Urostoma</p> <ul style="list-style-type: none"> • tweedelig: 4 plakken per week/2 zakjes per dag • eendelig: 2 zakjes per dag <p>Continentstoma</p> <ul style="list-style-type: none"> • afdekpleisters en katheters: 2-6 per dag afhankelijk van voorschrift <p>Confectie breukband/stoma steunbandage</p> <ul style="list-style-type: none"> • bij aanvang behandeling 2 stuks, hierna 1 stuk per jaar 	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	Module Stoma Hulpmiddelen zoals opgenomen in het Register van Zorginstituut (ZiNL)	
Bijzonderheden	<ul style="list-style-type: none"> • Genoemde gebruiksduur en gebruiksaantallen zijn indicatief. • Wanneer er sprake is van meerverbruik legt de gecontracteerde zorgaanbieder dit gemotiveerd vast in het patiëntendossier. 	<ul style="list-style-type: none"> • Genoemde gebruiksduur en gebruiksaantallen zijn indicatief. • Wanneer er sprake is van meerverbruik vraagt de niet-gecontracteerde zorgaanbieder dit vooraf aan bij HEMA Zorgverzekering.
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd clustertarief

Incontinentie – absorptiematerialen

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts, continëntieverpleegkundige of verpleegkundig specialist	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	Genormeerd aantal: <ul style="list-style-type: none"> • eenmalig te gebruiken inlegluiers en/of luierbroeken: maximaal 455 stuks per kwartaal • wasbare inlegluiers of luierbroeken: maximaal 5 stuks per jaar • wegwerpfixatiebroeken: maximaal 20 stuks per jaar 	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	Module Continentie Hulpmiddelen zoals opgenomen in het Register van het Zorginstituut (ZiNL)	
Bijzonderheden	Er bestaat geen aanspraak op incontinentie - absorptiematerialen als er sprake is van: <ul style="list-style-type: none"> • kortdurende incontinentie, of • enuresis nocturna (bedplassen) 	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd dagtarief

Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem

Regeling zorgverzekering art. 2.6 en art. 2.12

Orthesen voor romp, arm, been, voet, hoofd en hals

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Ja	
Toelichting door	Behandelend medisch specialist	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	<ul style="list-style-type: none"> • Confectie pols/handorthese: minimaal 1 jaar • Orthese bij kinderen: minimaal 1 jaar • Overige orthesen: minimaal 2 jaar 	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	SEMH*-gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'Orthopedische Instrumentmakerijen'	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Orthopedische schoenen en orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	<p>Voor verzekerden van 16 jaar en ouder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja. Binnen de minimale gebruikstermijn van 18 maanden. • Nee. U kunt zich rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden. De leverancier beoordeelt met behulp van het NPI-protocol uw zorgvraag. Als er specifiek maatwerkschoenen nodig zijn, is een voorschrift van de behandelend medisch specialist nodig. <p>Voor verzekerden jonger dan 16 jaar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja. Binnen de minimale gebruikstermijn van 9 maanden. • Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend medisch specialist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden. 	Ja
Toelichting door	Behandelend medisch specialist	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	<ul style="list-style-type: none"> • Voor verzekerden van 16 jaar en ouder: minimaal 18 maanden • Voor verzekerden jonger dan 16 jaar: minimaal 9 maanden 	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	SEMH*-gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'Orthopedische Schoentechnische Bedrijven'	
Bijzonderheden	<ul style="list-style-type: none"> • Er geldt een wettelijke eigen bijdrage voor orthopedische schoenen conform de Regeling zorgverzekering: <ul style="list-style-type: none"> - Voor verzekerden van 16 jaar en ouder: € 131 per paar - Voor verzekerden jonger dan 16 jaar: € 65,50 per paar • Er bestaat geen aanspraak op algemeen gebruikelijke onderhoudskosten. 	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100% (minus de wettelijke eigen bijdrage van € 65,50 (voor jonger dan 16 jaar) of € 131 (voor 16 jaar en ouder))	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief U betaalt een wettelijke eigen bijdrage van € 65,50 (voor jonger dan 16 jaar) of € 131 (voor 16 jaar en ouder).

Hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand- en vingerfunctie

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Bruikleen	
Voorafgaande toestemming nodig	Ja	
Toelichting door	Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de behandelend revalidatiearts worden gevoegd en een analyse van de beperkingen door een ergotherapeut.	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	7 jaar	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Eetapparaten

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Bruikleen	
Voorafgaande toestemming nodig	Ja	
Toelichting door	Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de behandelend revalidatiearts worden gevoegd en een analyse van de beperkingen door een ergotherapeut.	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	5 jaar	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Bladomslagapparatuur en apparatuur voor omgevingsbediening

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Bruikleen	
Voorafgaande toestemming nodig	Ja	
Toelichting door	Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de behandelend revalidatiearts worden gevoegd en een analyse van de beperkingen door een ergotherapeut.	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	<ul style="list-style-type: none"> • Bladomslagapparatuur: 10 jaar • Overige hulpmiddelen: 5 jaar 	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Daisyspelers of daisyprogrammatuur voor motorisch gehandicapten

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend medisch specialist	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	5 jaar	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

ADL-hond

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Bruikleen	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig	Ja	
Toelichting door	Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de behandelend revalidatiearts worden gevoegd en een analyse van de beperkingen door een ergotherapeut.	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	6 jaar	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	De hondenschool moet minimaal voldoen aan de eisen zoals gesteld in de richtlijn 'Minimum Standards for Assistance Dogs Europe'.	
Bijzonderheden	Voor het geven van toestemming door HEMA Zorgverzekering is tevens een positieve indicatie van de hondenschool vereist.	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Gebruikskosten bij een ADL-hond

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Voorafgaande toestemming nodig	Nee, mits er sprake is van een positieve beoordeling door de zorgverzekeraar op de aanvraag voor een ADL-hond.	Ja
Toelichting door	Hondenschool	
Bijzonderheden	<ul style="list-style-type: none"> • U moet een ziektekostenverzekering voor de ADL-hond afsluiten. • De tegemoetkoming in de gebruikskosten wordt achteraf per kwartaal aan u vergoed. 	<ul style="list-style-type: none"> • De tegemoetkoming moet voor de eerste keer aangevraagd worden binnen 3 maanden nadat de hond bij u geplaatst is, of na het afronden van een teamtraining. • De tegemoetkoming moet jaarlijks opnieuw worden aangevraagd. • U moet een kopie van de afgesloten ziektekostenverzekering voor de hond bij uw aanvraag voegen. • De tegemoetkoming in de gebruikskosten wordt achteraf per kwartaal aan u vergoed.
Offerte van leverancier nodig	Nee	
Vergoeding	U kunt aanspraak maken op een tegemoetkoming in de gebruikskosten tot maximaal € 1.096 per jaar voor: <ul style="list-style-type: none"> • het levensonderhoud, en • voor de verzorging, en • voor de speciale ziektekostenverzekering voor de hond. 	

Aangepaste apparatuur voor bediening van computers

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Bruikleen	
Voorafgaande toestemming nodig	Ja	
Toelichting door	Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de behandelend revalidatiearts worden gevoegd en een analyse van de beperkingen door een ergotherapeut.	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	6 jaar	
Bijzonderheden	<ul style="list-style-type: none"> • Voorbeelden van de hier bedoelde apparatuur zijn een speciaal toetsenbord, oogbediening of hoofdbediening. • Er bestaat geen aanspraak op andersoortige hardware, zoals een smartphone, tablet of computer. 	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie

Regeling zorgverzekering art. 2.6 en art. 2.13

Brillen en lenzen

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend medisch specialist	
Bijzonderheden	<p>Verzekerden tot 18 jaar kunnen in aanmerking komen voor brillenglazen en filterglazen indien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • er een indicatie is voor lenzen, maar het dragen van lenzen niet de voorkeur heeft, • de verzekerde aan één of beide ogen geopereerd is vanwege een lensafwijking, • de verzekerde lijdt aan zuivere accommodatieve esotropie. <p>Er geldt een wettelijke eigen bijdrage (conform de Regeling zorgverzekering):</p> <ul style="list-style-type: none"> • gebruiksduur lenzen/brillenglazen langer dan 1 jaar: € 58,50 per lens/brillenglas, • gebruiksduur lenzen korter dan 1 jaar: € 117 per kalenderjaar, • indien slechts één oog gecorrigeerd hoeft te worden, is de eigen bijdrage € 58,50 per kalenderjaar, • € 58,50 per brillenglas, met een maximum van € 117 per kalenderjaar. 	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100% (minus wettelijke eigen bijdrage)	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief. U betaalt een wettelijke eigen bijdrage van € 58,50 of € 117.

