

Verzekeringsreglement zorg behorend bij de polisvoorwaarden Menzis ZorgZō

Modelnummer Zvw 1.99.07

INHOUDSOPGAVE

	Pagina	
Artikel 1	Definities	3
Artikel 2	Algemene bepalingen	3
Artikel 3	Geneeskundige zorg	3
Artikel 3.1	Toestemming	3
Artikel 4	Paramedische zorg	3
Artikel 4.1	Wijze indienen declaratie	4
Artikel 5	Mondzorg	4
Artikel 5.1	Mondzorg verleend door een tandarts	4
Artikel 5.2	Mondzorg verleend door een tandprotheticus	4
Artikel 5.3	Mondzorg verleend door een orthodontist	4
Artikel 5.4	Mondzorg verleend door een kaakchirurg	4
Artikel 5.5	Mondzorg verleend door een centrum bijzondere tandheelkunde (CBT)	4
Artikel 6	Farmaceutische zorg	4
Artikel 6.1	Aanwijzing geneesmiddelen	4
Artikel 6.2	Nadere voorwaarden	4
Artikel 6.3	Maximale vergoedingsperiode per voorschrift	5
Artikel 7	Hulpmiddelenzorg	5
Artikel 7.1	Nadere voorwaarden	5
Artikel 7.2	Toestemming	5
Artikel 7.3	Persoonsgebonden budget	5
Artikel 7.4	Gebruik	6
Artikel 8	Ziekenvervoer per auto of per openbaar vervoer	6
Artikel 8.1	Nadere voorwaarden	6
Overzicht Farmacie		7
Overzicht Hulpmiddelen restitutiepolis		9

VERZEKERINGSREGLEMENT ZORG RESTITUTIEPOLIS

ARTIKEL 1 DEFINITIES

In dit Verzekeringsreglement zorg (hierna te noemen: Reglement) wordt bedoeld met:

- a Verzekerde: ieder die als zodanig op de Zorgpolis is vermeld;
- b Zorgverzekeraar: OWM Menzis Zorgverzekeraar U.A.;
- c Zorgaanbieder: persoon of instelling die een of meer vormen van zorg kan aanbieden. Met een zorgaanbieder wordt gelijkgesteld een zorgaanbieder die buiten Nederland is gevestigd en die volgens het recht van het land van vestiging beschikt over kwalificaties die gelijkwaardig zijn aan die welke in Nederland gelden; kwalificaties die voldoen aan de Richtlijn 2001/19/EG, Pb EG L206, voor artsen, tandartsen, verloskundigen, verpleegkundigen en apothekers opgeleid binnen een van de EU-lidstaten worden geacht hieraan te voldoen;
- d Persoonsgebonden budget (PGB): een geldbedrag waarmee verzekerde zelf zorg kan inkopen;
- e Polis: Menzis ZorgZō modelnummer Zwv 1.99.07;
- f Regeling zorgverzekering: Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1 september 2005, Z/VV-2611957, houdende regels terzake van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet, gepubliceerd in de Stcrt 2005, 171, zoals deze thans luidt dan wel in de toekomst zal komen te luiden.

ARTIKEL 2 ALGEMENE BEPALINGEN

- 1 Dit Reglement heeft betrekking op de volgende vormen van zorg:
 - a geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 8.4 van de polis;
 - b paramedische zorg zoals bedoeld in artikel 8.6 van de polis;
 - c mondzorg zoals bedoeld in artikel 8.7 van de polis;
 - d farmaceutische zorg zoals bedoeld in artikel 8.8 van de polis;
 - e hulpmiddelenzorg zoals bedoeld in artikel 8.9 van de polis;
 - f kraamzorg zoals bedoeld in artikel 8.12 van de polis;
 - g ziekenvervoer per auto of openbaar vervoer zoals bedoeld in artikel 8.14 van de polis.
- 2 De op grond van de Regeling zorgverzekering verschuldigde eigen bijdrage komt niet voor vergoeding in aanmerking.
- 3 De navolgende overzichten maken deel uit van het Reglement:
 - a Overzicht Farmacie;
 - b Overzicht Hulpmiddelen;
 - c Geldende lijst van preferente geneesmiddelen.

ARTIKEL 3 GENEESKUNDIGE ZORG

ARTIKEL 3.1 TOESTEMMING

Voorafgaande toestemming van zorgverzekeraar is vereist voor:

- a behandelingen in het Astmacentrum Davos of in Astmacentrum Heideheuvel;
- b in vitro fertilisatie en de hiermee gelijkgestelde behandelingen zoals intracytoplasmatische sperma injectie en eiceldonatiebehandeling;
- c plastische en/of reconstructieve chirurgie. Bij de aanvraag voor toestemming dient een toelichting van de behandelend specialist gevoegd te zijn;
- d revalidatie in een klinische situatie (opname).

ARTIKEL 4 PARAMEDISCHE ZORG

ARTIKEL 4.1 WIJZE INDIENEN DECLARATIE

De nota van de eerste behandeling verleend door een fysiotherapeut en/of een oefentherapeut Cesar/Mensendieck voor een bepaalde indicatie dient vergezeld te gaan van de verwijzing zoals genoemd in artikel 8.6 van de polis.

