

alles over jouw zorgverzekering

In begrijpelijke taal. Dat is echt HEMA!

verzekeringsreglement bij de basisverzekering
versie 1.0 – geldig vanaf 1 januari 2017

HEMA

Inhoud

1 Uw Verzekeringsreglement 5

2 Voorwaardelijke toelatingen 6

3 Overzicht Hulpmiddelen 8

3.1 Algemeen 8

3.1.2 Naar een gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorgaanbieder 8

3.1.3 Volgorde van de eigen betalingen . 9

3.2 Voorwaarden hulpmiddelen 10

• Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan* * 10

• Prothesen voor schouder, arm, hand, been of voet en toebehoren 10

• Stompkousen 10

• Mammaprothesen 11

• Hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van de stembanden 12

• Stemprothesen 12

• Spraakversterkers 12

• Haarwerken 13

• Uitwendig gedragen hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging of bedekking van de oogbol* * 13

• 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

• Vernevelaars met toebehoren 15

• Voorzetkamers 15

• Apparatuur voor positieve uitademingsdruk . 16

• Slijmuitzuigapparatuur 16

• Tracheacanule (zowel binnen- als buitencanule) 17

• Stomabeschermers voor gelaryngectomeerden..... 17

• CPAP-apparatuur 18

• Mandibulaire repositie apparatuur (MRA) 18

• Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie* * 19

• Hoortoestellen en ruismaskeerders (inclusief de benodigde oorstukjes) 19

• Oorstukjes ter vervanging van oorstukjes bij een hoortoestel dat vóór 1-1-2013 is aangeschaft 20

• Ringleidingen / infrarood / FM-apparatuur / Wek- en waarschuwingsinstallaties 20

• Solo-apparatuur 21

• Total Conversation softwarelicentie ten behoeve van auditief gehandicapten 21

• BAHA-toestellen op softband 21

• Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie* * 22

• Urine-opvangzakken met de noodzakelijke hulpstukken ter bevestiging aan bed of been, katheters met blaaspoelvoelstoffen al dan niet met toebehoren 22

• Stomamaterialen en spoelapparatuur voor anaalpoelen 23

• Incontinentie - absorptiematerialen..... 24

• Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem* * 25

• Orthesen voor romp, arm, been, voet, hoofd en hals 25

• Orthopedische schoenen en orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen 26

• Hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand- en vingerfunctie . 27

• Eetapparaten 27

• Bladomslagapparatuur en apparatuur voor omgevingsbediening 28

• Daisy-spelers of daisyprogrammatuur voor motorisch gehandicapten 28

• ADL-hond 29

• Gebruikskosten bij een ADL-hond 29

• Aangepaste apparatuur voor bediening van computers 30

• Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie* * 31

• Lenzen/Brillenglazen 31

• Bijzondere optische hulpmiddelen..... 32

• Oogpleisters..... 32

• Blindentaststokken 33

• Computerprogrammatuur voor grootletter-systemen, in- en uitvoerapparatuur en memo-recorders voor visueel gehandicapten 33

• Daisy-spelers of daisyprogrammatuur voor visueel gehandicapten	34	• Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel* *	45
• Voorleesapparatuur voor zwartdruk-informatie voor visueel gehandicapten	34	• Hulpmiddelen bij diabetes (injectiemateriaal, apparatuur voor het zelf afnemen van bloed, de bloedglucosemeter, teststrips)	45
• Beeldschermloepen	35	• Draagbare uitwendige insulinepomp	46
• Blindengeleidehond	35	• Draagbare uitwendige infuuspompen met toebehoren en/of hulpmiddelen voor het per infuus toedienen van medicatie door middel van zwaartekracht	47
• Gebruikskosten bij een blindengeleidehond	36	• Hulpmiddelen voor de toediening van voeding	47
• Hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn* *	37	• Uitwendige voedingspompen en uitwendige toebehoren benodigd bij de toediening van parenterale voeding alsmede niet-klinisch ingebrachte sonden ...	47
• Kappen ter bescherming van de schedel ...	37	• Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken	48
• Hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden voor verzekerden jonger dan 21 jaar	37	• Spraakvervangende hulpmiddelen	48
• Pessaria en koperhoudende spiraaltjes	37	• Spraakversterkers	49
• Uitwendige hulpmiddelen, gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, al dan niet samenhangend met zorg op bed	38	• Hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering	49
• Hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid * *	39	• Daisy-spelers of daisyprogrammatuur voor dyslectici	49
• Verbandmiddelen, toe te passen bij een ernstige aandoening waarbij langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen in de thuissituatie	39	• Persoonlijke alarmeringsapparatuur	50
• Individueel vervaardigde allergeenvrije schoenen.....	40	• Uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren	50
• Verbandschoenen	41	• De vergoeding voor woningaanpassingen en redelijk te achten kosten die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen (zie ook artikel 'Niet-klinische dialyse' in de verzekeringsvoorwaarden)	51
• Injectiespuiten met toebehoren dan wel injectiepenen met toebehoren (met uitzondering van gebruik van deze middelen in het kader van de behandeling van diabetes)	41	• Vergoedingen voor woningaanpassingen en redelijk te achten kosten die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen	51
• 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* *	42		
• Therapeutisch elastische kousen en aan/uittrek-hulpmiddelen met uitzondering van de Ortomate	42	4 Nadere voorwaarden geneesmiddelen	52
• Ortomate	43	4.1 Preferente geneesmiddelen	54
• Lymfe oedeem compressieapparatuur en manchetten	43	4.2 Dieetpreparaten voor medisch gebruik	54
• Compressiezwachtels met toebehoren	44		
• Compressiehulpmiddelen niet zijnde zwachtels	44	5 Reglement Pgb Verpleging en Verzorging	55
• Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem* *	45	Artikel 1 Wat is een Pgb?	55
		Artikel 2 Doelgroep	55
		Artikel 3 Toekenningsvoorwaarden	55

Artikel 4 Weigeringsgronden	56
Artikel 5 Aanvraag Pgb.....	57
Artikel 6 Toekenningsverklaring	58
Artikel 7 Declareren uit uw Pgb.....	59
Artikel 8 Verplichtingen	61
Artikel 9 Einde en wijziging van het Pgb	62

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.
- Preferente geneesmiddelen. Het overzicht preferente geneesmiddelen wijzigt regelmatig. U kunt het meest recente overzicht downloaden van zorgverzekeringhema.nl/voorwaarden. U kunt het overzicht ook opvragen bij de Klantenservice op 0900 411 41 14.
- 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 'natura' Basisverzekering HEMA Zorgverzekering 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 uit het basispakket bestaat uit deelname aan het hoofdonderzoek waarin de gegevens worden verzameld over de effectiviteit en kosteneffectiviteit van de zorg. Naast het doel van het verzamelen van gegevens over effectiviteit en kosteneffectiviteit wil de minister van VWS ook dat alle patiënten met de medische indicatie voor de desbetreffende zorg in aanmerking komen voor vergoeding van de behandeling gedurende de voorwaardelijke toelating.

Daarom is het in bepaalde omstandigheden ook mogelijk gemaakt om buiten het hoofdonderzoek de zorg aan te bieden, mits de verzekerde deelneemt aan een aanvullend observationeel onderzoek (nevenonderzoek). In het nevenonderzoek zijn de indicatie, de te onderzoeken behandeling en de follow-up hetzelfde als in het hoofdonderzoek.