Bijzondere optische hulpmiddelen

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend medisch specialist	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaanvallen	5 jaar	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Oogpleisters

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	
Bijzonderheden	Er bestaat aanspraak op oogpleisters/afdekpleisters ter behandeling van amblyopie (lui oog).	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Blindentaststokken

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Computerprogrammatuur voor grootlettersystemen, in- en uitvoerapparatuur en memorecorders voor visueel gehandicapten

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Ja	
Toelichting door	Behandelend arts	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaanantallen	5 jaar	
Offerte van leverancier nodig	Ja	
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Daisyspelers of daisyprogrammatuur voor visueel gehandicapten

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend medisch specialist	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	5 jaar	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Voorleesapparatuur voor zwartdruk-informatie voor visueel gehandicapten

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Bruikleen	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	5 jaar	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Beeldschermlopen

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Bruikleen	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend medisch specialist	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	5 jaar	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Blindengeleidehond

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Bruikleen	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig	Ja	
Toelichting door	Bij aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de behandelend medisch specialist zijn gevoegd en een analyse van de beperkingen door Koninklijke Visio of Bartiméus.	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	6 jaar	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	De hondenschool moet minimaal voldoen aan de eisen zoals gesteld in het kwaliteitshandboek van de Internationale Federatie van Geleidehondenscholen.	
Bijzonderheden	Voor het geven van toestemming door HEMA Zorgverzekering is tevens een positieve indicatie van de hondenschool vereist.	
Offerte van leverancier nodig	Ja	
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Gebruikskosten bij een blindengeleidehond

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Voorafgaande toestemming nodig	Nee, mits er sprake is van een positieve beoordeling door de zorgverzekeraar op de aanvraag voor een geleidehond.	Ja
Toelichting door	Hondenschool	
Bijzonderheden	<ul style="list-style-type: none"> • U moet een ziektekostenverzekering voor de ADL-hond afsluiten. • De tegemoetkoming in de gebruikskosten wordt achteraf per kwartaal aan u vergoed. 	<ul style="list-style-type: none"> • De tegemoetkoming moet voor de eerste keer aangevraagd worden binnen 3 maanden nadat de hond bij u geplaatst is, of na het afronden van een teamtraining. • De tegemoetkoming moet jaarlijks opnieuw worden aangevraagd. • U moet een kopie van de afgesloten ziektekostenverzekering voor de hond bij uw aanvraag voegen. • De tegemoetkoming wordt achteraf per kwartaal aan u vergoed.
Offerte van leverancier nodig	Nee	
Vergoeding	U kunt aanspraak maken op een tegemoetkoming in de gebruikskosten tot maximaal € 1.096 per jaar voor: <ul style="list-style-type: none"> • het levensonderhoud, en • voor de verzorging, en • voor de speciale ziektekostenverzekering voor de hond. 	

Hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn

Regeling zorgverzekering art. 2.6 onderdeel g

Kappen ter bescherming van de schedel

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend medisch specialist	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaanantallen	2 jaar	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	SEMH*-gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'Orthopedische Instrumentmakerijen'	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden voor verzekerden jonger dan 21 jaar

Regeling zorgverzekering art. 2.6 en art. 2.16

Pessaria en koperhoudende spiraaltjes

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Uitwendige hulpmiddelen, gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, al dan niet samenhangend met zorg op bed

Regeling zorgverzekering art. 2.6 , 2.12 en art. 2.17

- | | | |
|---|---|--|
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Bed in speciale uitvoering, • Matras (koud/traagschuim) met preventieve werking, • Statische- en dynamische antidecubitus ligsystemen, • Trippelstoel, • Aangepaste stoel, • Aangepaste werktafel, • Zitorthese, • Ligorthese, • Sta-orthese, • Loopvoorziening (complexe rollator, loopwagen), • Loopfiets, • Kraamzorghulpmiddelen (bedverhogers en/of ondersteek en/of ruggesteun), | <ul style="list-style-type: none"> • Antidecubituskussen, • Vezelring, luchtring, • Bedgalg (vrijstaand), • Bedtafel, • Dekenboog, • Glijlaken, • Rollaken, • Infuusstandaard. |
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> • Duwwagen, rolstoel, • Drempelhelp, badplank, • Patiëntenlift, • Transferplank/glijplank, draaischijf, • Losse toiletverhoger, • Losse toiletstoel, • Losse douchestoel. | |

Voor hulpmiddelen onder punt 2 geldt dat er zowel aanspraak bestaat uit de Basisverzekering als uit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Als deze hulpmiddelen voor een beperkte, of qua gebruiksduur onzekere periode gebruikt moeten worden, verstrekt uw zorgverzekeraar dit vanuit de Basisverzekering. Is bij eerste gebruik meteen duidelijk dat het hulpmiddel voor een langere of voor onbepaalde tijd gebruikt dient te worden, dan wordt dit hulpmiddel direct verstrekt vanuit de WMO. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

Uitwendige hulpmiddelen, gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, al dan niet samenhangend met zorg op bed

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Bruikleen	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Medische toelichting door de behandelend zorgprofessional * * waaruit blijkt hoe lang de verzekerde het hulpmiddel nodig heeft.	
Bijzonderheden	<ul style="list-style-type: none"> • HEMA Zorgverzekering kan een ergotherapeutisch rapport verlangen. • Bij aanspraak op bedbeschermende onderleggers worden de onderleggers in eigendom verstrekt. 	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja, op basis van huurkosten per maand.
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid

Regeling zorgverzekering art. 2.6 en art. 2.18

Verbandmiddelen, toe te passen bij een ernstige aandoening waarbij langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen in de thuissituatie

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	<p>1) Verbandmiddelen Nee. U kunt zich met een voorschrift van uw huisarts en/of met een door de behandelend medisch specialist of verpleegkundig specialist ingevuld Zorgverzekeraars Nederland (ZN) aanvraagformulier rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden.</p> <p>2) Verbandkleding Ja</p> <p>3) Bandagelenzen zonder visuscorrigerende werking Nee</p>	<p>1) Verbandmiddelen Ja. U moet bij uw aanvraag een door uw behandelend medisch specialist of verpleegkundig specialist ingevuld Zorgverzekeraars Nederland (ZN) aanvraagformulier overleggen.</p> <p>2) Verbandkleding Ja</p> <p>3) Bandagelenzen zonder visuscorrigerende werking Ja</p>
Toelichting door	<ul style="list-style-type: none"> • Verbandmiddelen: behandelend medisch specialist of verpleegkundig specialist • Verbandkleding: behandelend dermatoloog, kinderarts of verpleegkundig specialist (uit 2^e lijn) • Bandagelenzen zonder visuscorrigerende werking: behandelend arts of optometrist 	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	Verbandkleding: <ul style="list-style-type: none"> • Verzekerden 16 jaar en ouder: maximaal 3 stuks per 12 maanden • Verzekerden jonger dan 16 jaar: maximaal 1 stuk per kledingmaat 	
Bijzonderheden	Verbandkleding: <ul style="list-style-type: none"> • Er bestaat aanspraak bij ernstige huidaandoeningen, waarbij grotere huidoppervlakten lokaal behandeld worden op indicatie. • Bij constitutioneel eczeem moet tevens uit de aanvraag blijken wat de ernst van de aandoening is en wat de grootte van het aangedane lichaamsoppervlak is middels een klinisch scoringsstelsel. • Er bestaat geen aanspraak op antibacteriële verbandkleding met zilver, AEM 5772/5 of chitosan bij constitutioneel (atopisch) eczeem. 	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Volledig individueel vervaardigde allergeenvrije schoenen

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend dermatoloog	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	<ul style="list-style-type: none"> Voor verzekerden van 16 jaar en ouder geldt een minimale gebruikstermijn van 18 maanden. Voor verzekerden jonger dan 16 jaar geldt een minimale gebruikstermijn van 9 maanden. 	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	SEMH*-gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'Orthopedische Schoentechnische Bedrijven'	
Bijzonderheden	<ul style="list-style-type: none"> Er geldt een wettelijke eigen bijdrage voor orthopedische schoenen (conform de Regeling zorgverzekering): <ul style="list-style-type: none"> - Voor verzekerden van 16 jaar en ouder: € 131 per paar - Voor verzekerden jonger dan 16 jaar: € 65,50 per paar Er dient sprake te zijn van een vastgestelde allergie, waarbij niet kan worden volstaan met allergeenvrije confectieschoenen. Er zijn steeds meer merken die er bij de productie van schoenen rekening mee houden dat bepaalde stoffen allergische reacties kunnen veroorzaken en die daarom het gebruik van deze stoffen vermijden. Er bestaat geen aanspraak op deze schoenen. 	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100% (minus de wettelijke eigen bijdrage)	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief. U betaalt een wettelijke eigen bijdrage van € 65,50 (jonger dan 16 jaar) of € 131 (16 jaar of ouder).