ARTIKEL 5 MONDZORG

ARTIKEL 5.1 MONDZORG VERLEEND DOOR EEN TANDARTS

- 1 Voorafgaande schriftelijke toestemming van zorgverzekeraar is vereist in geval van mondzorg zoals omschreven in artikel 8.7 lid 1 en lid 5 onder I van de polis. De aanvraag voor toestemming dient vergezeld te gaan van een schriftelijke motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder.
- 2 Naast het bepaalde in het eerste lid is schriftelijke voorafgaande toestemming van zorgverzekeraar vereist voor volledig uitneembare prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak indien de totale kosten inclusief de techniekkosten meer dan € 600 per kaak bedragen. De aanvraag voor toestemming dient vergezeld te gaan van een schriftelijke motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder.
- 3 Tevens is voorafgaande schriftelijke toestemming van zorgverzekeraar vereist indien de prothese, zoals bedoeld in het tweede lid, met uitzondering van de immediaatprothese, binnen 8 jaar na de vorige levering wordt vervangen. De aanvraag voor toestemming dient vergezeld te gaan van een schriftelijke motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder.
- 4 Voorafgaande schriftelijke toestemming van zorgverzekeraar is vereist voor mondzorg verleend ter plaatse waar verzekerde verblijft. De aanvraag voor toestemming dient vergezeld te gaan van een verklaring van de huisarts of de medisch specialist waaruit blijkt dat behandeling ter plaatse waar verzekerde verblijft geïndiceerd is.

ARTIKEL 5.2 MONDZORG VERLEEND DOOR EEN TANDPROTHETICUS

- 1 Voorafgaande schriftelijke toestemming van zorgverzekeraar is vereist voor volledig uitneembare prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak indien de totale kosten inclusief de techniekkosten meer dan € 400 per kaak bedragen. De aanvraag voor toestemming dient vergezeld te gaan van een schriftelijke motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder.
- 2 Voorafgaande schriftelijke toestemming van zorgverzekeraar is vereist voor mondzorg verleend ter plaatse waar verzekerde verblijft. De aanvraag voor toestemming dient vergezeld te gaan van een verklaring van de huisarts of de medisch specialist waaruit blijkt dat behandeling ter plaatse waar verzekerde verblijft geïndiceerd is.
- 3 Tevens is voorafgaande schriftelijke toestemming van zorgverzekeraar vereist indien de prothese, zoals bedoeld in het tweede lid, met uitzondering van de immediaatprothese, binnen 8 jaar na de vorige levering wordt vervangen. De aanvraag voor toestemming dient vergezeld te gaan van een schriftelijke motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder.

ARTIKEL 5.3 MONDZORG VERLEEND DOOR EEN ORTHODONTIST

- 1 Voor mondzorg verleend door een orthodontist is een schriftelijke verwijzing van de tandarts of kaakchirurg vereist.
- 2 Voor mondzorg verleend door een orthodontist is voorafgaande schriftelijke toestemming van zorgverzekeraar vereist. De aanvraag voor toestemming dient vergezeld te gaan van een schriftelijke motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder.

ARTIKEL 5.4 MONDZORG VERLEEND DOOR EEN KAAKCHIRURG

- 1 Voor mondzorg verleend door een kaakchirurg is schriftelijke verwijzing van een tandarts of huisarts vereist.
- 2 Voorafgaande schriftelijke toestemming van zorgverzekeraar is vereist in geval van
 - a parodontale hulp;
 - b behandeling onder narcose;
 - c osteotomie;
 - d het plaatsen van een tandheelkundig implantaat.
- 3 De aanvraag voor toestemming dient vergezeld te gaan van een schriftelijke motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder.

ARTIKEL 5.5 MONDZORG VERLEEND DOOR EEN CENTRUM BIJZONDERE TANDHEELKUNDE (CBT)

- 1 Voor mondzorg verleend door een CBT is schriftelijke verwijzing van een tandarts, huisarts of kaakchirurg vereist.
- 2 Voor mondzorg verleend door een CBT is voorafgaande schriftelijke toestemming van zorgverzekeraar vereist. De aanvraag voor toestemming dient vergezeld te gaan van een schriftelijke motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder.

ARTIKEL 6 FARMACEUTISCHE ZORG

ARTIKEL 6.1 AANWIJZING GENEESMIDDELEN ZOALS BEDOELD IN ARTIKEL 8.8 LID 1 ONDER A VAN DE POLIS

- 1 Op grond van artikel 8.8 van de polis heeft zorgverzekeraar de geneesmiddelen aangewezen als omschreven in artikel 2.5 van de Regeling zorgverzekering, behoudens voor zover deze behoren tot een productcategorie waarvoor zorgverzekeraar één of meer geneesmiddelen als preferent heeft aangewezen.
- 2 Onder productcategorie wordt verstaan: een groep van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, toedieningsweg en sterkte.
- 3 Indien zorgverzekeraar voor een productcategorie één of meer geneesmiddelen als preferent heeft aangewezen, worden de productcategorie en het [de] aangewezen geneesmiddel(en) vermeld in de door zorgverzekeraar vastgestelde 'lijst van preferente geneesmiddelen'.
- 4 De geldende 'lijst van preferente geneesmiddelen' kan geraadpleegd worden op de website van zorgverzekeraar en wordt op verzoek toegezonden.
- 5 Indien zorgverzekeraar voor een productcategorie één of meer geneesmiddelen als preferent heeft aangewezen, heeft verzekerde slechts recht op vergoeding van de kosten van de als preferent aangewezen geneesmiddelen.
- 6 In afwijking van lid 4 heeft verzekerde recht op vergoeding van de kosten van een niet als preferent aangewezen geneesmiddel voor zover behandeling met een als preferent aangewezen geneesmiddel voor verzekerde medisch niet verantwoord is.
- 7 Verzekerde dient bij de aflevering van een niet preferent geneesmiddel zoals bedoeld in lid 5 van dit artikel een verklaring van de voorschrijver te overleggen aan de zorgaanbieder waaruit blijkt dat behandeling met een aangewezen geneesmiddel voor verzekerde medisch niet verantwoord is.