Welke voorwaardelijk toegelaten behandelingen zijn er?

1. a. tot 1 januari 2018 behandeling door middel van transluminale endoscopische step-up benadering van een geïnfecteerde pancreasnecrose voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het 2^e lid naar deze zorg,
- b. tot 1 januari 2018 het verrichten van een autologe stamceltransplantatie bij een ernstige therapierefractaire morbus Crohn voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het 2^e lid naar deze zorg,
- c. van 1 april 2016 tot 1 april 2018 behandeling met Fampyra voor verzekerden van achttien jaar of ouder met multiple sclerose en een score van 4 tot en met 7 op de Expanded Disability Status Scale en voor zover de verzekerde deelneemt aan een onderzoek als bedoeld in het tweede lid, naar Fampyra,

- d. tot 1 oktober 2019 behandeling van coloncarcinoom met adjuvante hypertherme intraperitoneale chemotherapie, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het 2^e lid, onderdeel a, naar deze zorg,
 - e. tot 1 juli 2019 behandeling met belimumab van volwassen patiënten met actieve auto-antilichaampositieve systemische lupus erythematosus met een hoge mate van ziekte-activiteit en met een geschiedenis van behandelfalen op de standaardbehandeling, voor zover de verzekerde deelneemt aan het onderzoek naar de effectiviteit naar deze zorg of het onderzoek als bedoeld in het 2^e lid, onderdeel b, naar deze zorg, die zijn vermeld in het advies van het Zorginstituut van 29 april 2015,
 - f. tot 1 juli 2019 behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het 2^e lid naar deze zorg,
 - g. tot 1 april 2020 borstreconstructie na borstkanker met autologe vettransplantatie, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het 2^e lid, onderdeel a, naar deze zorg,
 - h. van 1 januari 2016 tot 1 januari 2020 behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom bij lumbale hernia met percutane transforaminale endoscopische discectomie, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het 2^e lid naar deze zorg,
 - i. van 1 januari 2016 tot 1 januari 2020 behandeling van medicamenteus onbehandelbare chronische clusterhoofdpijn met occipitale zenuwstimulatie voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid naar deze zorg,
 - j. van 1 april 2016 tot 1 augustus 2021 dendritische celvaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid naar deze zorg,
 - k. van 1 oktober 2016 tot 1 juli 2021 sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmassage, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid naar deze zorg.
2. Als onderzoek naar zorg wordt aangemerkt:
- a. hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd, en
 - b. aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht indien:
 - 1) de verzekerde, behoudens de zorginhoudelijke criteria, niet voldoet aan de criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek,
 - 2) de verzekerde niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of
 - 3) de verzekerde heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor die verzekerde is voltooid.

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.

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

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.

Bij vragen kunt u ook contact opnemen met onze Klantenservice op 0900 411 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/voorwaarden.

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 Naar een gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Hiervoor geldt dat er sprake is van een 100% vergoeding met uitzondering van het eigen risico, de wettelijke eigen bijdragen en maximale vergoedingen. HEMA Zorgverzekering heeft geregeld dat de nota rechtstreeks van de zorgaanbieder naar HEMA Zorgverzekering wordt gestuurd.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Kiest u voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met HEMA Zorgverzekering heeft gesloten, dan vergoedt HEMA Zorgverzekering de kosten tot een maximumbedrag. 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).

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/voorwaarden. Heeft u geen toegang tot internet? U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14. Als u vragen heeft over de zorg, belt u dan met de HEMAZorgadviseur op 088 222 43 21.

3.1.3 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 Haarwerk (pruik)

U koopt een haarwerk (zie onderdeel Haarwerken op pagina 13) bij een niet door HEMA Zorgverzekering gecontracteerde leverancier. De aanschafprijs is € 600. Uw basisverzekering vergoedt € 419,50. Dit is de wettelijke maximumvergoeding, conform de Regeling Zorgverzekering. Het deel van de kosten dat hoger is dan de wettelijke maximum vergoeding is € 180,50. 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 € 419,50 vergoed. Er blijft dus 25% (dit is € 104,87) voor uw eigen rekening. Wanneer u het verplichte eigen risico (en een eventueel vrijwillig eigen risico) al volgemaakt heeft krijgt u € 314,63 uitgekeerd. Is dat nog niet het geval dan wordt dit bedrag met het nog openstaande eigen risicobedrag verrekend.

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

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend medisch specialist
Bijzonderheden	HEMA Zorgverzekering kan besluiten om fabrieksmatige onderdelen van een hightech prothese die vervangbaar zijn in bruikleen te verstrekken.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend medisch specialist
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Gemiddelde gebruiksduur	<ul style="list-style-type: none"> • Hightech prothesen - minimaal 5 jaar • Overige prothesen - minimaal 3 jaar
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen leverancier	SEMH*-gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'Orthopedische Instrumentmakerijen'
Vergoeding	Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd.

Stompkousen

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend medisch specialist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden***.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend medisch specialist
Offerte van leverancier nodig?	Ja

vervolg op volgende pagina

vervolg van vorige pagina

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Gemiddelde gebruiksduur en gebruiksaantallen	Maximaal 16 stuks per jaar
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen leverancier	SEMH*-gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'Orthopedische Instrumentmakerijen'
Vergoeding	Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd.

Mammaprothesen

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden***.
Bijzonderheden	U heeft geen aanspraak op een voorlopige borstprothese (postoperatief verstrekt door het ziekenhuis), bh's of plakstrips.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend medisch specialist
Offerte van leverancier nodig?	Nee
Gemiddelde gebruiksduur	2 jaar
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen leverancier	SEMH*-gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'Medisch Speciaalzaken' of de erkenningsregeling 'Mammacare'
Bijzonderheden	U heeft geen aanspraak op een voorlopige borstprothese (postoperatief verstrekt door het ziekenhuis), bh's of plakstrips.
Vergoeding	Maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd.

Hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van de stembanden

Stemprothesen

Indien en voor zover de stemprothese niet valt onder de medisch specialistische zorg, geldt het volgende.

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja. Voegt u bij uw aanvraag een motivatie van de medisch specialist toe waarom de vervanging van de stemprothese niet poliklinisch kan plaatsvinden.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja. Voegt u bij uw aanvraag een motivatie van de medisch specialist toe waarom de vervanging van de stemprothese niet poliklinisch kan plaatsvinden.
Toelichting van wie?	Behandelend medisch specialist
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Vergoeding	Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd.

Spraakversterkers

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Bruikleen
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend medisch specialist en een analyse van de beperkingen door een logopedist, rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden***.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of huur?	Huur
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend medisch specialist en een analyse van de beperkingen door een logopedist.
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Gemiddelde gebruiksduur	2 jaar
Vergoeding	Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen in bruikleen heeft gecontracteerd.

Haarwerken

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden* **.
Wettelijke maximale vergoeding	Conform de Regeling zorgverzekering € 419,50

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend arts
Gemiddelde gebruiksduur	1 jaar
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen leverancier	SEMH*-gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'haarwerken' of ANKO-gecertificeerd voor de sectie 'haarwerken'
Vergoeding	Maximaal 75% van de wettelijke maximale vergoeding. Dit is een bedrag van € 314,63.

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

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

1) Volledige oogprothese

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden* **.