Verbandschoenen

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	Er geldt een minimale gebruikstermijn van 6 maanden.	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	SEMH*-gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'Orthopedische Schoentechnische Bedrijven'	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Injectiespuiten met toebehoren dan wel injectiepenen met toebehoren (met uitzondering van gebruik van deze middelen in het kader van de behandeling van diabetes)

Regeling zorgverzekering art. 2.6 en art. 2.19

Injectiespuiten met toebehoren dan wel injectiepenen met toebehoren (met uitzondering van gebruik van deze middelen in het kader van de behandeling van diabetes)

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

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

Regeling zorgverzekering art. 2.6 onderdeel m

Therapeutisch elastische kousen en aan-/uittrekhulpmiddelen met uitzondering van de Ortomate

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaanvallen	<ul style="list-style-type: none"> • Therapeutische elastische kousen: <ul style="list-style-type: none"> - Bij één been/arm 2 stuks gedurende 12 maanden - Bij beide benen/armen: 2 paar gedurende 12 maanden • Eenvoudige aan- en uittrekhulp: 24 maanden • Overige aan- en uittrekhulpmiddelen: 5 jaar 	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	SEM ^H *-gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'Therapeutisch Elastische Kousen'	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Ortomate

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Bruikleen	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig	Ja	
Toelichting door	Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de behandelend arts worden gevoegd en een analyse van de beperkingen door een ergotherapeut of behandelend verpleegkundige.	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	5 jaar	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Lymfe oedeem compressieapparatuur en manchetten

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	<ul style="list-style-type: none"> • Apparatuur: bruikleen • Manchetten: eigendom 	
Voorafgaande toestemming nodig	Ja	
Toelichting door	Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de behandelend medisch specialist worden gevoegd en een analyse van de beperkingen door de behandelend oedeemtherapeut.	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Compressiezwachtels met toebehoren

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	<ul style="list-style-type: none"> • De maximale hoeveelheid wordt geleverd voor een behandelperiode van 24 dagen. • Voor een zelfklevende eenvoudige zwachtel is de minimale gebruikstermijn 7 dagen. 	
Bijzonderheden	Wanneer meerdere keren per week gezwachteld moet worden, dient uit het oogpunt van doelmatigheid gekozen te worden voor uitwasbare zwachtels.	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Compressiehulpmiddelen niet zijnde zwachtels

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaanfallen	1 jaar	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	SEMH*-gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'Therapeutisch Elastische Kousen'	
Bijzonderheden	Voorbeelden van deze hulpmiddelen zijn de circaid, thoraxbandages, farrowwrap en vergelijkbare bandages.	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem

Regeling zorgverzekering art. 2.6, onderdeel n

Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel

Regeling zorgverzekering art. 2.6, onderdeel o

Hulpmiddelen bij diabetes (injectiemateriaal, apparatuur voor het zelf afnemen van bloed, de bloedglucosemeter, teststrips)

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts of diabetesverpleegkundige	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaanfallen	<p>Gebruiksduur:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bloedglucosemeter: 3 jaar • apparatuur voor het afnemen van bloed: 2 jaar <p>Gebruiksaanfallend gedurende de periode waarbij de verzekerde nagenoeg uitbehandeld is met orale middelen en behandeling met insuline wordt overwogen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • éénmalig 100 teststrips en éénmalig 100 lancetten <p>Het aantal te vergoeden teststrips is afhankelijk van het voorschrift van de diabetesverpleegkundige of behandelend arts, waarbij de EADV-richtlijn als uitgangspunt wordt genomen.</p>	

vervolg op volgende pagina

vervolg van vorige pagina

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	Module Diabetes Hulpmiddelen zoals opgenomen in het Register van het Zorginstituut (ZINL)	
Bijzonderheden	<ul style="list-style-type: none"> De vergoeding van de kosten van teststrips is een vast bedrag per teststrip (ongeacht merk/type). Er bestaat geen afzonderlijke vergoeding van de kosten van bloedglucosemeters, omdat de kosten zijn verdisconteerd in de kosten van de teststrips. 	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Freestyle Libre

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend internist of diabetesverpleegkundige (uit 2 ^e lijn)	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	Gebruiksduur: <ul style="list-style-type: none"> Reader: 3 jaar Sensor: 2 weken 	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	SEMH*-gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling medisch speciaalzaken DISW, onderdeel D. Module Diabetes Hulpmiddelen zoals opgenomen in het Register van het Zorginstituut (ZINL).	
Bijzonderheden	De toelichting van de behandelend internist of diabetesverpleegkundige bevat minimaal het volledig ingevulde landelijke 'Aanvraagformulier Flash Glucose Monitoring systeem'. Het aanvraagformulier is beschikbaar via de website van Zorgverzekeraars Nederland (ZN).	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Draagbare uitwendige insulinepomp

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Ja, bij de eerste aanvraag of bij een vervanging binnen de gemiddelde gebruiksduur van 4 jaar	Ja
Toelichting door	Behandelend medisch specialist of diabetesverpleegkundige (uit 2 ^e lijn).	Behandelend medisch specialist of diabetesverpleegkundige (uit 2 ^e lijn).

vervolg op volgende pagina

vervolg van vorige pagina

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	Gebruiksduur: <ul style="list-style-type: none"> • Voor een conventionele insulinepomp: 4 jaar • Voor de PDM van de mylife Omnipod (of vergelijkbaar): 4 jaar Gebruiksaantallen: <ul style="list-style-type: none"> • Voor de mylife Omnipod (of vergelijkbaar) geldt een maximum aantal van 1 POD per 3 dagen. 	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Draagbare uitwendige infuuspompen met toebehoren en/of hulpmiddelen voor het per infuus toedienen van medicatie door middel van zwaartekracht

Regeling zorgverzekering art. 2.6 en art. 2.22

Draagbare uitwendige infuuspompen met toebehoren en/of hulpmiddelen voor het per infuus toedienen van medicatie door middel van zwaartekracht

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	<ul style="list-style-type: none"> • Uitwendige infuuspomp: bruikleen • Toebehoren: eigendom 	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	5 jaar	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Hulpmiddelen voor de toediening van voeding

Regeling zorgverzekering art. 2.6 en art. 2.24

Uitwendige voedingspompen en uitwendige toebehoren benodigd bij de toediening van parenterale voeding alsmede niet-klinisch ingebrachte sondes

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	<ul style="list-style-type: none"> • Voedingspomp: bruikleen • Toebehoren: eigendom 	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	4 jaar	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken

Regeling zorgverzekering art.2.6 onderdeel s

Spraakvervangende hulpmiddelen

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Bruikleen	
Voorafgaande toestemming nodig	Ja	
Toelichting door	Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de behandelend revalidatiearts worden toegevoegd en een analyse van de beperkingen door een ergotherapeut of logopedist.	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	5 jaar	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief
Bijzonderheden	Er bestaat geen aanspraak op hardware, zoals bijvoorbeeld een tablet.	

Spraakversterkers

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Bruikleen	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend medisch specialist	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	2 jaar	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering

Regeling zorgverzekering art. 2.6 en art. 2.26

Daisyspelers of daisyprogrammatuur voor dyslectici

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend medisch specialist	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	5 jaar	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Persoonlijke alarmeringsapparatuur

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Bruikleen	
Voorafgaande toestemming nodig	Ja	
Toelichting door	Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de behandelend arts of verpleegkundige zijn toegevoegd.	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	5 jaar	

vervolg op volgende pagina

vervolg van vorige pagina

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Bijzonderheden	<ul style="list-style-type: none"> Alarmeringsapparatuur moet het zelfstandig wonen mogelijk maken als een verzekerde sociaal en ADL-redzaam is, maar lichamelijk gehandicapt is en door ziekte of gebrek een verhoogd risico loopt in een noodsituatie terecht te komen. De apparatuur en opvolging dienen het ketenkeurmerk Personenalarmering van het WDTM te dragen. Verzekerden komen voor deze apparatuur in aanmerking als: <ul style="list-style-type: none"> - er een duidelijke noodzaak bestaat om in geval van nood onmiddellijk medische of technische hulp van buitenaf in te roepen, en - de persoon bovendien gedurende langere tijd op zichzelf aangewezen is, en - de persoon niet in staat is in een noodsituatie de telefoon, zoals bijvoorbeeld een SOS-telefoon, zelfstandig te bedienen. Voor persoonlijke alarmeringsapparatuur geldt dat er zowel aanspraak bestaat uit de Basisverzekering als uit de WMO (gemeente). In situaties die niet voldoen aan bovenstaande voorwaarden kunt u contact opnemen met uw gemeente. 	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren

Regeling zorgverzekering art. 2.6 onderdeel y

Uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Bruikleen	
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de behandelend anesthesioloog, cardioloog of revalidatiearts zijn gevoegd, waaruit tevens blijkt dat de proefperiode succesvol was.	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	5 jaar	
Bijzonderheden	Er bestaat geen aanspraak op afzonderlijke vergoeding van de kosten van onderhoud en toebehoren, zoals elektroden of kabels. Deze kosten zijn opgenomen in het afgesproken tarief.	Er bestaat geen aanspraak op afzonderlijke vergoeding van de kosten van onderhoud en toebehoren, zoals elektroden en kabels. Deze kosten dienen opgenomen te zijn in de huurkosten.
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

De vergoeding voor woningaanpassingen en redelijk te achten kosten die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen (zie ook artikel 'Niet-klinische dialyse' in de verzekeringsvoorwaarden)

Regeling zorgverzekering art. 2.6 en art. 2.29

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig	Ja	
Toelichting door	Bij de aanvraag moet een toelichting van het dialysecentrum worden gevoegd.	
Offerte van leverancier nodig	Ja	
Vergoeding	100%	Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 100% van het bedrag voor zover dat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten, voor zover niet opgenomen in WMG-tarief.

* SEMH: Stichting Erkenningregeling voor leveranciers van Medische Hulpmiddelen,

** Zorgprofessional: behandelend (huis)arts, behandelend medisch specialist, wijkverpleegkundige, transferverpleegkundige, wondverpleegkundige, verzorgende, fysiotherapeut, ergotherapeut, verloskundige of medewerker van de zorgaanbieder.

4 Nadere voorwaarden geneesmiddelen

Op zorgverzekeringshema.nl staan 4 tabellen met geneesmiddelen. U kunt deze tabellen ook opvragen bij de HEMA Zorgverzekering Klantenservice op 088 222 41 14. HEMA Zorgverzekering stelt voor deze geneesmiddelen aanvullende voorwaarden.

Welke voorwaarden gelden er voor de geneesmiddelen in tabel 1?

Voor de geneesmiddelen opgenomen in Tabel 1 gelden de volgende voorwaarden. Alleen als aan deze voorwaarden voldaan is, is er recht op vergoeding van het betreffende geneesmiddel:

- het geneesmiddel voldoet aan de voorwaarden die de Minister heeft opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering, en
- het geneesmiddel moet zijn voorgeschreven door een medisch specialist met specifieke deskundigheid voor dit geneesmiddel zoals aangegeven op de artsenverklaring die van toepassing is, en
- de behandelend medisch specialist moet vooraf schriftelijke toestemming van HEMA Zorgverzekering hebben verkregen, en
- indien u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat moet HEMA Zorgverzekering in alle gevallen vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven, en
- het geneesmiddel moet op basis van de landelijke artsenverklaring door de farmaceutisch zorgaanbieder ter hand worden gesteld.

Tabel 1 vindt u op zorgverzekeringshema.nl. U kunt deze ook opvragen bij de HEMA Zorgverzekering Klantenservice op 088 222 41 14. De artsenverklaring vindt u op znformulieren.nl.

Welke voorwaarden gelden er voor de geneesmiddelen in tabel 2?

Voor de geneesmiddelen opgenomen in Tabel 2 geldt de volgende voorwaarde. Alleen als aan deze voorwaarde voldaan is, is er recht op vergoeding van het betreffende geneesmiddel:

- voor de terhandstelling en/of toediening van geneesmiddelen genoemd in Tabel 2 die parenteraal worden toegediend, is voorafgaande toestemming van HEMA Zorgverzekering vereist, als terhandstelling en/of toediening plaatsvindt met het oog op terhandstelling en/of toediening anders dan in een ziekenhuis.

Onder 'ziekenhuis' wordt verstaan een krachtens artikel 5 van de Wet toelating Zorginstellingen (WTZi) als algemeen ziekenhuis, categoriaal ziekenhuis of academisch ziekenhuis toegelaten instelling voor medisch specialistische zorg.

Onder terhandstelling en/of toediening anders dan in een ziekenhuis wordt in ieder geval verstaan:

- terhandstelling en/of toediening bij de verzekerde thuis, bij de huisarts, of in een ZBC, en
- terhandstelling en/of toediening in een ZBC, infusiekliniek of –ziekenhuis, via een voor toediening van geneesmiddelen opgerichte organisatie.

Bij toediening anders dan in een 'ziekenhuis' wordt toestemming verleend als aan 2 voorwaarden is voldaan:

- a) dat gewaarborgd is dat het geneesmiddel op verantwoorde wijze zal worden toegediend, en
- b) dat behandeling met het geneesmiddel in een 'ziekenhuis' niet mogelijk is binnen een straal van 30 kilometer van de woonplaats van de verzekerde.

U kunt Tabel 2 vinden op zorgverzekeringshema.nl. U kunt deze tabel ook opvragen bij de HEMA Zorgverzekering Klantenservice op 088 222 41 14.

Welke voorwaarden gelden er voor de geneesmiddelen in tabel 3?

Voor de geneesmiddelen opgenomen in Tabel 3 geldt de volgende voorwaarde:

- HEMA Zorgverzekering beschouwt de behandeling met de geneesmiddelen opgenomen in Tabel 3 als zodanig specialistisch dat terhandstelling en/of toediening altijd plaats dient te vinden in of door een ziekenhuis door of onder directe verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Terhandstelling en/of toediening anders dan in een ziekenhuis is niet toegestaan.

Onder 'ziekenhuis' wordt verstaan een krachtens artikel 5 van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) als algemeen ziekenhuis, categoriaal ziekenhuis of academisch ziekenhuis toegelaten instelling voor medisch specialistische zorg.

Onder terhandstelling en/of toediening anders dan in een ziekenhuis wordt in ieder geval verstaan:

- terhandstelling en/of toediening bij de verzekerde thuis, bij de huisarts of in een ZBC, en
- terhandstelling en/of toediening in een ZBC, infusiekliniek of ziekenhuis, via een voor toediening van geneesmiddelen opgerichte organisatie.

HEMA Zorgverzekering koopt niet alle geneesmiddelen in alle ziekenhuizen in. HEMA Zorgverzekering volgt veelal de adviezen van een beroepsgroep van artsen als het gaat om toepassing van geneesmiddelen in een beperkt aantal ziekenhuizen of expertisecentra. Daarmee wordt de kwaliteit van zorg verhoogd.

Tabel 3 kan gedurende het jaar wijzigen. U kunt het meest recente overzicht vinden op zorgverzekeringshema.nl. U kunt het overzicht ook opvragen bij de HEMA Zorgverzekering Klantenservice op 088 222 41 14.

Welke voorwaarden gelden er voor geneesmiddelen in tabel 4?

In tabel 4 staan doorgeleverde- en apotheekbereidingen, waarvan HEMA Zorgverzekering van oordeel is dat ze geen verzekerde zorg betreffen. Het betreft producten waarvan niet is aangetoond dat er sprake is van rationele farmacotherapie. Deze eis ligt aan eigen bereidingen ten grondslag volgens artikel 2.8 lid 1 van het Besluit Zorgverzekering. Omdat over deze producten veel vragen worden gesteld hebben we ze in een afzonderlijke tabel opgenomen.

Tabel 4 kan gedurende het jaar wijzigen. U kunt het meest recente overzicht vinden op zorgverzekeringshema.nl. U kunt het overzicht ook opvragen bij de HEMA Zorgverzekering Klantenservice op 088 222 41 14.

4.1 Preferente geneesmiddelen

Op zorgverzekeringhema.nl vindt u een actueel overzicht van de werkzame stoffen waarvoor HEMA Zorgverzekering preferente geneesmiddelen heeft aangewezen en welke geneesmiddelen dat zijn. U kunt het overzicht ook opvragen bij de HEMA Zorgverzekering Klantenservice op 088 222 41 14. U hebt alleen recht op vergoeding van het door ons aangewezen preferente geneesmiddel.

Tussentijdse uitbreiding

HEMA Zorgverzekering kan tussentijds in een kalenderjaar voor andere geneesmiddelen besluiten preferentiebeleid te gaan voeren, bijvoorbeeld als een geneesmiddel uit patent gaat.

Medische noodzaak

Identieke geneesmiddelen van andere leveranciers komen niet voor vergoeding in aanmerking, tenzij er volgens de behandelend arts sprake is van een medische noodzaak om u met een niet-preferent middel te behandelen. Dan wordt ook dat geneesmiddel volledig vergoed. Hiervoor dient de arts 'MN' op een recept te schrijven.