ARTIKEL 6.2 NADERE VOORWAARDEN

- 1 Voor geneesmiddelen die in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering staan, gelden de daar genoemde indicatievoorwaarden. Voorts zijn in het Overzicht Farmacie voor (een deel van) deze geneesmiddelen door zorgverzekeraar nadere toegangsvoorwaarden (toestemmings- en voorschriftvereisten) gesteld.
- 2 Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering bepaalt dat uitsluitend verzekerde:
 - a die lijdt aan een ernstige slikstoornis, een ernstige passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis, of
 - b met een dreigende ondervoeding en die lijdt aan een chronisch obstructief longlijden, cystische fybrose of een ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen een dreigende groeiachterstand heeft, aanspraak maakt op vergoeding van de kosten van polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.Daarnaast is schriftelijke toestemming vooraf door zorgverzekeraar vereist (hierbij dient gebruik gemaakt te worden van het specifieke aanvraagformulier; dit aanvraagformulier is te downloaden op de website van zorgverzekeraar en wordt op verzoek aan verzekerde toegezonden.
- 3 Een verzoek om toestemming dient vooraf door verzekerde te worden ingediend, vergezeld van een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van de behandelend arts. De kosten komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien zorgverzekeraar vooraf schriftelijk toestemming heeft verleend.

- 4 In afwijking van het bepaalde in het voorgaande lid is geen voorafgaande toestemming door zorgverzekeraar vereist voor die geneesmiddelen, die door de zorgaanbieder zijn afgeleverd en waarvan in het Overzicht Farmacie is opgenomen dat het geneesmiddel op basis van de artsenverklaring door de zorgaanbieder afgeleverd kan worden. Deze bepaling is niet van toepassing indien verzekerde zich wendt tot een niet gecontracteerde zorgaanbieder.
- 5 De lijst met gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen op de website van zorgverzekeraar en wordt op verzoek toegezonden.
- 6 Verzekerde dient bij de aanvraag voor toestemming gebruik te maken van een aanvraagformulier voor farmaceutische zorg. Deze formulieren zijn te downloaden op de website van zorgverzekeraar en worden op verzoek toegezonden.
- 7 Een aanvraag voor toestemming dient minimaal te bevatten:
 - naam, adres en telefoonnummer van verzekerde;
 - polisnummer en geboortedatum van verzekerde;
 - naam, werkadres, telefoonnummer en specialisatie van voorschrijver;
 - de indicatie/diagnose waarvoor de hulp wordt voorgeschreven;
 - de (verwachte) termijn waarvoor de hulp wordt voorgeschreven;
 - de dosering per dag/week/maand.

ARTIKEL 6.3 MAXIMALE VERGOEDINGSPERIODE PER VOORSCHRIFT

- 1 a Per voorschrift is er aanspraak op geneesmiddelen voor een periode van maximaal:
 - i vijftien dagen, indien het een voor verzekerde nieuwe medicatie betreft;
 - ii vijftien dagen, indien het een geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica betreft;
 - iii drie maanden, indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten, met uitzondering van hypnotica en anxiolytica;
 - iv een jaar, indien het orale anticonceptiva betreft;
 - v een maand in overige gevallen.
- b Onder nieuwe medicatie wordt verstaan medicatie waarop verzekerde gedurende de voorafgaande 12 maanden niet is ingesteld.
- c In afwijking van sub a onder iv heeft verzekerde aanspraak op maximaal drie maanden bij eerste uitgifte van orale anticonceptiva.
- 2 Vloeiende bereidingen worden bij de eerste uitgifte in de kleinste handelsverpakking afgeleverd.

ARTIKEL 7 HULPMIDDELENZORG

ARTIKEL 7.1 NADERE VOORWAARDEN

- 1 In het Overzicht Hulpmiddelen wordt per categorie hulpmiddelen een aantal nadere vereisten vermeld voor aanspraak op (vergoeding van de kosten van) hulpmiddelen, alsmede de tarieven welke voor vergoeding in aanmerking komen indien verzekerde zich, in geval het Overzicht bepaalt dat een hulpmiddel in bruikleen wordt verstrekt, wendt tot een niet gecontracteerde zorgaanbieder. Daar waar gebruikstermijnen en/of gebruiksaantallen genoemd worden, zijn deze uitsluitend van indicatieve aard. Van deze gebruikstermijnen en/of gebruiksaantallen kan in individuele gevallen worden afgeweken.
- 2 Verzekerde heeft geen aanspraak op (vergoeding van de kosten van) een hulpmiddel indien dat hulpmiddel redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is. Onder aanspraak (op vergoeding van de kosten) is begrepen verstrekking, vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel.

ARTIKEL 7.2 TOESTEMMING

- 1 Voorafgaande schriftelijke toestemming van zorgverzekeraar voor (vergoeding van de kosten van) verstrekking, vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel is vereist, tenzij uit het Overzicht Hulpmiddelen het tegendeel blijkt.