2) Scleraschalen en scleralenzen met ingekleurde iris of pupil, zonder visuscorrectie

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden* **.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

1) Volledige oogprothese

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend arts
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Vergoeding	Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd.

vervolg op volgende pagina

vervolg van vorige pagina

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

2) Scleraschalen en scleralenzen met ingekleurde iris of pupil, zonder visuscorrectie

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend arts
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Vergoeding	Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd.

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

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Bruikleen
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden* **.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of huur?	Huur
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend arts
Vergoeding	Huur zuurstofapparatuur dan wel zuurstofconcentrator en toebehoren: maximaal € 2,10 incl. btw per dag. Stroomkosten (indien van toepassing) in verband met het gebruik van een zuurstofconcentrator kunnen apart gedeclareerd worden, tot een maximum van € 1 per dag.

Vernevelaars met toebehoren

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Bruikleen
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden* **.
Bijzonderheden	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 valt tevens onder de aanspraak.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of huur?	Huur
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend arts
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Gemiddelde gebruiksduur	5 jaar
Bijzonderheden	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 valt tevens onder de aanspraak.
Vergoeding	Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen in bruikleen heeft gecontracteerd.

Voorzetkamers

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden* **.
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 aërosol.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend arts
Gemiddelde gebruiksduur	1 jaar

vervolg op volgende pagina

vervolg van vorige pagina

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Bijzonderheden	Vergoeding vanuit hulpmiddelenzorg alleen als het gaat om een losse universele voorzetskamer, waarbij er geen sprake is van een geneesmiddelenregistratie met een specifieke dosis aërosol.
Vergoeding	Maximaal € 17,10 incl. btw

Apparatuur voor positieve uitademingdruk

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden***.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend arts
Vergoeding	Maximaal € 37,50 incl. btw

Slijmuitzuigapparatuur

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Bruikleen
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden***.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of huur?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend arts
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Vergoeding	<ul style="list-style-type: none"> • Uitzuigapparatuur standaard: maximaal € 401,25 incl. btw • Uitzuigapparatuur mobiel: maximaal € 668,75 incl. btw • Disposables: <ul style="list-style-type: none"> - Katheters maximaal € 35,78 voor 100 stuks - Overige disposables: op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd.

Tracheacanule (zowel binnen- als buitencanule)

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend medisch specialist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden* **.
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 te worden bekostigd in het kader van die prestatie.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	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 te worden bekostigd in het kader van die prestatie.
Vergoeding	AIP* zoals opgenomen in de G-Standaard* verminderd met 25% en vermeerderd met btw

Stomabeschermers voor gelaryngectomeerden

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden* **.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend medisch specialist
Vergoeding	AIP* zoals opgenomen in de G-Standaard* verminderd met 25% en vermeerderd met btw

CPAP-apparatuur

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Bruikleen
CPAP-toebehoren (zoals slang en masker)	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend longarts, KNO-arts en/of de behandelend neuroloog rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden***.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of huur?	<ul style="list-style-type: none"> Apparatuur: huur CPAP-toebehoren: eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend longarts, KNO-arts en/of behandelend neuroloog
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Gemiddelde gebruiksduur en gebruiksaantallen	<ul style="list-style-type: none"> 5 jaar Voor de maskers geldt: maximaal 1 masker per jaar
Vergoeding	Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd.

Mandibulaire repositie apparatuur (MRA)

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend longarts of KNO-arts, in samenspraak met een NVTs-geaccrediteerde orthodontist, tandarts of kaakchirurg rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden***.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend longarts of KNO-arts uit een slaapcentrum, in samenspraak met een NVTs-geaccrediteerde orthodontist, tandarts of kaakchirurg.
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Gemiddelde gebruiksduur	5 jaar
Vergoeding	Maximaal € 525 incl. btw, voor de MRA-beugel inclusief alle behandelkosten zoals onderzoek, aanmeting en controle/nazorg samen.

Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie**

Regeling zorgverzekering art. 2.6 en art. 2.10

Hoortoestellen en ruismaskeerders (inclusief de benodigde oorstukjes)

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden. Vanuit het Hoorzorgprotocol kunt u mogelijk worden doorverwezen naar uw huisarts of medisch specialist***.
Wettelijke eigen bijdrage	Conform de Regeling zorgverzekering: Voor verzekerden van 18 jaar en ouder bedraagt de eigen bijdrage voor hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie of ernstig oorsuizen 25% van de totale aanschafkosten (zoals HEMA Zorgverzekering is overeengekomen met gecontracteerde zorgaanbieders) van een volledig functionerend hoortoestel. 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.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Audicien. De aanvraag 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.
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Vergoeding	Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd.
Wettelijke eigen bijdrage	Conform de Regeling zorgverzekering: Voor verzekerden van 18 jaar en ouder bedraagt de eigen bijdrage voor hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie of ernstig oorsuizen 25% van de totale aanschafkosten.

Oorstukjes ter vervanging van oorstukjes bij een hoortoestel dat vóór 1-1-2013 is aangeschaft

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden.
Wettelijke eigen bijdrage	Conform de Regeling zorgverzekering: De eigen bijdrage bedraagt 25% van de totale aanschafkosten van de oorstukjes.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Nee
Gemiddelde gebruiksduur	<ul style="list-style-type: none"> • Gebruiksduur oorstukjes voor verzekerden van 16 jaar en ouder: 2 jaar • Gebruiksduur oorstukjes voor verzekerden jonger dan 16 jaar: 1 jaar
Wettelijke eigen bijdrage	Conform de Regeling zorgverzekering: De eigen bijdrage bedraagt 25% van de totale aanschafkosten van de oorstukjes.
Vergoeding	Op basis van de nota tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd.

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

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden***. Voor wek- en waarschuwingsinstallaties heeft u een toelichting van een audiologisch centrum nodig. Bij reparatie of vervanging volstaat een toelichting van een gecontracteerde leverancier.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Audicien. In geval van wek- en waarschuwingsinstallaties heeft u een toelichting van een audiologisch centrum nodig.
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Gemiddelde gebruiksduur	5 jaar
Vergoeding	Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd.

Solo-apparatuur

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van een audiologisch centrum rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden***.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Audiologisch centrum
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Gemiddelde gebruiksduur	5 jaar
Vergoeding	Maximaal € 750 incl. btw

Total Conversation softwarelicentie ten behoeve van auditief gehandicapten

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van een audiologisch centrum of een behandelend medisch specialist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden***.
Bijzonderheden	De hardware (bijv. een smartphone of tablet) valt niet onder de vergoeding van de Basisverzekering.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Audiologisch centrum of een behandelend medisch specialist
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Bijzonderheden	De hardware (bijv. een smartphone of tablet) valt niet onder de vergoeding van de Basisverzekering.
Vergoeding	Maximaal € 15 incl. btw

BAHA-toestellen op softband

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Bruikleen
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van een audiologisch centrum rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden***.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of huur	Huur
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Audiologisch centrum
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Vergoeding	Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen in bruikleen heeft gecontracteerd.

Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie**

Regeling zorgverzekering art. 2.6 en art. 2.11

Urine-opvangzakken met de noodzakelijke hulpstukken ter bevestiging aan bed of been, katheters met blaasspoelvoelstoffen al dan niet met toebehoren**Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:**

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend arts, continëntieverpleegkundige of verpleegkundig specialist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden * * *.
Bijzonderheden:	Geen aanspraak bestaat op blaasspoelvoelstoffen 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 blaasspoelvoelstof 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.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend arts, continëntieverpleegkundige of verpleegkundig specialist
Offerte van leverancier nodig?	Ja

vervolg op volgende pagina

vervolg van vorige pagina

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Gemiddelde gebruiksduur en 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
Bijzonderheden	<p>Geen aanspraak bestaat op blaasspoelstoffen met chondroitinesulfaat en/of hyaluronzuur. In een aantal situaties vallen blaasspoelstoffen onder de verzekerde prestatie 'geneeskundige zorg' en dient het te worden bekostigd in het kader van die prestatie. Dit is het geval als de blaasspoelstof wordt toegediend:</p> <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.
Vergoeding	Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd.

Stomamaterialen en spoelapparatuur voor anaalspoelen

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend arts, stomaverpleegkundige of verpleegkundig specialist, rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden* * *.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend arts, stomaverpleegkundige, of verpleegkundig specialist
Offerte van leverancier nodig?	Ja

vervolg op volgende pagina

vervolg van vorige pagina

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Gemiddelde gebruiksduur en gebruiksaantallen

Colostoma:

- tweedelig: 4 plakken per week / 4 zakjes per dag
- eendelig: 4 zakjes per dag

Irrigatie:

- spoelsets: bij aanvang behandeling 2 spoelset, hierna 1 spoelset per jaar
- spoelpomp: gebruiksduur 3 jaar
- 1 irrigatiesleeve per dag
- na elke spoelbeurt kunnen 2 stomapleisters of colostomiezakjes gebruikt worden

Stomapluggen:

- tweedelig: 1 plak en 4 pluggen per dag
- eendelig: 4 pluggen per dag

Ileostoma:

- tweedelig: 4 plakken per week / 2 zakjes per dag
- eendelig: 2 zakjes per dag

Urostoma:

- tweedelig: 4 plakken per week / 2 zakjes per dag
- eendelig: 2 zakjes per dag

Continentstoma:

- afdekleisters en katheters: 2-6 per dag afhankelijk van voorschrift

Confectie breukband/stoma steunbandage:

- bij aanvang behandeling 2 stuks, hierna 1 stuk per jaar

Vergoeding

Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd.

Incontinentie - absorptiematerialen

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?

Eigendom

Voorafgaande toestemming nodig?

Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend arts, continëntieverpleegkundige of verpleegkundig specialist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden* **.

Bijzonderheden

Onder incontinentie - absorptiematerialen vallen geen beschermende onderleggers tenzij er sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?

Ja

Toelichting van wie?

Behandelend arts, continëntieverpleegkundige of verpleegkundig specialist

Offerte van leverancier nodig?

Ja

vervolg op volgende pagina

vervolg van vorige pagina

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Gemiddelde gebruiksduur en gebruiksaantallen	Genormeerd aantal: <ul style="list-style-type: none"> • Eenmalig te gebruiken inlegluiers en/of luiers: maximaal 455 stuks per kwartaal • Wasbare inlegluiers of luiers: maximaal 5 stuks per jaar • Wegwerfixatiebroeken: maximaal 20 stuks per jaar
Bijzonderheden	Onder incontinentie - absorptiematerialen vallen geen beschermende onderleggers tenzij er sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag.
Vergoeding	Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd.

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

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja. Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de behandelend medisch specialist zijn gevoegd* ** *

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend medisch specialist
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Gemiddelde gebruiksduur	<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 leverancier	SEMH*-gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'Orthopedische Instrumentmakerijen'
Vergoeding	Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd.

Orthopedische schoenen en orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

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 gebruiksstermijn van 15 maanden. • Nee. U kunt zich rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden. De leverancier beoordeelt met behulp van het NPI-protocol uw zorgvraag. <p>Als er maatwerkschoenen nodig zijn is een voorschrift van de behandelend medisch specialist nodig ***.</p> <p>Voor verzekerden jonger dan 16 jaar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja. Binnen de minimale gebruiksstermijn van 9 maanden • Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend medisch specialist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden***.
Wettelijke eigen bijdrage	<p>Voor orthopedische schoenen conform de Regeling zorgverzekering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • voor verzekerden van 16 jaar en ouder: € 135 per paar • voor verzekerden jonger dan 16 jaar: € 67,50 per paar
Bijzonderheden	Algemeen gebruikelijke onderhoudskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend medisch specialist
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Gemiddelde gebruiksduur	<ul style="list-style-type: none"> • Voor verzekerden van 16 jaar en ouder: minimaal 15 maanden • Voor verzekerden jonger dan 16 jaar: minimaal 9 maanden
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen leverancier	SEMH*-gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'Orthopedische Schoentechnische Bedrijven'
Bijzonderheden	Algemeen gebruikelijke onderhoudskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.
Vergoeding	<p>Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd. Eigen bijdrage conform de Regeling zorgverzekering voor orthopedische schoenen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • voor verzekerden van 16 jaar en ouder: € 135 per paar • voor verzekerden jonger dan 16 jaar: € 67,50 per paar

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

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Bruikleen
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja. Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de revalidatiearts gevoegd worden en een analyse van de beperkingen door een ergotherapeut.
Gemiddelde gebruiksduur	7 jaar

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of huur?	Huur
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de revalidatiearts gevoegd worden en een analyse van de beperkingen door een ergotherapeut.
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Gemiddelde gebruiksduur	7 jaar
Vergoeding	Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen in bruikleen heeft gecontracteerd.

Eetapparaten

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Bruikleen
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja. Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de revalidatiearts en een analyse van de beperkingen door een ergotherapeut worden gevoegd.
Gemiddelde gebruiksduur	5 jaar

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of huur?	Huur
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de revalidatiearts en een analyse van de beperkingen door een ergotherapeut worden gevoegd.
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Gemiddelde gebruiksduur	5 jaar
Vergoeding	Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen in bruikleen heeft gecontracteerd.

Bladomslagapparatuur en apparatuur voor omgevingsbediening

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Bruikleen
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja. Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de revalidatiearts en een analyse van de beperkingen door een ergotherapeut worden gevoegd.
Gemiddelde gebruiksduur	<ul style="list-style-type: none"> • Bladomslagapparatuur: 10 jaar • Overige hulpmiddelen: 5 jaar

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of huur?	Huur
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de revalidatiearts en een analyse van de beperkingen door een ergotherapeut worden gevoegd.
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Gemiddelde gebruiksduur	<ul style="list-style-type: none"> • Bladomslagapparatuur: 10 jaar • Overige hulpmiddelen: 5 jaar
Vergoeding	Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen in bruikleen heeft gecontracteerd.

Daisy-spelers of daisyprogrammatuur voor motorisch gehandicapten

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend medisch specialist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden***.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend medisch specialist
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Gemiddelde gebruiksduur	5 jaar
Vergoeding	Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd.