U heeft alleen recht op een spécialité (merkgeneesmiddel) als vaststaat dat u niet met één ander generieke (merkloos) geneesmiddel anders dan het preferente geneesmiddel behandeld kunt worden.

Als u een niet-preferent geneesmiddel wenst te gebruiken, zonder dat daarvoor een medische noodzaak is vastgesteld, dan moet u de volledige kosten daarvan zelf te betalen.

4.2 Dieetpreparaten voor medisch gebruik

Dieetvoeding voor medisch gebruik wordt vergoed als de verzekerde recht heeft op verstrekking volgens de voorwaarden genoemd in uw Basisverzekering HEMA Zorgverzekering (zie verzekeringsvoorwaarden en de voorwaarden van de artsenverklaring.)

Niet-geregistreerde allergenen worden niet vergoed tenzij na machtiging vooraf van de zorgverzekeraar. Hierbij gelden de volgende voorwaarden:

- het niet-geregistreerde allergeen mag in de handel zijn van de IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg), en
- de arts geeft een toelichting waarom verzekerde niet behandeld kan worden met een geregistreerd product, en
- de arts levert bij zijn aanvraag 2 wetenschappelijke artikelen aan waaruit de werkzaamheid van het betreffende product blijkt.

5 Reglement Pgb Verpleging en Verzorging

Artikel 1 Wat is een Pgb?

Een Pgb (persoonsgebonden budget) is een passende gemaximeerde vergoeding voor de kosten die u maakt voor het inkopen van zorg. Met een Pgb kunt u zorg inkopen die is afgestemd op uw behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden. Als u een Pgb ontvangt, bent u zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg die u daarmee inkoop.

Artikel 2 Doelgroep

- 2.1 Het Pgb is alleen bestemd voor een specifieke doelgroep. U behoort tot deze doelgroep als u langer dan één jaar behoefte heeft aan verpleging en verzorging.
- 2.2 Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:
 - a. verband houdt met de behoefte aan huisartsenzorg of medisch specialistische zorg, of een hoog risico daarop,
 - b. niet gepaard gaat met verblijf, en
 - c. geen kraamzorg betreft.
- 2.3 Als u een levensverwachting heeft van minder dan 3 maanden en u behoefte heeft aan Palliatieve Terminale Zorg (PTZ), dan is het niet nodig dat uw zorgbehoefte langer duurt dan één jaar. Wel is noodzakelijk dat u behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals bedoeld in artikel 2.2.

Artikel 3 Toekenningsvoorwaarden

- 3.1 U ontvangt een Pgb als uit uw aanvraagformulier en het bewuste-keuzegesprek blijkt dat u behoort tot de doelgroep zoals omschreven in artikel 2 en u voldoet aan alle navolgende voorwaarden, tenzij zich een weigeringsgrond voordoet:
 - a. u bent naar het oordeel van HEMA Zorgverzekering in staat met het Pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit,
 - b. u bent naar het oordeel van HEMA Zorgverzekering in staat op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de aan het Pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren,
 - c. u bent naar het oordeel van HEMA Zorgverzekering in staat op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg, en
 - d. u bent naar het oordeel van HEMA Zorgverzekering in staat op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een Pgb geleverd wil en kan krijgen.

U voldoet naar het oordeel van HEMA Zorgverzekering in ieder geval niet aan de 4 hierboven genoemde voorwaarden, als:

1. u zich bij de eerdere verstrekking van een Pgb in de AWBZ, Wlz, WMO of Jeugdwet niet gehouden heeft aan de daarbij opgelegde verplichtingen,
 2. u op het moment van aanvragen van het Pgb een achterstand heeft in de betaling van uw zorgverzekeringspremie ter hoogte van 4 maandpremies of meer.
- 3.2. Niet iedereen mag u als vertegenwoordiger helpen bij het uitvoeren van de taken en verplichtingen die aan het Pgb zijn verbonden, zoals bedoeld in artikel 3.1 onder a tot en met d. Alleen uw curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad mag u als vertegenwoordiger helpen. Uw vertegenwoordiger mag niet ook tegelijkertijd uw zorgverlener zijn, tenzij hij of zij uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is.

Artikel 4 Weigeringsgronden

U ontvangt géén Pgb als zich één van de volgende weigeringsgronden voordoet:

- a. het is onvoldoende aannemelijk dat met het Pgb zal worden voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit. Zorg is in ieder geval niet van goede kwaliteit als u door de manier waarop die zorg wordt verleend, gezondheidsrisico's loopt,
- b. het is onvoldoende aannemelijk dat de continuïteit van de te ontvangen zorg voldoende gewaarborgd is in situaties waarin uw zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins niet in staat zal zijn de benodigde zorg te verlenen,
- c. u bent bij de eerdere verstrekking van een Pgb niet in staat gebleken om op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger de aan het Pgb verbonden taken en verplichtingen uit te voeren,
- d. u was binnen een periode van 5 jaar, gelegen onmiddellijk voorafgaande aan aanvraag voor het Pgb, als verzekerde betrokken bij een, wegens opzettelijke misleiding door de verzekeringnemer, opgezegde of ontbonden zorgverzekering,
- e. u beschikt blijkens de Basisregistratie Personen niet over een woonadres,
- f. uw vrijheid is u rechs ontnomen,
- g. u verleent geen medewerking aan het voeren van een bewuste-keuzegesprek of huisbezoek,
- h. uit uw aanvraagformulier of het bewuste-keuzegesprek blijkt dat u met uw Pgb uitsluitend zorg wilt inkopen bij zorgverleners waarmee HEMA Zorgverzekering een overeenkomst heeft gesloten tot het leveren van zorg. Op zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder kunt u lezen met welke zorgaanbieders HEMA Zorgverzekering een overeenkomst heeft gesloten,
- i. u bent op het moment van aanvragen van het Pgb failliet verklaard of toegelaten tot de wettelijke schuldsanering of er is bij de rechtbank een verzoek gedaan om u toe te laten tot de wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnp),
- j. als u de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt: één van uw ouders of voogden is op het moment van aanvragen van het Pgb failliet verklaard of toegelaten tot de wettelijke schuldsanering (Wsnp) of er is bij de rechtbank een verzoek gedaan om één van hen toe te laten tot de wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnp),
- k. uw vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3.1 genoemde toekenningsvoorwaarden):
 1. is niet uw curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad,

2. heeft bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij/zij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
3. beschikt blijkens de Basisregistratie Personen niet over een woonadres,
4. is zijn/haar vrijheid rechtens ontnomen,
5. is op het moment van aanvragen van het Pgb failliet verklaard of toegelaten tot de wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnr), of er is een verzoek gedaan om hem toe te laten tot de wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnr),
6. biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het Pgb verbonden verplichtingen,
7. verleent zijn hulp tegen betaling,
8. is zowel uw vertegenwoordiger als zorgverlener en niet uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad.

Artikel 5 Aanvraag Pgb

- 5.1 U kunt bij HEMA Zorgverzekering een Pgb aanvragen door een volledig ingevuld aanvraagformulier in te dienen. U kunt dit aanvraagformulier vinden op zorgverzekeringhema.nl/pgbv. U moet het aanvraagformulier invullen samen met een wijkverpleegkundige. Door het invullen van het aanvraagformulier stelt de wijkverpleegkundige uw behoefte aan verpleging en verzorging zoals bedoeld in artikel 2.2 vast. Deze vaststelling wordt ook wel indicatie genoemd. Door het invullen van het aanvraagformulier geeft u ook aan hoe u in uw behoefte aan zorg wilt voorzien. U kunt ervoor kiezen om de zorg waaraan u behoefte heeft volledig in te kopen met een Pgb. U kunt er ook voor kiezen om slechts een deel van die zorg in te kopen met een Pgb. De rest van de zorg waaraan u volgens de wijkverpleegkundige behoefte heeft, kunt u dan krijgen overeenkomstig de verzekeringsvoorwaarden van HEMA Zorgverzekering. Het aantal uren zorg waarvoor u een Pgb aanvraagt, mag nooit hoger zijn dan het aantal uren verpleging en verzorging waaraan u volgens uw wijkverpleegkundige behoefte heeft.
- 5.2 Het ingevulde aanvraagformulier mag op het moment van indienen niet ouder zijn dan 3 maanden. Het is niet mogelijk om tegelijkertijd meerdere aanvraagformulieren naast elkaar in te dienen. Uw aanvraag voor een Pgb kan slechts gebaseerd zijn op één aanvraagformulier.
- 5.3 Alleen een wijkverpleegkundige met een afgeronde hbo-opleiding Verpleegkunde met een BIG-registratie mag het aanvraagformulier met u invullen. Als u jonger dan 18 jaar bent, dan mag het aanvraagformulier alleen worden ingevuld door een wijkverpleegkundige met een afgeronde hbo-opleiding Kinderverpleegkunde met een BIG-registratie die bovendien zelfstandig of via zijn/haar werkgever is aangesloten bij de Branchevereniging Integrale Kindzorg (BINKZ).
- 5.4 De wijkverpleegkundige die het aanvraagformulier met u invult mag niet uw zorgverlener zijn, tenzij HEMA Zorgverzekering een overeenkomst heeft met die wijkverpleegkundige. Deze wijkverpleegkundige die het aanvraagformulier met u invult mag ook niet uw vertegenwoordiger, uw partner of uw bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad zijn. Ook mag de wijkverpleegkundige die het aanvraagformulier met u invult geen partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad van uw vertegenwoordiger zijn.