- 2 Indien het Overzicht bepaalt dat een hulpmiddel in bruikleen wordt verstrekt, dient verzekerde zich te wenden tot een gecontracteerde zorgaanbieder.
- 3 De lijst met gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen op de website van zorgverzekeraar en wordt op verzoek toegezonden.
- 4 Indien verzekerde zich, in geval het Overzicht bepaalt dat een hulpmiddel in bruikleen wordt verstrekt, wendt tot een niet gecontracteerde zorgaanbieder voor koop of huur van het hulpmiddel of gebruik wil maken van de mogelijkheid van een persoonsgebonden budget voor de daartoe in de polisvoorwaarden aangewezen hulpmiddelen dient dit op de aanvraag voor toestemming te worden vermeld.
- 5 In geval van medische noodzaak de verstrekking van het hulpmiddel niet langer op zich kan laten wachten, behoudt zorgverzekeraar zich het recht voor de machtiging (in kopie) rechtstreeks aan de zorgaanbieder te zenden.
- 6 Voor het al dan niet gelijktijdig verschaffen van een tweede exemplaar van een hulpmiddel is voorafgaande toestemming vereist.

ARTIKEL 7.3 PERSOONSGEBONDEN BUDGET

- 1 Verzekerde kan een persoonsgebonden budget aanvragen voor de volgende hulpmiddelen, voorzover verzekerde deze nodig heeft ter compensatie van een ernstige visuele beperking: oogprothesen, gezichtshulpmiddelen, mobiliteitshulpmiddelen, informatie- en communicatie hulpmiddelen, beeldschermloepen, tactiel leesapparatuur en blindengeleidehonden inclusief de daarbij behorende tegemoetkoming in de gebruikskosten.
- 2 Bij de aanvraag voor een persoonsgebonden budget dient een indicatiestelling gevoegd te worden van een gespecialiseerd instituut voor blinden en slechtzienden (Sensis, Visio of Bartimëus) waaruit blijkt dat verzekerde een ernstige visuele beperking heeft en op welke hulpmiddelenzorg voor blinden en slechtzienden verzekerde is aangewezen.
- 3 Voor de vaststelling van de hoogte van het persoonsgebonden budget wordt uitgegaan van de kosten van aanschaf en - in het geval van een blindengeleidehond - de tegemoetkoming in de gebruikskosten van de in lid 1 genoemde hulpmiddelen, voor zover deze in de Nederlandse marktomsomstandigheden passend zijn te achten. Zorgverzekeraar betreft in zijn vaststelling de gebruikelijke kosten zoals zorgaanbieders van de geïndiceerde hulpmiddelenzorg die in rekening brengen en de redelijkheid gegeven de omstandigheden.
- 4 De gemiddelde gebruiksduur van de hulpmiddelen die door verzekerde door middel van het persoonsgebonden budget worden aangeschaft, wordt geacht gelijk te zijn aan de gemiddelde gebruikstermijnen zoals die voor deze hulpmiddelen zijn opgenomen in onderdeel B van het Overzicht Hulpmiddelen, artikel 7.1 lid 1 is hierbij van toepassing.
- 5 De tegemoetkoming in de gebruikskosten bij aanschaf van een blindengeleidehond en de kosten van onderhoud van de overige hulpmiddelen, zijn bij het persoonsgebonden budget inbegrepen.
- 6 Voor de tegemoetkoming van de gebruikskosten voor een blindengeleidehond dient verzekerde jaarlijks, in de jaren volgend op het jaar waarin de blindengeleidehond werd aangeschaft, opnieuw een persoonsgebonden budget aan te vragen. Bij de aanvraag dienen een verklaring van de hondenschool, waaruit blijkt dat verzekerde de blindengeleidehond nog als zodanig in gebruik heeft en een kopie van de afgesloten ziektekostenverzekering voor de blindengeleidehond gevoegd te zijn.
- 7 De hoogte van de tegemoetkoming van de gebruikskosten voor een blindengeleidehond is gelijk aan het bedrag dat hiervoor is vastgesteld in het Overzicht Hulpmiddelen behorend bij het Reglement van het jaar waarvoor dit persoonsgebonden budget wordt aangevraagd.
- 8 Verzekerde dient voor 31 december van het kalenderjaar waarover het persoonsgebonden budget is uitgekeerd verantwoording af te leggen aan zorgverzekeraar over de besteding van het uitgekeerde persoonsgebonden budget. Bij de verantwoording dienen de originele nota's overlegd te worden, waaruit blijkt dat de hulpmiddelenzorg waarvoor het persoonsgebonden budget is verstrekt, door verzekerde is ingekocht en de bijbehorende nota(s) is (zijn) voldaan.

- 9 Indien uit de verantwoording blijkt dat verzekerde het over dat kalenderjaar uitgekeerde persoonsgebonden budget niet of niet volledig heeft besteed aan de daarvoor bestemde hulpmiddelenzorg, is verzekeraar gerechtigd het persoonsgebonden budget of een gedeelte daarvan terug te vorderen.

ARTIKEL 7.4 GEBRUIK

- 1 Verzekerde is gehouden het hulpmiddel goed te verzorgen.
- 2 Indien door toerekenbare onachtzaamheid of opzet van een verzekerde schade aan een verstrekt of vergoed hulpmiddel ontstaat, bestaat geen aanspraak op (vergoeding van de kosten van) vervanging, correctie of herstel van het hulpmiddel ten laste van de zorgverzekering.
- 3 Schade aan een in bruikleen verstrekt hulpmiddel, ontstaan door toerekenbare onachtzaamheid of opzet kan zorgverzekeraar op verzekerde verhalen.