ADL-hond

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Bruikleen
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja. Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van een revalidatiearts zijn gevoegd en een analyse van de beperkingen door een ergotherapeut.
Bijzonderheden	Voor het geven van toestemming door HEMA Zorgverzekering is tevens een positieve indicatie van de hondenschool vereist.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van een revalidatiearts zijn gevoegd en een analyse van de beperkingen door een ergotherapeut.
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen leverancier	De hondenschool moet minimaal voldoen aan de eisen zoals gesteld in de richtlijn 'Minimum standards for Assistance Dogs Europe'.
Gemiddelde gebruiksduur	6 jaar
Bijzonderheden	Voor het geven van toestemming door HEMA Zorgverzekering is tevens een positieve indicatie van de hondenschool vereist.
Vergoeding	Maximaal € 13.750 incl. btw

Gebruikskosten bij een ADL-hond

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Nee, mits er sprake is van een positieve beoordeling door de zorgverzekeraar op de aanvraag voor een ADL-hond.
Bijzonderheden	U moet een ziektekostenverzekering voor de ADL-hond afsluiten.
Vergoeding	U kunt aanspraak maken op een tegemoetkoming in de gebruikskosten tot maximaal € 1.090 per jaar voor: <ul style="list-style-type: none"> • het levensonderhoud, en • voor de verzorging, en • voor de speciale ziektekostenverzekering voor de hond.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Hondenschool
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen leverancier	De hondenschool moet voor de hond minimaal voldoen aan de eisen zoals gesteld in de richtlijn 'Minimum standards for Assistance Dogs Europe'.
Bijzonderheden	De tegemoetkoming moet voor de eerste keer aangevraagd worden binnen 3 maanden nadat de hond bij verzekerde geplaatst is, of na het afronden van een teamtraining. De tegemoetkoming moet jaarlijks opnieuw aangevraagd worden. U moet een kopie van de afgesloten ziektekostenverzekering voor de hond bij uw aanvraag voegen.
Vergoeding	U kunt aanspraak maken op een tegemoetkoming in de gebruikskosten tot maximaal € 1.090 per jaar voor: <ul style="list-style-type: none"> • het levensonderhoud, • voor de verzorging, en • voor de speciale ziektekostenverzekering

Aangepaste apparatuur voor bediening van computers**Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:**

Eigendom of bruikleen?	Bruikleen
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja. Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de revalidatiearts en een analyse van de beperkingen door een ergotherapeut worden gevoegd.
Bijzonderheden	Voorbeelden van de hier bedoelde apparatuur zijn een speciaal toetsenbord, oogbediening of hoofdbediening.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of huur?	Huur
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de revalidatiearts en een analyse van de beperkingen door een ergotherapeut worden gevoegd
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Gemiddelde gebruiksduur	5 jaar
Vergoeding	Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen in bruikleen heeft gecontracteerd.

Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie**

Regeling zorgverzekering art. 2.6 en art. 2.13

Lenzen/Brillenglazen

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend medisch specialist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden***.
Bijzonderheden	Verzekerden tot 18 jaar kunnen in aanmerking komen voor brillenglazen en filterglazen indien: <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.
Wettelijke eigen bijdrage	Conform de Regeling zorgverzekering: <ul style="list-style-type: none"> gebruiksduur lenzen/brillenglazen langer dan 1 jaar € 56 per lens/brillenglas, gebruiksduur lenzen korter dan één jaar € 112 per kalenderjaar; indien slechts één oog gecorrigeerd hoeft te worden is de eigen bijdrage € 56 per kalenderjaar, € 56 per brillenglas, met een maximum van € 112 per kalenderjaar.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend medisch specialist
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Bijzonderheden	Verzekerden tot 18 jaar kunnen in plaats van lenzen ook in aanmerking komen voor brillenglazen en filterglazen indien: <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.
Vergoeding	Op basis van offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd. Eigen bijdrage conform de Regeling zorgverzekering: <ul style="list-style-type: none"> gebruiksduur lenzen/brillenglazen langer dan één jaar € 56 per lens/brillenglas, gebruiksduur lenzen korter dan één jaar € 112 per kalenderjaar, indien slechts één oog gecorrigeerd hoeft te worden is de eigen bijdrage € 56 per kalenderjaar, € 56 per brillenglas, met een maximum van € 112 per kalenderjaar.

Bijzondere optische hulpmiddelen

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend medisch specialist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden***.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend medisch specialist
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Gemiddelde gebruiksduur	5 jaar
Vergoeding	Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd.

Oogpleisters

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde apotheek wenden***.
Bijzonderheden	Er bestaat aanspraak op afdekpleisters ter behandeling van amblyopie (lui oog).

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend arts
Bijzonderheden	Er bestaat aanspraak op afdekpleisters ter behandeling van amblyopie (lui oog).
Vergoeding	Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd.

Blindentaststokken

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden***.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend arts
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Gemiddelde gebruiksduur	3 jaar
Vergoeding	<ul style="list-style-type: none"> • Standaard taststok: maximaal € 24,50 incl. btw • Niet-standaard taststokken: op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd

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

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja. Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de behandelend arts zijn gevoegd.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend arts
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Gemiddelde gebruiksduur	5 jaar
Vergoeding	Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd.

Daisy-spelers of daisyprogrammatuur voor visueel gehandicapten

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend medisch specialist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden***.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend medisch specialist
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Gemiddelde gebruiksduur	5 jaar
Vergoeding	Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd.

Voorleesapparatuur voor zwartdruk-informatie voor visueel gehandicapten

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Bruikleen
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden***.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of huur?	Huur
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend arts
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Gemiddelde gebruiksduur	5 jaar
Vergoeding	De huurkosten op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen in bruikleen heeft gecontracteerd.

Beeldschermloepen

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Bruikleen
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend medisch specialist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden***.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of huur?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend medisch specialist
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Gemiddelde gebruiksduur	5 jaar
Vergoeding	Maximaal € 738,75 incl. btw

Blindengeleidehond

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Bruikleen
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van een medisch specialist zijn gevoegd en een analyse van de beperkingen door één van de volgende centra: <ul style="list-style-type: none"> • Koninklijke Visio • Bartiméus
Bijzonderheden	Voor het geven van toestemming door HEMA Zorgverzekering is tevens een positieve indicatie van de hondenschool vereist.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of huur	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van een medisch specialist zijn gevoegd en een analyse van de beperkingen door één van de volgende centra: <ul style="list-style-type: none"> • Koninklijke Visio • Bartiméus
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen leverancier	De hondenschool moet minimaal voldoen aan de eisen zoals gesteld in het kwaliteitshandboek van de internationale Federatie van Geleidehondenscholen.
Gemiddelde gebruiksduur	Minimaal 6 jaar

vervolg op volgende pagina

vervolg van vorige pagina

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Bijzonderheden	Voor het geven van toestemming door HEMA Zorgverzekering is tevens een positieve indicatie van de hondenschool vereist.
Vergoeding	Maximaal € 13.750 incl. btw

Gebruikskosten bij een blindengeleidehond

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Nee, mits er sprake is van een positieve beoordeling door de zorgverzekeraar op de aanvraag voor een geleidehond.
Bijzonderheden	U moet een ziektekostenverzekering afsluiten voor de geleidehond.
Vergoeding	U kunt aanspraak maken op een tegemoetkoming in de gebruikskosten tot maximaal € 1.090 per jaar voor: <ul style="list-style-type: none"> • het levensonderhoud, en • voor de verzorging, en • voor de speciale ziektekostenverzekering voor de hond.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Hondenschool
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen leverancier	De hondenschool moet minimaal voldoen aan de eisen zoals gesteld in het kwaliteitshandboek van de internationale Federatie van Geleidehondenscholen.
Bijzonderheden	De tegemoetkoming moet voor de eerste keer aangevraagd worden binnen 3 maanden nadat de hond bij verzekerde geplaatst is, of na het afronden van een teamtraining. De tegemoetkoming moet jaarlijks opnieuw aangevraagd worden. U moet een kopie van de afgesloten ziektekostenverzekering voor de hond bij uw aanvraag voegen.
Vergoeding	U kunt aanspraak maken op een tegemoetkoming in de gebruikskosten tot maximaal € 1.090 per jaar voor: <ul style="list-style-type: none"> • het levensonderhoud, • 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

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend medisch specialist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden***.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend medisch specialist
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Gemiddelde gebruiksduur	2 jaar
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen leverancier	SEMH*-gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'Orthopedische Instrumentmakerijen'
Vergoeding	Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd.

Hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden voor verzekerden jonger dan 21 jaar

Regeling zorgverzekering art. 2.6 en art. 2.16

Pessaria en koperhoudende spiraaltjes

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden***.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend arts
Vergoeding	AIP* zoals opgenomen in de G-Standaard* verminderd met 25% en vermeerderd met btw

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

- | | |
|--|--|
| <p>1</p> <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), • Antidecubituskussen, | <ul style="list-style-type: none"> • Vezelring, luchtring, • Bedgalg (vrijstaand), • Bedtafel, • Dekendoog, • Glijlaken, • Rollaken, • Infuusstandaard. |
| <p>2</p> <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 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 (Wet Maatschappelijke Ondersteuning). U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Bruikleen (met uitzondering van bedbeschermende onderleggers)
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden***.
Bijzonderheden	HEMA Zorgverzekering kan een ergotherapeutisch rapport verlangen.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of huur?	Huur
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Medische toelichting door de behandelend zorgprofessional**** waaruit blijkt hoe lang de verzekerde het hulpmiddel nodig heeft.
Offerte van leverancier nodig?	Ja, op basis van huurkosten per maand.

vervolg op volgende pagina

vervolg van vorige pagina

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Bijzonderheden	HEMA Zorgverzekering kan een ergotherapeutisch rapport verlangen.
Vergoeding	Op basis van huurkosten per maand tot maximaal 75% van het tarief dat dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen in bruikleen heeft gecontracteerd.

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

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	
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***.
2) Verbandkleding	Ja. Als het verbandkleding betreft moet u bij uw aanvraag voor toestemming een toelichting van de behandelend dermatoloog, kinderarts of verpleegkundig specialist overleggen.
3) Bandagelenzen zonder visuscorrigerende werking	Nee. U kunt zich met een voorschrift van uw behandelend arts of optometrist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden***.
Bijzonderheden	Verbandkleding: Aanspraak bestaat bij ernstige huidaandoeningen, waarbij grotere huidoppervlakten lokaal behandeld worden op indicatie. Geen aanspraak bestaat op antibacteriële verbandkleding met zilver of chitosan bij constitutioneel (atopisch) eczeem.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

1) Verbandmiddelen	
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend medisch specialist of verpleegkundig specialist via een ingevuld Zorgverzekeraars Nederland (ZN) aanvraagformulier.
Vergoeding	AIP* zoals opgenomen in de G-Standaard* verminderd met 40% en vermeerderd met btw

vervolg op volgende pagina

vervolg van vorige pagina

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

2) Verbandkleding

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend dermatoloog, kinderarts of verpleegkundig specialist
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Gemiddelde gebruiksduur en aantallen	<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	Aanspraak bestaat bij ernstige huidaandoeningen, waarbij grotere huidoppervlakten lokaal behandeld worden op indicatie. Geen aanspraak bestaat op antibacteriële verbandkleding met zilver of chitosan bij constitutioneel (atopisch) eczeem.
Vergoeding	AIP* zoals opgenomen in de G-Standaard* verminderd met 40% en vermeerderd met btw

3) Bandagelenzen zonder visuscorrigerende werking

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend arts of optometrist
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Vergoeding	Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd.

Individueel vervaardigde allergeenvrije schoenen

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend dermatoloog rechtstreeks tot een gecontracteerde orthopedisch schoenmaker wenden* * *.
Wettelijke eigen bijdrage	Voor orthopedische schoenen conform de Regeling zorgverzekering: <ul style="list-style-type: none"> voor verzekerden van 16 jaar en ouder: € 135 per paar voor verzekerden jonger dan 16 jaar: € 67,50 per paar

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend dermatoloog
Offerte van leverancier nodig?	Ja

vervolg op volgende pagina

vervolg van vorige pagina

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Gemiddelde gebruiksduur	<ul style="list-style-type: none"> Voor verzekerden van 16 jaar en ouder geldt een minimale gebruikstermijn van 15 maanden. Voor verzekerden jonger dan 16 jaar geldt een minimale gebruikstermijn van 9 maanden.
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen leverancier	SEMH*-gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'Orthopedische Schoentechnische Bedrijven'
Vergoeding	<p>Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd. Eigen bijdrage conform de Regeling zorgverzekering voor orthopedische schoenen:</p> <ul style="list-style-type: none"> voor verzekerden van 16 jaar en ouder: € 135 per paar voor verzekerden jonger dan 16 jaar: € 67,50 per paar

Verbandschoenen

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich rechtstreeks tot een gecontracteerde orthopedisch schoenmaker wenden***.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend arts
Gemiddelde gebruiksduur	Er geldt een minimale gebruikstermijn van 6 maanden.
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen leverancier	SEMH*-gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'Orthopedische Schoentechnische Bedrijven'
Vergoeding	Maximaal € 56 incl. btw per schoen

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

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden***.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend arts
Vergoeding	AIP* zoals opgenomen in de G-Standaard* verminderd met 32,5% en vermeerderd met btw

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**Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:**

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden***.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend arts
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Gemiddelde gebruiksduur en gebruiksaantallen	Therapeutisch 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 Eenvoudig aan- en uittrekhelp: 24 maanden Overige aan- en uittrekhelpmiddelen: 5 jaar
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen leverancier	SEMH*-gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'Therapeutisch Elastische Kousen'
Vergoeding	Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd.

Ortomate

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Bruikleen
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja. Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de behandelend ergotherapeut, verpleegkundige of leverancier gevoegd zijn.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of huur?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de behandelend ergotherapeut, verpleegkundige of leverancier gevoegd zijn.
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Gemiddelde gebruiksduur	5 jaar
Vergoeding	Maximaal € 646,50 incl. btw

Lymfe oedeem compressieapparatuur en manchetten

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	<ul style="list-style-type: none"> Apparatuur: bruikleen Manchetten: eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja. Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de behandelend medisch specialist en de behandelend oedeemtherapeut zijn gevoegd.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of huur?	<ul style="list-style-type: none"> Apparatuur: huur Manchetten: eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend dermatoloog en de behandelend oedeemtherapeut
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Vergoeding	<ul style="list-style-type: none"> Apparatuur: de huurkosten op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld in bruikleen voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd. Manchetten: de aanschafkosten tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd.