- 5.5 De wijkverpleegkundige moet zich bij het invullen van het aanvraagformulier houden aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving. Als u jonger dan 18 jaar bent, moet de wijk(kinder)verpleegkundige het aanvraagformulier invullen aan de hand van het Medisch Kindzorgsysteem (MKS).
- 5.6 Voor zover in uw zorgbehoefte kan worden voorzien door de verlening van gebruikelijke zorg door uw partner, ouders, inwonende kinderen en/of andere huisgenoten, mag uw wijkverpleegkundige die gebruikelijke zorg niet meetellen bij het vaststellen van uw behoefte aan verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.2. Gebruikelijke zorg is de normale, dagelijkse zorg die partners, ouders, inwonende kinderen en/of andere huisgenoten elkaar geven.
- 5.7 Als u moeite heeft met de Nederlandse taal moet de wijkverpleegkundige aan de hand van de Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg, beoordelen of er een tolk nodig is bij het gezamenlijk invullen van het aanvraagformulier en – indien dat het geval is – een tolk inschakelen.
- 5.8 Als u behoefte heeft aan Palliatieve Terminale Zorg (PTZ), dan moet u bij uw aanvraagformulier ook een verklaring van uw huisarts voegen, waaruit blijkt dat u een levensverwachting heeft van minder dan 3 maanden.
- 5.9 Als HEMA Zorgverzekering uw volledig ingevulde aanvraagformulier heeft ontvangen, kan HEMA Zorgverzekering u vragen om uw aanvraag tijdens een persoonlijk gesprek toe te lichten. Dit gesprek wordt ook wel 'bewuste-keuzegesprek' genoemd. Als uit uw volledig ingevulde aanvraagformulier al voldoende duidelijk blijkt dat u geen recht heeft op een Pgb, kan HEMA Zorgverzekering besluiten om af te zien van een bewuste-keuzegesprek.

Artikel 6 Toekenningsverklaring

- 6.1 Als uit uw aanvraagformulier en het bewuste-keuzegesprek blijkt dat u behoort tot de doelgroep zoals omschreven in artikel 2 en u voldoet aan alle toekenningsvoorwaarden en zich geen weigeringsgronden voordoet, ontvangt u van HEMA Zorgverzekering een schriftelijke toekenningsverklaring.
In deze toekenningsverklaring staat vermeld:
 - a. de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring,
 - b. de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring,
 - c. de hoogte van uw Pgb in het lopende kalenderjaar en het aantal uren zorg waarop de hoogte van uw Pgb is gebaseerd.
- 6.2 Als ingangsdatum van uw toekenningsverklaring geldt de datum waarop HEMA Zorgverzekering het volledig ingevulde aanvraagformulier van u heeft ontvangen, tenzij uit uw aanvraagformulier blijkt dat u wilt dat de toekenningsverklaring op een later moment ingaat. In dat geval gaat de toekenningsverklaring in op de door u aangegeven datum.
- 6.3 Op basis van de inschattingen van uw wijkverpleegkundige, kan HEMA Zorgverzekering aan uw toekenningsverklaring een geldigheidsduur toekennen van maximaal 2 jaar. Gedurende de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring behoudt u uw recht op een Pgb. Als u in 2015 of 2016 een toekenningsverklaring heeft ontvangen met een geldigheidsduur van meer dan 2 jaar, dan blijft deze toekenningsverklaring geldig tot de geldigheidsduur is

verstrekken. De hoogte van het Pgb wordt ieder kalenderjaar opnieuw vastgesteld op basis van de verzekeringsvoorwaarden die in dat kalenderjaar gelden en kan van jaar tot jaar verschillen.

- 6.4 Als de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstrekken, kunt u uw Pgb alleen behouden door opnieuw een Pgb aan te vragen. Uw nieuwe Pgb gaat op zijn vroegst pas in op de datum waarop HEMA Zorgverzekering het volledig ingevulde aanvraagformulier van u heeft ontvangen. Vraag daarom tijdig vóór het verstrijken van de geldigheidsduur van uw huidige toekenningsverklaring aan uw wijkverpleegkundige om het nieuwe aanvraagformulier met u in te vullen.
- 6.5 Als u voor het verstrijken van de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring overstapt naar een andere zorgverzekeraar, dan geldt de toekenningsverklaring ook bij die andere zorgverzekeraar. Als u ook bij uw nieuwe zorgverzekeraar een Pgb wilt ontvangen, dan hoeft u daarvoor niet opnieuw een volledig ingevuld aanvraagformulier in te dienen. Wel zal uw nieuwe zorgverzekeraar zelf de hoogte van uw Pgb vaststellen op basis van zijn eigen Pgb-reglement.
Uw nieuwe zorgverzekeraar kan u vragen om uw toekenningsverklaring op te sturen. Het is daarom belangrijk dat u deze goed bewaart.
- 6.6 De hoogte van uw Pgb wordt ieder kalenderjaar opnieuw vastgesteld op basis van de verzekeringsvoorwaarden die in dat kalenderjaar gelden. De hoogte van uw Pgb kan van jaar tot jaar verschillen. Als u zowel bij formele als informele zorgaanbieders zorg wilt inkopen, wordt de hoogte van uw Pgb vastgesteld door het aantal uren verpleging en verzorging dat u met een Pgb wilt inkopen te vermenigvuldigen met de onderstaande tarieven.
- | | |
|----------------------------|-----------------|
| • Persoonlijke verzorging: | € 30,12 per uur |
| • Verpleging: | € 54,72 per uur |

Als u alleen bij informele zorgaanbieders zorg wilt inkopen, wordt de hoogte van uw Pgb vastgesteld door het aantal uren verpleging en verzorging dat u met een Pgb wilt inkopen te vermenigvuldigen met € 25,00 per uur.

Het aantal uren zorg waarvoor u een Pgb aanvraagt, mag nooit hoger zijn dan het aantal uren verpleging en verzorging waaraan u volgens uw wijkverpleegkundige behoefte heeft.

- 6.7 De periode waarvoor de hoogte van uw Pgb is vastgesteld, eindigt steeds op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Pgb is vastgesteld. De periode waarvoor de hoogte van uw Pgb is vastgesteld eindigt in ieder geval ook met ingang van de dag waarop uw toekenningsverklaring niet meer geldig is.

Artikel 7 Declareren uit uw Pgb

- 7.1 U kunt uw Pgb alleen besteden aan verpleging en verzorging zoals bedoeld in artikel 2.2, behalve:
- voor zover die verpleging en verzorging casemanagement betreft,
 - voor zover die verpleging en verzorging gebruikelijke zorg betreft die wordt verleend door uw partner, inwonend(e) kind(eren), andere huisgenoten of – als u minderjarig

bent – uw ouders. Gebruikelijke zorg is de normale, dagelijkse zorg die partners, ouders, inwonende kinderen en/of andere huisgenoten elkaar geven.

U kunt uw Pgb niet besteden aan verblijf.