ARTIKEL 8 ZIEKENVERVOER PER AUTO OF PER OPENBAAR VERVOER

ARTIKEL 8.1 NADERE VOORWAARDEN

- 1 Voorafgaande schriftelijke toestemming van zorgverzekeraar voor vervoer is vereist. Hierbij dient gebruik gemaakt te worden van:
 - a het aanvraagformulier 'zittend ziekenvervoer' van zorgverzekeraar. Dit formulier dient vergezeld te gaan van een toelichting van de behandelend arts. Het aanvraagformulier is te downloaden op de website van zorgverzekeraar en wordt op verzoek aan verzekerde toegezonden, of
 - b de servicelijn-ziekenvervoer van zorgverzekeraar. Deze servicelijn zal in de loop van 2007 operationeel worden. Verzekerde wordt hierover via de website en het magazine van zorgverzekeraar geïnformeerd.
- 2 Zorgverzekeraar stelt bij het verlenen van toestemming, eventueel na advies van de behandelend arts te hebben ingewonnen, de vorm van vervoer vast.
- 3 De aanspraak op vergoeding van de kosten van vervoer is beperkt tot het vervoer gereden via de kortst mogelijke gebruikelijke route.

OVERZICHT FARMACIE

Naast de voorwaarden zoals genoemd in bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering gelden voor de onderstaande geneesmiddelen de volgende door de zorgverzekeraar gestelde voorwaarden:

Geneesmiddel	Nadere toegangsvoorwaarden (toestemmings- en voorschriftvereisten) zorgverzekeraar
Somatropine	<ul style="list-style-type: none"> - op voorschrift van de behandelend specialist, en - schriftelijk toestemming vooraf door zorgverzekeraar.
Anti-retrovirale geneesmiddelen	op voorschrift van de behandelend internist of kinderarts verbonden aan een door Onze Minister aangewezen HIV-behandelcentrum of HIV-behandelsubcentrum.
Recombinant- interleukine- 2 (aldesleukine)	<ul style="list-style-type: none"> - op voorschrift van een internist of oncoloog die verbonden is aan een universitair medisch centrum of het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis in Amsterdam; of - een internist of oncoloog die verbonden is aan een ziekenhuis dat participeert in Europese oncologische wetenschappelijke studies naar de behandeling met aldesleukine.
Recombinant granulocyt-macrofaag koloniestimulerende factor en recombinant granulocyt- koloniestimulerende factor	<ul style="list-style-type: none"> - op voorschrift van een specialist met oncologische ervaring; of - op voorschrift van een internist of een kinderarts die verbonden is aan een door de Onze Minister aangewezen ziekenhuis met een centrumfunctie voor Aids-patiënten; of - de behandeling wordt aangevangen op voorschrift van een hematoloog of een kinderarts verbonden aan een academisch ziekenhuis; of - schriftelijke toestemming vooraf door zorgverzekeraar, tenzij het geneesmiddel wordt betrokken bij een gecontracteerde zorgaanbieder en het op basis van de artsenverklaring door de zorgaanbieder afgeleverd kan worden.
Acetylcysteine	schriftelijke toestemming vooraf door zorgverzekeraar, tenzij het geneesmiddel wordt betrokken bij een gecontracteerde zorgaanbieder en het op basis van de artsenverklaring door de zorgaanbieder afgeleverd kan worden.
Alglucerase en imiglucerase	het middel is de eerste keer voorgeschreven door een internist-hematoloog of kinderarts-hematoloog die verbonden is aan een academisch ziekenhuis.
Galantamine en rivastigmine	<ul style="list-style-type: none"> - op eerste voorschrift van de behandelend specialist, en - schriftelijke toestemming vooraf door zorgverzekeraar, tenzij het geneesmiddel wordt betrokken bij een gecontracteerde zorgaanbieder en het op basis van de artsenverklaring door de zorgaanbieder afgeleverd kan worden.
Palivizumab	schriftelijke toestemming vooraf door zorgverzekeraar, tenzij het geneesmiddel wordt betrokken bij een gecontracteerde zorgaanbieder en het op basis van de artsenverklaring door de zorgaanbieder afgeleverd kan worden.
Clopidrogel	schriftelijke toestemming vooraf door zorgverzekeraar (hierbij dient gebruik gemaakt te worden van het specifieke aanvraagformulier; dit aanvraagformulier is te downloaden op de website van de zorgverzekeraar en wordt op verzoek aan de verzekerde toegezonden).
Etanercept	<ul style="list-style-type: none"> - op voorschrift van een specialist met aantoonbare specifieke deskundigheid op het gebied van de behandeling van actieve reumatoïde artritis, actieve polyarticulaire juveniele idiopathische artritis, artritis psoriatica, plaque, psoriasis of spondylitis ankylopoëtica, en - schriftelijke toestemming vooraf door zorgverzekeraar.
Modafinil	op voorschrift van een neuroloog met speciale deskundigheid in slaap- en waakstoornissen.
Becaplermin	op voorschrift van de behandelend specialist.
Anakinra	<ul style="list-style-type: none"> - op voorschrift van een specialist met aantoonbare specifieke deskundigheid op het gebied van de behandeling van reumatoïde artritis, en - schriftelijke toestemming vooraf door zorgverzekeraar.