Compressiezwachtels met toebehoren

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden***.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend arts
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Gemiddelde gebruiksduur en 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 oogpunt van doelmatigheid gekozen te worden voor uitwasbare zwachtels.
Vergoeding	AIP* zoals opgenomen in de G-Standaard* verminderd met 40% en vermeerderd met btw

Compressiehulpmiddelen niet zijnde zwachtels

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier voor elastisch therapeutische kousen wenden***.
Bijzonderheden	Voorbeelden van deze hulpmiddelen zijn: circaid, farrowrap en vergelijkbare bandages, thoraxbandages en compressiebroeken.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend arts
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Gemiddelde gebruiksduur	1 jaar
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen leverancier	SEMH*-gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'Therapeutisch Elastische Kousen'
Bijzonderheden	Voorbeelden van deze hulpmiddelen zijn: circaid, farrowrap en vergelijkbare bandages, thoraxbandages en compressiebroeken.

vervolg op volgende pagina

vervolg van vorige pagina

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Vergoeding	Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd.
------------	--

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)

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend arts of diabetesverpleegkundige rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden***.
Bijzonderheden	Gedurende de periode waarbij verzekerde nagenoeg uitbehandeld is met orale middelen en behandeling met insuline wordt overwogen: éénmalig 100 teststrips en éénmalig 100 lancetten. In overige gevallen is het aantal te vergoeden teststrips afhankelijk van het voorschrift van de diabetesverpleegkundige of behandelend arts, waarbij de EADV-richtlijn*** als uitgangspunt wordt genomen.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend arts of diabetesverpleegkundige
Offerte van leverancier nodig?	Ja

vervolg op volgende pagina

vervolg van vorige pagina

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Gemiddelde gebruiksduur en gebruiksaantallen	<p>Gebruiksduur:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bloedglucosemeter: 3 jaar • apparatuur voor het afnemen van bloed: 2 jaar <p>Gebruiksaantallen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gedurende de periode waarbij de verzekerde nagenoeg uitbehandeld is met orale middelen en behandeling met insuline wordt overwogen: 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>
Bijzonderheden	<p>Gedurende de periode waarbij verzekerde nagenoeg uitbehandeld is met orale middelen en behandeling met insuline wordt overwogen: éénmalig 100 teststrips en éénmalig 100 lancetten. In overige gevallen is het aantal te vergoeden teststrips afhankelijk van het voorschrift van de diabetesverpleegkundige of behandelend arts, waarbij de EADV-richtlijn*** als uitgangspunt wordt genomen.</p>
Vergoeding	<ul style="list-style-type: none"> • Injectiemateriaal: AIP* zoals opgenomen in de G-Standaard* verminderd met 40% en vermeerderd met btw • Teststrips: € 0,25 incl. btw per teststrip (ongeacht merk/type) • Overige hulpmiddelen: op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd

Draagbare uitwendige insulinepomp

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja. Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de behandelend arts of diabetesverpleegkundige gevoegd zijn.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend arts of diabetesverpleegkundige
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Gemiddelde gebruiksduur en gebruiksaantallen	<p>Gebruiksduur:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voor een conventionele insulinepomp: 4 jaar • Voor de PDM van de mylife Omnipod (of vergelijkbaar): 4 jaar <p>Gebruiksaantallen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voor de mylife Omnipod (of vergelijkbaar) geldt een maximaal aantal van 1 POD per 3 dagen
Vergoeding	Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd.

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

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	<ul style="list-style-type: none"> • Uitwendige infuuspomp: bruikleen • Toebehoren: eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden***.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of huur?	<ul style="list-style-type: none"> • Uitwendige infuuspomp: huur • Toebehoren: eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend arts
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Gemiddelde gebruiksduur	5 jaar
Vergoeding	<ul style="list-style-type: none"> • Uitwendige infuuspomp: De huurkosten op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen in bruikleen heeft gecontracteerd. • Toebehoren: De aanschafkosten op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd.

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 sonden

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	<ul style="list-style-type: none"> • Voedingspomp: bruikleen • Toebehoren eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden***.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of huur?	<ul style="list-style-type: none"> • Voedingspomp: huur • Toebehoren: eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend arts
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Gemiddelde gebruiksduur	4 jaar
Vergoeding	<ul style="list-style-type: none"> • Voedingspomp: De huurkosten op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen in bruikleen heeft gecontracteerd. • Toebehoren: De aanschafkosten op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd.

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

Regeling zorgverzekering art.2.6 onderdeel s

Spraakvervangende hulpmiddelen**Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:**

Eigendom of bruikleen?	Bruikleen
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja. Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de behandelend revalidatiearts zijn gevoegd en een analyse van de beperkingen door een ergotherapeut of logopedist.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of huur?	Huur
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de behandelend revalidatiearts zijn gevoegd en een analyse van de beperkingen door een ergotherapeut of logopedist.
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Gemiddelde gebruiksduur	5 jaar
Vergoeding	Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen in bruikleen heeft gecontracteerd.

Spraakversterkers

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Bruikleen
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend medisch specialist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden***.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of huur?	Huur
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend medisch specialist
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Gemiddelde gebruiksduur	2 jaar
Vergoeding	Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen in bruikleen heeft gecontracteerd.

Hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering

Regeling zorgverzekering art. 2.6 en art. 2.26

Daisy-spelers of daisyprogrammatuur voor dyslectici

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend medisch specialist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden***.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend medisch specialist
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Gemiddelde gebruiksduur	5 jaar
Vergoeding	De aanschafkosten op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd.

Persoonlijke alarmeringsapparatuur

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Bruikleen
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja. Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de behandelend arts of verpleegkundig specialist zijn gevoegd.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of huur?	Huur
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de behandelend arts of verpleegkundig specialist zijn gevoegd.
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Vergoeding	De huurkosten op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 75% van het tarief dat HEMA Zorgverzekering gemiddeld voor deze hulpmiddelen in bruikleen heeft gecontracteerd.

Uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren

Regeling zorgverzekering art. 2.6 onderdeel y

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Bruikleen
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja. Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de behandelend medisch specialist (anesthesioloog, cardioloog of revalidatiearts) zijn gevoegd, waaruit blijkt dat de proefperiode succesvol was.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of huur?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Behandelend medisch specialist (anesthesioloog, cardioloog of revalidatiearts). Uit de toelichting moet blijken dat de proefperiode succesvol is.
Gemiddelde gebruiksduur	5 jaar
Vergoeding	Uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn: <ul style="list-style-type: none"> Apparaat: de aanschafkosten op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal € 80 inclusief btw Toebehoren: de aanschafkosten op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal € 75 inclusief btw, per kalenderjaar

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

Vergoedingen voor woningaanpassingen en redelijk te achten kosten die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig?	Ja. Bij de aanvraag moet een toelichting van het dialysecentrum gevoegd worden.

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?	Ja
Toelichting van wie?	Bij de aanvraag moet een toelichting van het dialysecentrum gevoegd worden.
Offerte van leverancier nodig?	Ja
Vergoeding	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.