- 7.2 U kunt uw Pgb alleen besteden aan zorg van goede kwaliteit. Zorg is in ieder geval niet van goede kwaliteit als u door de manier waarop die zorg wordt verleend, gezondheidsrisico's loopt.
- 7.3 U mag uw Pgb niet besteden aan zorg die is geleverd door uw vertegenwoordiger, tenzij dat uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is.
- 7.4 U kunt uw Pgb alleen besteden aan zorg die geleverd is ná de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring. U bent zelf verantwoordelijk voor betaling van de zorg die u inkoop. Eventuele incassokosten of andere kosten die worden veroorzaakt doordat u uw zorgaanbieders niet tijdig betaalt, kunnen niet uit uw Pgb worden vergoed. Geleverde zorg kunt u alleen achteraf bij HEMA Zorgverzekering declareren, door indiening van de nota van uw zorgverlener. HEMA Zorgverzekering verzoekt u de nota's uiterlijk binnen 3 maanden na het leveren van de zorg bij HEMA Zorgverzekering in te dienen.
- 7.5 Een nota van uw zorgverlener dient in ieder geval de volgende gegevens te bevatten:
- de naam van de zorgverlener,
 - het uurloon van de zorgverlener,
 - een urenspecificatie, uitgedrukt in eenheden van 5 minuten,
 - een omschrijving van de geleverde zorg,
 - als uw zorgverlener een formele zorgaanbieder is: de AGB-code van de zorgverlener.
- 7.6 Nota's die niet alle in artikel 7.5 bedoelde gegevens bevatten, worden niet door HEMA Zorgverzekering vergoed. Door indiening van een nota, verklaart u dat de nota juist is en de gedeclareerde zorg daadwerkelijk geleverd is. U moet voor het indienen van nota's gebruikmaken van de declaratieformulieren die u kunt vinden op zorgverzekeringhema.nl/pgbv. HEMA Zorgverzekering vergoedt nota's uitsluitend door betaling op de bij HEMA Zorgverzekering van u bekende bankrekening. U kunt niet uitsluitend voor de uitbetaling van de vergoeding van nota's een andere bankrekening aanwijzen.
- 7.7 Indien en voor zover één en dezelfde natuurlijke persoon meer dan 40 uur per week zorg aan u heeft verleend, worden de nota's voor de door deze persoon geleverde zorg niet vergoed. Dit betekent dat als door één en dezelfde natuurlijk persoon in één week 45 uur zorg is verleend, slechts 40 uur van die zorg wordt vergoed. De resterende 5 uur zorg moet u dan zelf betalen.
- 7.8 Nota's worden door HEMA Zorgverzekering vergoed tot een maximumtarief. Dit maximumtarief is een all-in tarief. Dit betekent dat daarin alle aanvullende kosten, zoals reis- en verblijfskosten zijn inbegrepen. Voor een formele zorgverlener gelden de volgende maximumtarieven:
- Persoonlijke verzorging: € 38,28 per uur
 - Verpleging: € 56,64 per uur

- 7.9 Voor informele zorgverleners geldt een maximumtarief van € 23 per uur, ongeacht het type zorg dat geleverd wordt. Dit maximumtarief is een all-in tarief. Dit betekent dat daarin alle aanvullende kosten, zoals reis- en verblijfskosten zijn inbegrepen.
- 7.10 Informele zorgaanbieders zijn zorgaanbieders die:
- uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad zijn, en/of
 - niet als verpleegkundige zijn ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG, en/of
 - niet in het Handelsregister zijn ingeschreven met een SBI-code beginnend met 86, 87 of 88.
- Formele zorgaanbieders zijn alle zorgaanbieders die geen informele zorgaanbieder zijn.
- 7.11 U kunt met uw zorgverleners hogere tarieven afspreken, maar u moet dan zelf het verschil betalen tussen het tarief dat u heeft afgesproken en het maximumtarief dat door HEMA Zorgverzekering wordt vergoed.
- 7.12 Aan het eind van de periode waarvoor uw Pgb is vastgesteld, vervalt het deel van uw Pgb dat u nog niet besteed heeft. U kunt het ongebruikte deel van uw Pgb niet meenemen naar een volgend kalenderjaar.
- 7.13 Als u uw gehele Pgb al heeft besteed, dan worden nieuwe nota's die betrekking hebben op de periode waarvoor de hoogte van het Pgb was vastgesteld, niet meer door HEMA Zorgverzekering vergoed. Zie ook artikel 8 onder j.

Artikel 8 Verplichtingen

Als u van HEMA Zorgverzekering een Pgb ontvangt, dan zijn daaraan voor u de volgende verplichtingen en verantwoordelijkheden verbonden:

- u bent verplicht om de afspraken die u maakt met uw zorgverleners schriftelijk vast te leggen in zorgovereenkomsten. In de zorgovereenkomst moet u in ieder geval opnemen:
 - uw naam, het adres en de woonplaats,
 - de naam, het adres en de woonplaats van de zorgverlener,
 - als uw zorgverlener een formele zorgaanbieder is: de AGB-code van de zorgverlener,
 - de looptijd van de overeenkomst,
 - welke zorg zal worden geleverd,
 - het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en de momenten waarop die zorg zal worden geleverd,
 - het tarief dat u per uur voor de geleverde zorg zult betalen,
 - of uw zorgverlener ook uw vertegenwoordiger is,
 - of uw zorgverlener een partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is.De zorgovereenkomst moet worden ondertekend door uzelf of uw vertegenwoordiger en de zorgverlener. Een voorbeeld van een zorgovereenkomst kunt u vinden op zorgverzekeringhema.nl/pgbv,
- het is niet toegestaan om één en dezelfde natuurlijke persoon meer dan 40 uur per week zorg aan u te laten verlenen. Het is niet toegestaan om zorg aan u te laten verlenen door een zorgverlener die jonger is dan 15 jaar,
- het is niet toegestaan om met uw zorgverlener een vast maandloon af te spreken. U mag uw zorgverlener alleen betalen voor daadwerkelijk geleverde zorg. Alleen als u in 2015 al met uw zorgverlener een vast maandloon heeft afgesproken, mag u uw zorgverlener nog een vast maandloon betalen.

- d. u bent verplicht om uw zorgverleners uitsluitend giraal te betalen. Uw mag uw zorgverleners niet contant betalen,
- e. u bent verplicht om minimaal 5 jaar lang de volgende documenten te bewaren:
 - 1. uw aanvraagformulier en alle bijbehorende bijlagen,
 - 2. alle zorgovereenkomsten die u met uw zorgverleners heeft gesloten,
 - 3. alle facturen, nota's en urenregistraties die u van uw zorgverleners ontvangt,
 - 4. betalingsbewijzen waaruit blijkt dat u de facturen en nota's van uw zorgverleners giraal heeft betaald,
 - 5. indien van toepassing: de beschikking van de rechtbank waarbij uw curator, bewindvoerder, mentor of voogd benoemd is,
- f. u bent verplicht om op verzoek van HEMA Zorgverzekering inzage te geven in de hierboven onder e. genoemde documenten en mee te werken aan onderzoek door HEMA Zorgverzekering naar de besteding van uw Pgb en de kwaliteit van de door u ingekochte zorg,
- g. als u een Pgb aanvraagt voor het inkopen van zorg die daarvoor al aan u werd verleend overeenkomstig de verzekeringsvoorwaarden van HEMA Zorgverzekering, dan bent u verplicht om de verlening van die zorg zelf te beëindigen vóóordat de toekenningsverklaring ingaat,
- h. als uw zorgbehoefte toeneemt of afneemt of anderszins wezenlijk wijzigt, bent u verplicht om uw wijkverpleegkundige opnieuw te laten vaststellen hoeveel uren zorg u nodig heeft. U bent verplicht om vervolgens samen met de wijkverpleegkundige opnieuw een aanvraagformulier in te vullen en in te dienen bij HEMA Zorgverzekering,
- i. u bent verplicht om HEMA Zorgverzekering te informeren over ontwikkelingen die relevant kunnen zijn voor uw recht op een Pgb. U bent in ieder geval verplicht om HEMA Zorgverzekering te informeren als:
 - 1. zich een situatie voordoet op grond waarvan uw Pgb automatisch eindigt of op grond waarvan HEMA Zorgverzekering uw Pgb kan beëindigen (zie ook artikel 9),
 - 2. uw behoefte aan zorg toeneemt of afneemt of anderszins wezenlijk wijzigt,
 - 3. u langer dan 2 maanden in het buitenland gaat verblijven,
 - 4. u langer dan 60 aaneengesloten dagen in een zorginstelling, instelling voor eerstelijns verblijf (ELV) of ziekenhuis verblijft,
- j. u bent verplicht om uw Pgb zodanig te besteden dat u gedurende de gehele periode waarvoor het Pgb is vastgesteld, met behulp van uw Pgb zelf kunt voorzien in uw behoefte aan zorg. U mag uw Pgb niet zodanig besteden, dat uw gehele Pgb al voor het einde van de periode waarvoor het is vastgesteld, volledig zal zijn besteed.
- k. u bent verplicht om maximaal eenmaal per jaar mee te werken aan de evaluatie van uw zorgbehoefte als de wijkverpleegkundige die uw zorgbehoefte heeft vastgesteld, daarom verzoekt. Als uit de evaluatie blijkt dat uw zorgbehoefte is toegenomen of afgenomen, bent u verplicht om vervolgens samen met de wijkverpleegkundige opnieuw een aanvraagformulier in te vullen en in te dienen bij HEMA Zorgverzekering.