Geneesmiddel	Nadere toegangsvoorwaarden (toestemmings- en voorschriftvereisten) zorgverzekeraar
Epoprostenol	<ul style="list-style-type: none"> - op voorschrift van een specialist met aantoonbare specifieke deskundigheid op het gebied van de behandeling van pulmonale arteriële hypertensie klasse III of IV, en - schriftelijke toestemming vooraf door zorgverzekeraar, tenzij het geneesmiddel wordt betrokken bij een gecontracteerde zorgaanbieder en het op basis van de artsenverklaring door de zorgaanbieder afgeleverd kan worden.
Bosentan	<ul style="list-style-type: none"> - op voorschrift van een specialist met aantoonbare specifieke deskundigheid op het gebied van behandeling van pulmonale arteriële hypertensie klasse III en - schriftelijke toestemming vooraf door zorgverzekeraar, tenzij het geneesmiddel wordt betrokken bij een gecontracteerde zorgaanbieder en het op basis van de artsenverklaring door de zorgaanbieder afgeleverd kan worden.
Tacromiluszalf	het middel is voor de eerste keer voorgeschreven door de neuroloog.
Miglustat	het middel is de eerste keer voorgeschreven door een internist-hematoloog of kinderarts-hematoloog die verbonden is aan een academisch ziekenhuis.
Clomifeen, gonadotrope hormonen, gonadoreline, gonadoreline-analoga en gonadoreline-antagonisten (fertiliteitsmedicatie)	schriftelijke toestemming vooraf door zorgverzekeraar (hierbij dient gebruik gemaakt te worden van het specifieke aanvraagformulier; dit aanvraagformulier is te downloaden op de website van de zorgverzekeraar en wordt op verzoek aan de verzekerde toegezonden).
Adalimumab	<ul style="list-style-type: none"> - op voorschrift van een specialist met aantoonbare specifieke deskundigheid op het gebied van de behandeling van actieve reumatoïde artritis, en - schriftelijke toestemming vooraf door zorgverzekeraar.
Pimecrolimus	het middel is voor de eerste keer voorgeschreven door de dermatoloog.
Teriparatide	op voorschrift van de behandelend specialist.
Pregabaline	<p>a bij adjuvante behandeling bij partiële epilepsie dient het middel de eerste keer voorgeschreven te worden door een neuroloog</p> <p>b bij de behandeling van perifere neuropathische pijn dient het middel voorgeschreven te worden door een specialist.</p>
Efalizumab	<ul style="list-style-type: none"> - op voorschrift van een dermatoloog, en - schriftelijke toestemming vooraf door zorgverzekeraar.
Memantine	<ul style="list-style-type: none"> - op voorschrift van de behandelend specialist, en - schriftelijke toestemming vooraf door zorgverzekeraar, tenzij het geneesmiddel wordt betrokken bij een gecontracteerde zorgaanbieder en het op basis van de artsenverklaring door de zorgaanbieder afgeleverd kan worden.
R-DNA-interferon, erythropoetine en analoga, Mycofenolaat-mofetil en mycofenolzuur, glatirameer, anagrelide en levodopa/carbidopa, intestinale gel	<ul style="list-style-type: none"> - op voorschrift van de behandelend specialist en - schriftelijke toestemming vooraf door zorgverzekeraar voor R-DNA interferon, erythropoetine en analoga, mycofenolaat-mofetil, mycofenolzuur en glatirameer dient vooraf schriftelijke toestemming van zorgverzekeraar te zijn, tenzij het geneesmiddel wordt betrokken bij een gecontracteerde zorgaanbieder en het op basis van de artsenverklaring door de zorgaanbieder afgeleverd kan worden.
Sildenafil	<ul style="list-style-type: none"> - op voorschrift van een specialist met aantoonbare specifieke deskundigheid op het gebied van de behandeling van PAH met NYHA klasse III - schriftelijke toestemming vooraf door zorgverzekeraar, tenzij het geneesmiddel wordt betrokken bij een gecontracteerde zorgaanbieder en het op basis van de artsenverklaring door de zorgaanbieder afgeleverd kan worden.
Imiquimod	<ul style="list-style-type: none"> - op voorschrift van de behandelend specialist - schriftelijke toestemming vooraf door zorgverzekeraar, tenzij het geneesmiddel wordt betrokken bij een gecontracteerde zorgaanbieder en het op basis van de artsenverklaring door de zorgaanbieder afgeleverd kan worden.

OVERZICHT HULPMIDDELEN RESTITUTIEPOLIS

Dit overzicht bestaat uit de overzichten A en B, al naar gelang het hulpmiddel wordt betrokken bij **A**: een *gecontracteerde* of bij **B**: een *niet-gecontracteerde* aanbieder.

A. Gecontracteerde aanbieder

In het onderstaande overzicht zijn per hulpmiddel opgenomen de nadere voorwaarden indien het hulpmiddel wordt betrokken bij een gecontracteerde aanbieder.