- * AIP: Apothekers Inkoop Prijs,
SEMh: Stichting Erkenningregeling voor leveranciers van Medische Hulpmiddelen,
G-Standaard: De G-Standaard is een elektronisch bestand met informatie over producten die de apotheek verkoopt of aflevert.
- ** In het geval verzekerde een hulpmiddel verstrekt of vergoed wil krijgen maar dit hulpmiddel niet genoemd staat onder de functiegerichte omschrijving in dit reglement, kan verzekerde hiervoor een aanvraag indienen bij HEMA Zorgverzekering. HEMA Zorgverzekering zal vervolgens deze aanvraag beoordelen.
- *** Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde leverancier, is voorafgaande toestemming van HEMA Zorgverzekering vaak niet nodig. De leverancier beoordeelt de aanvraag. Als de leverancier niet zeker weet of HEMA Zorgverzekering het hulpmiddel verstrekt/vergoedt, of in gevallen waarin dit met de leverancier contractueel is overeengekomen, zal hij de aanvraag voor toestemming doorsturen naar HEMA Zorgverzekering.
- **** U heeft voorafgaande toestemming van HEMA Zorgverzekering nodig. Met de leverancier is afgesproken dat in bepaalde situaties toestemming niet nodig is. Uw leverancier kan u hierover informeren.
- ***** 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/voorwaarden staan 4 tabellen met geneesmiddelen. U kunt deze tabellen ook opvragen bij de HEMA Zorgverzekering Klantenservice op 0900 411 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 die voorwaarden voldaan is, is er recht op vergoeding van het betreffende geneesmiddel:

- 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
- indien dat in de tabel is opgenomen, moet de behandelend medisch specialist 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/voorwaarden. U kunt deze ook opvragen bij de HEMA Zorgverzekering Klantenservice op 0900 411 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 gelden de volgende voorwaarden. Alleen als aan die voorwaarden 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/voorwaarden. U kunt deze tabel ook opvragen bij de HEMA Zorgverzekering Klantenservice op 0900 411 41 14.

Welke voorwaarden gelden er voor de geneesmiddelen in tabel 3?

Voor de geneesmiddelen opgenomen in Tabel 3 gelden de volgende voorwaarden:

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/voorwaarden.

U kunt het overzicht ook opvragen bij de HEMA Zorgverzekering Klantenservice op 0900 411 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/voorwaarden.

U kunt het overzicht ook opvragen bij de HEMA Zorgverzekering Klantenservice op 0900 411 41 14.

4.1 Preferente geneesmiddelen

Op zorgverzekeringhema.nl/voorwaarden vindt u een 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 0900 411 41 14. U hebt alleen recht op vergoeding van het door ons aangewezen preferente geneesmiddel.

Tussentijdse uitbreiding

HEMA Zorgverzekering kan tussentijds voor 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 noteren.

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 Basis (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:

1. Het niet-geregistreerde allergeen mag in de handel zijn van de IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg).
2. De arts geeft een toelichting waarom verzekerde niet behandeld kan worden met een geregistreerd product.
3. 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 uitsluitend 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 Onder verpleging en verzorging valt niet verzorging van verzekerden tot 18 jaar, tenzij er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:
 - a. sprake is van een behoefte aan permanent toezicht, of
 - b. vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen.
- 2.4 Als u een levensverwachting heeft van minder dan drie 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 de artikelen 2.2 en 2.3.

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. u op het moment van aanvragen van het Pgb of in de drie jaar daaraan voorafgaand tot de wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnp) toegelaten bent of toegelaten bent geweest,
 4. u op het moment van aanvragen van het Pgb of in de drie jaar daaraan voorafgaand failliet verklaard bent of failliet verklaard bent geweest.
- 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 rehtens 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/voorwaarden kunt u lezen met welke zorgaanbieders HEMA Zorgverzekering een overeenkomst heeft gesloten,
- i. 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 of in de drie jaar daaraan voorafgaand failliet verklaard of failliet verklaard geweest,
6. is op het moment van aanvragen van het Pgb of in de drie jaar daaraan voorafgaand tot de wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnp) toegelaten of toegelaten geweest,
7. biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het Pgb verbonden verplichtingen,
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/voorwaarden. 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 de artikelen 2.2 en 2.3 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 drie 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 deskundigheidsniveau 5 én een BIG-registratie mag het aanvraagformulier met u invullen. Als u jonger dan 18 jaar bent en behoefte heeft aan verzorging als bedoeld in artikel 2.3, dan mag het aanvraagformulier alleen worden ingevuld door een wijkverpleegkundige met een afgeronde hbo-opleiding Kinderverpleegkunde met een deskundigheidsniveau 5 én een BIG-registratie die bovendien zelfstandig of via zijn/haar werkgever is aangesloten bij de Brancheorganisatie Medische Kindzorg Thuis (BMKT) of de Vereniging Gespecialiseerde Verpleegkundige Kindzorg (VGVK).
- 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 en behoefte heeft aan verzorging als bedoeld in artikel 2.3, 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 de artikelen 2.2 en 2.3. 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 Medisch Specialistische Verpleging Thuis (MSVT) dan moet u bij uw aanvraagformulier ook een uitvoeringsverzoek van een medisch specialist voegen. 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 drie 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 verstreken. 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 verstreken, 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. De hoogte van uw Pgb wordt vastgesteld door het aantal uren verpleging en verzorging dat u met een Pgb wilt inkopen te vermenigvuldigen met de onderstaande tarieven. 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.

Persoonlijke verzorging:	€ 28,92 per uur
Verpleging:	€ 52,68 per uur
Medisch Specialistische Verpleging Thuis:	€ 52,68 per uur

- 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 de artikelen 2.2 en 2.3, 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.

- 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 gebruik maken van de declaratieformulieren die u kunt vinden op zorgverzekeringhema.nl/voorwaarden. 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. Voor een formele zorgverlener gelden de volgende maximumtarieven:
- | | |
|---|-----------------|
| Persoonlijke verzorging: | € 36,84 per uur |
| Verpleging: | € 54,48 per uur |
| Medisch Specialistische Verpleging Thuis: | € 62,52 per uur |
- 7.9 Voor informele zorgverleners geldt een maximumtarief van € 23 per uur, ongeacht het type zorg dat geleverd wordt.

- 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 met een deskundigheidsniveau 4 of 5 voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg 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/voorwaarden,
- 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. Als u in 2015 al met uw zorgverlener een vast maandloon heeft afgesproken, mocht u uw zorgverlener echter tijdelijk nog een vast maandloon betalen. Op 1 juli 2017 vervalt deze tijdelijke uitzondering. Met ingang van 1 juli 2017 mag u geen enkele zorgverlener meer 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 Wlz-instelling 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.

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. u blijkens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres,
 - e. rechtens uw vrijheid is ontnomen,
 - f. u met uw Pgb uitsluitend nog zorg inkoop bij zorgverleners waarmee HEMA Zorgverzekering een overeenkomst heeft gesloten tot het leveren van zorg. Op

zorgverzekeringshema.nl/voorwaarden kunt u lezen met welke zorgaanbieders HEMA Zorgverzekering een overeenkomst heeft gesloten,

- g. u om beëindiging van het Pgb verzoekt,
- h. de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken,
- i. 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. blijkens 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 gebruik maken van het wijzigingsformulier dat u kunt vinden op zorgverzekeringshema.nl/voorwaarden. 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. Bijvoorbeeld: 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. 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 € 52,68 x 52 weken x (153/365) = € 5.741,40.

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 € 28,92 x 52 weken x (92/365) = € 3.790,50

- 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. Bijvoorbeeld: 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 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. Bijvoorbeeld: 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 Wlz-instelling of ziekenhuis, dan wordt uw Pgb verlaagd met € 13,70 voor iedere dag die u meer dan 60 aaneengesloten dagen in een Wlz-instelling of ziekenhuis verbleef. In dit voorbeeld zijn dat 20 dagen. Uw Pgb wordt dus met € 274 verlaagd naar € 4.726.

verzekeringsreglement bij de basisverzekering

versie 1.0 – geldig vanaf 1 januari 2017

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.6083.1116