Artikel 9 Einde en wijziging van het Pgb

- 9.1 Uw recht op Pgb eindigt automatisch met ingang van de dag waarop:
 - a. u niet langer behoort tot de in artikel 2 bedoelde specifieke doelgroep,
 - b. de zorg waaraan u behoefte heeft, kan worden bekostigd op grond van een ander wettelijk voorschrift dan de Zorgverzekeringswet, zoals de Wet langdurige zorg of de Wet maatschappelijke ondersteuning,

- c. u failliet bent verklaard of de wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnp) op u van toepassing is verklaard,
- d. als u de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt: één van uw ouders of voogden failliet is verklaard of is toegelaten tot de wettelijke schuldsanering (Wsnp),
- e. u blijkt de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres,
- f. rechtens uw vrijheid is ontnomen,
- g. u met uw Pgb uitsluitend nog zorg inkoop bij zorgverleners waarmee HEMA Zorgverzekering een overeenkomst heeft gesloten tot het leveren van zorg. Op zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder kunt u lezen met welke zorgaanbieders HEMA Zorgverzekering een overeenkomst heeft gesloten,
- h. u om beëindiging van het Pgb verzoekt,
- i. de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken,
- j. uw zorgverzekering eindigt.

9.2 HEMA Zorgverzekering kan uw recht op Pgb ook beëindigen:

- a. met ingang van de dag waarop u niet langer in staat bent om op eigen kracht te voldoen aan de in artikel 3.1 genoemde toekenningsvoorwaarden en u ook geen hulp van een vertegenwoordiger heeft,
- b. met ingang van de dag waarop uw vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3.1 genoemde toekenningsvoorwaarden):
 1. niet langer uw curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is,
 2. bij andere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
 3. blijkt de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres,
 4. zijn/haar vrijheid rechtens is ontnomen,
 5. failliet is verklaard of op hem/haar de wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnp) van toepassing is verklaard,
 6. anderszins niet langer voldoende waarborg biedt voor het nakomen van de voor u aan het Pgb verbonden verplichtingen,
 7. uw zorgverlener en niet ook uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is,
- c. met ingang van de dag waarop u zich niet (meer) houdt aan de aan het Pgb verbonden verplichtingen,
- d. met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat met het Pgb wordt, of zal worden voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit. Zorg is in ieder geval niet van goede kwaliteit als u door de manier waarop die zorg wordt verleend, gezondheidsrisico's loopt,
- e. met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat de continuïteit van de te ontvangen zorg voldoende gewaarborgd is in situaties waarin uw zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins niet in staat zal zijn de benodigde zorg te verlenen,
- f. met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, als de toekenningsverklaring is gebaseerd op door u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens en verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing had geleid.

- 9.3 In uw aanvraagformulier heeft u gekozen hoe u in uw zorgbehoefte wilt voorzien. U heeft er daarbij voor gekozen om de zorg waaraan u behoefte heeft volledig of slechts gedeeltelijk in te kopen met een Pgb. Zolang uw toekenningsverklaring geldig is, kunt u de manier waarop u in uw zorgbehoefte wilt voorzien, wijzigen. U kunt ervoor kiezen om een groter of juist kleiner deel van de zorg waaraan u behoefte heeft, in te kopen met een Pgb. U kunt daarvoor gebruikmaken van het wijzigingsformulier dat u kunt vinden op zorgverzekeringhema.nl/pgbv. De wijziging gaat in op de datum waarop HEMA Zorgverzekering het volledig ingevulde wijzigingsformulier van u heeft ontvangen, of zoveel later als u op dat wijzigingsformulier heeft aangegeven. Als gevolg van de wijziging wordt de hoogte van uw Pgb naar rato opnieuw vastgesteld zoals omschreven in artikel 6.6.

Voorbeeld

U heeft volgens uw wijkverpleegkundige behoefte aan in totaal 10 uur persoonlijke verzorging en 5 uur verpleging per week. In uw aanvraagformulier heeft u ervoor gekozen om 10 uur persoonlijke verzorging zelf in te kopen met een Pgb. U koopt een deel daarvan in bij een formele aanbieder. De 5 uur verpleging wilde u ontvangen overeenkomstig de verzekeringsvoorwaarden van HEMA Zorgverzekering. Vanaf 1 augustus wilt u echter ook de 5 uur verpleging zelf inkopen met een Pgb. Uw Pgb voor het gehele kalenderjaar wordt dan verhoogd met:

- 5 uur verpleging x € 54,72 x 52 weken x (153/365) = € 5.963,73.

Wilt u vervolgens vanaf 1 oktober de 10 uur persoonlijke verzorging niet meer inkopen met een Pgb, dan wordt uw Pgb voor het gehele kalenderjaar weer verlaagd met:

- 10 uur persoonlijke verzorging x € 30,12 x 52 weken x (92/365) = € 3.947,78.

- 9.4 Als u samen met uw wijkverpleegkundige een nieuw aanvraagformulier heeft ingevuld omdat uw zorgbehoefte is toegenomen of afgenomen of anderszins wezenlijk is gewijzigd en u dit formulier bij HEMA Zorgverzekering heeft ingediend, geldt dit als een verzoek tot onmiddellijke beëindiging van het lopende Pgb en als een verzoek tot toekenning van een nieuw Pgb op basis van het nieuwe aanvraagformulier. Uw lopende Pgb eindigt met ingang van de dag waarop HEMA Zorgverzekering uw nieuwe aanvraagformulier heeft ontvangen. De ingangsdatum van uw nieuwe toekenningsverklaring wordt bepaald door artikel 6.2.
- 9.5 Als uw Pgb voor het einde van een kalenderjaar eindigt, dan wordt uw Pgb naar rato verlaagd. Uw Pgb zal zodanig worden verlaagd dat de hoogte van het Pgb per dag dat u daarop recht had, ongewijzigd blijft.

Voorbeeld

Had u aanvankelijk gedurende 365 dagen recht op een Pgb van € 5.000 dan had u € 13,70 per dag te besteden. Eindigt uw Pgb vervolgens 50 dagen eerder dan verwacht, dan wordt uw Pgb verlaagd met € 13,70 voor iedere dag dat uw Pgb eerder eindigde dan verwacht. In dit voorbeeld zijn dat 50 dagen. U Pgb wordt dus met € 685 verlaagd naar € 4.315.

- 9.6 Als u gedurende de looptijd van uw Pgb langer dan 60 aaneengesloten dagen in een Wlz-instelling, een instelling voor eerstelijnsverblijf (ELV) of ziekenhuis verbleef, wordt uw Pgb naar rato verlaagd. De eerste 60 aangesloten dagen die u in een Wlz-instelling of ziekenhuis verbleef, zullen daarbij buiten beschouwing worden gelaten. Uw Pgb zal zodanig worden verlaagd dat de hoogte van het Pgb per dag waarop u niet langer dan 60 aaneengesloten dagen in een Wlz-instelling of ziekenhuis verbleef, ongewijzigd blijft.

Voorbeeld

Had u aanvankelijk gedurende 365 dagen recht op een Pgb van € 5.000, dan had u € 13,70 per dag te besteden. Verbleef u echter gedurende 80 aaneengesloten dagen in een zorginstelling, een instelling voor eerstelijnsverblijf (ELV) of ziekenhuis, dan wordt uw Pgb verlaagd met € 13,70 voor iedere dag die u meer dan 60 aaneengesloten dagen in een instelling of ziekenhuis verbleef. In dit voorbeeld zijn dat 20 dagen. Uw Pgb wordt dus met € 274 verlaagd naar € 4.726.

Artikel 10 Terugvordering

Als u zich bij de besteding vanuit Pgb niet houdt aan de regels uit dit Reglement, dan kan HEMA Zorgverzekering het aan u uitbetaalde Pgb geheel of gedeeltelijk terugvorderen.

verzekeringsreglement bij de basisverzekering

versie 1.0 – geldig vanaf 1 januari 2019

Postbus 75000, 7500 KC Enschede

Statutaire naam: Menzis Zorgverzekeraar N.V. Adres: Lawickse Allee 130, 6709 DZ Wageningen.
Handelsnaam: Menzis Zorgverzekeraar N.V. KvK-nummer 50544810 Aard van de dienstverlening:
aanbieden schadeverzekeringen AFM registratienummer: 12020806.
Statutaire naam: Menzis N.V. Adres: Lawickse Allee 130, 6709 DZ Wageningen.
Handelsnaam: Menzis N.V. KvK-nummer 50544101 Aard van de dienstverlening:
aanbieden schadeverzekeringen AFM registratienummer: 12020807.

BR.6083.1118