Regeling zorgverzekering Artikel	Hulpmiddel	Eigendom of bruikleen?	Voorafgaande toestemming door zorgverzekeraar	Overige bijzonderheden
Art. 2.6 en art 2.8	prothesen voor schouder, arm, hand, been of voet, algemeen gangbare hulp- en aanzetstukken voor armprothesen en een oplaadinrichting en batterijen indien de prothese voor schouder, arm of hand in bekrachtigde uitvoering is	eigendom	ja; bij de aanvraag voor toestemming dienen een toelichting van de behandelend specialist en een offerte van een gecontracteerde leverancier te zijn gevoegd	
Art. 2.6 en art. 2.9	mammaprothesen	eigendom	nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden	geen verstrekking: - voorlopige borstprothese (postoperatief verstrekt door het ziekenhuis) - bh's - plakstrips
Art. 2.6 en art. 2.10	gelaatsprothesen	eigendom	nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend specialist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden	
Art. 2.6 en art. 2.11	oogprothesen 1) volledige oogprothese 2) scleraschalen en scleralenzen	1) eigendom 2) eigendom	1) nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend specialist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden 2) ja; bij de aanvraag voor toestemming dienen een toelichting van de behandelend specialist en een offerte van een gecontracteerde leverancier te zijn gevoegd	
Art. 2.6 en art. 2.12	1) orthesen voor romp, arm, been, voet, hoofd en hals 2) breukbanden 3) sta tafel	1) eigendom 2) eigendom 3) bruikleen	1) ja; bij de aanvraag voor toestemming dienen een toelichting van de behandelend specialist en een offerte van een gecontracteerde leverancier te zijn gevoegd 2) nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend specialist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden 3) nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de revalidatiearts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden	

Regeling zorgverzekering Artikel	Hulpmiddel	Eigendom of bruikleen?	Voorafgaande toestemming door zorgverzekeraar	Overige bijzonderheden
Art. 2.6 en art. 2.12	trachea canule	eigendom	nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend specialist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden	
Art. 2.6 en art. 2.12	stemprothesen of spraakversterker	eigendom	nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend specialist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden	
Art. 2.6 en art. 2.12	orthopedisch schoeisel en orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen	eigendom	ja; bij de aanvraag voor toestemming dienen een toelichting van de behandelend specialist en een offerte van een gecontracteerde leverancier te zijn gevoegd	eigen bijdrage: conform de Regeling zorgverzekering - voor verzekerden van 16 jaar en ouder: € 110 - voor verzekerden jonger dan 16 jaar: € 55
Art.2.6 en art. 2.13	gezichtshulpmiddelen 1) brillenglazen en lenzen 2) bandage lenzen 3) bijzondere optische hulpmiddelen	eigendom	1) ja; bij de aanvraag voor toestemming dient een toelichting van de behandelend specialist te zijn gevoegd 2) nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend specialist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden 3) ja; bij de aanvraag voor toestemming dient een toelichting van de behandelend specialist te zijn gevoegd	
Art. 2.6 en art. 2.14	gehoorhulpmiddelen en de verschaffing en vervanging van oorstukjes	eigendom	ja; bij de aanvraag voor toestemming dient een toelichting van de behandelend KNO arts of een audiologisch centrum gevoegd te zijn	maximale vergoeding conform de Regeling zorgverzekering: voor verzekerden van 16 jaar en ouder bij een gebruiksduur: - tussen 0 - 6 jaar € 476 - tussen 6 - 7 jaar € 566,50 - langer dan 7 jaar € 657,50 voor verzekerden jonger dan 16 jaar: € 657,50 opname hoortoestel in brilmontuur: maximale vergoeding vermeerderd met € 61,50
Art. 2.6 en art. 2.14	ringleidingen/infrarood/FM-apparatuur en maskeerders alsmede de verschaffing en vervanging van oorstukjes	eigendom	ja; bij de aanvraag voor toestemming dient een toelichting van de behandelend KNO arts of een audiologisch centrum gevoegd te zijn	

Regeling zorgverzekering Artikel	Hulpmiddel	Eigendom of bruikleen?	Voorafgaande toestemming door zorgverzekeraar	Overige bijzonderheden
Art. 2.6 en art. 2.15	urine-opvangzakken met de noodzakelijke hulpstukken ter bevestiging aan bed of been, catheters en toebehoren en spoelapparatuur voor anaalspoelen	eigendom	nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend specialist of gespecialiseerd verpleegkundige rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden	
Art. 2.6 en art. 2.15	stomamaterialen	eigendom	nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend specialist of gespecialiseerd verpleegkundige rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden	
Art. 2.6 en art. 2.15	incontinentie-absorptie-materialen	eigendom	nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend specialist of gespecialiseerd verpleegkundige rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden	
Art. 2.6 en art. 2.15	stompkousen	eigendom	nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend specialist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden	
Art.2.6 en art. 2.15	slijmuitzuigapparatuur	bruikleen	nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend specialist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden	
Art. 2.6 en art. 2.16	hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden voor verzekerden tot 21 jaar (pessaria en koperhoudende spiraaltjes)	eigendom	nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden	
Art. 2.6 en art. 2.17	krukken, loophulpen met 3 of 4 poten, looprekken, rollators, loopwagens, serveerwagens	eigendom	nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden	
Art. 2.6 en art. 2.17	trippelstoelen en loopfietsen	bruikleen	nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden	de zorgverzekeraar kan in het kader van de zorgvuldigheid een huisbezoek door een onafhankelijk adviseur laten afleggen
Art. 2.6 en art. 2.17	blindentaststokken	eigendom	nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden	
Art. 2.6 en art.2.18	pruiken	eigendom	nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden	maximale vergoeding conform de Regeling zorgverzekering: € 264,50

Regeling zorgverzekering Artikel	Hulpmiddel	Eigendom of bruikleen?	Voorafgaande toestemming door zorgverzekeraar	Overige bijzonderheden
Art. 2.6 en art. 2.19	injectiespuiten en toebehoren	eigendom	nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend arts of gespecialiseerd verpleegkundige rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden	
Art. 2.6 onderdeel m	therapeutisch elastische kousen en aan- en uittrekhulp lymfoedeem compressie-apparaat	eigendom bruikleen	nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden ja; bij de aanvraag voor toestemming dient een toelichting van de behandelend specialist te zijn gevoegd	
Art. 2.6 en art. 2.20	hulpmiddelen bij diabetes	eigendom	nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend arts of gespecialiseerd verpleegkundige rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden	
Art. 2.6 en art. 2.21	apparatuur voor positieve uitademingdruk	eigendom	nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend specialist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden	
Art. 2.6 en art. 2.22	draagbare uitwendige infuuspompen met toebehoren	bruikleen	nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden	
Art.2.6 en art. 2.23	verband schoenen	eigendom	nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend specialist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden	maximale vergoeding conform de Regeling zorgverzekering € 136,50
Art. 2.6 en art. 2.23	allergeenvrije schoenen	eigendom	nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend specialist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden	maximale vergoeding en eigen bijdrage conform de Regeling zorgverzekering: voor verzekerden van 16 jaar en ouder: eigen bijdrage € 110 per paar, vermeerderd met het verschil tussen de aanschaffingskosten en € 287,50 voor verzekerden jonger dan 16 jaar: eigen bijdrage € 55 per paar, vermeerderd met het verschil tussen de aanschaffingskosten en € 232,50
Art. 2.6 en art. 2.24	niet-klinisch ingebrachte sondes met toebehoren en uitwendige toebehoren benodigd bij de toediening van parenterale voeding	eigendom	nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden	

Regeling zorgverzekering Artikel	Hulpmiddel	Eigendom of bruikleen?	Voorafgaande toestemming door zorgverzekeraar	Overige bijzonderheden
Art. 2.6 en art. 2.24	1) uitwendige voedingspompen en toebehoren 2) eetapparaten	bruikleen bruikleen	1) <i>nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden</i> 2) <i>ja; bij de aanvraag voor toestemming dient een toelichting van de behandelend specialist te zijn gevoegd</i>	
Art.2.6 en art. 2.25	allergeenvrije en stofdichte hoezen	eigendom	<i>nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden</i>	
Art. 2.6 en art. 2.26	hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering 1) computers met bijbehorende apparatuur 2) schrijfmachines voor lichamelijk gehandicapten 3) rekenmachines in een uitvoering, aangepast aan een lichamelijke handicap 4) invoer- en uitvoerapparatuur voor een computer 5) computerprogrammatuur voor grootlettersystemen voor visueel gehandicapten 6) memorecorders voor visueel gehandicapten 7) daisy-spelers of daisyprogrammatuur voor visueel gehandicapten, dyslectici en motorisch gehandicapten 8) voorleesapparatuur voor zwartdruk-informatie voor visueel gehandicapten 9) hulpmiddelen voor het kiezen van telefoonnummers; telefoonhoornhouders; met omgevingsbesturings-apparatuur te bedienen telefoons 10) beeldtelefoons 11) spraakvervangende hulpmiddelen 12) wek- en waarschuwingsinstallaties 13) persoonlijke alarmeringsapparatuur verschil 14) bladomslagapparatuur 15) teksttelefoons, faxapparatuur	1) eigendom 2) eigendom 3) eigendom 4) eigendom 5) eigendom 6) eigendom 7) eigendom 8) bruikleen 9) eigendom 10) bruikleen 11) bruikleen 12) eigendom 13) bruikleen 14) bruikleen 15) eigendom	1 t/m 12) <i>ja; bij de aanvraag voor toestemming dient een toelichting van de behandelend specialist te zijn gevoegd</i> 13) <i>ja; bij de aanvraag voor toestemming dient een toelichting van de behandelend arts te zijn gevoegd</i> 14, 15) <i>nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend specialist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden</i>	15) <i>maximale vergoeding conform Regeling zorgverzekering voor een fax € 95</i>
Art. 2.6 en art. 2.27	zuurstofapparaten dan wel zuurstofconcentratoren met toebehoren	bruikleen	<i>nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend specialist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden</i>	

<i>Regeling zorgverzekering Artikel</i>	<i>Hulpmiddel</i>	<i>Eigendom of bruikleen?</i>	<i>Voorafgaande toestemming door zorgverzekeraar</i>	<i>Overige bijzonderheden</i>
<i>Art. 2.6 onderdeel v</i>	<i>longvibrators</i>	<i>eigendom</i>	<i>verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend specialist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden</i>	
<i>Art. 2.6 onderdeel w</i>	<i>vernevelaars met toebehoren</i>	<i>bruikleen</i>	<i>nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend specialist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden</i>	
<i>Art. 2.6 onderdeel x</i>	<i>beeldschermloepen</i>	<i>bruikleen</i>	<i>nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend specialist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden</i>	
<i>Art. 2.6 onderdeel y</i>	<i>uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren</i>	<i>bruikleen</i>	<i>ja; bij de aanvraag voor toestemming dient een toelichting van de behandelend specialist te zijn gevoegd</i>	
<i>Art. 2.6 en art. 2.28</i>	<i>CPAP apparatuur</i>	<i>bruikleen</i>	<i>nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend specialist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden</i>	
<i>Art.2.6 en art. 2.29</i>	<i>solo apparatuur</i>	<i>bruikleen</i>	<i>nee; verzekerde kan zich met de toelichting van een KNO arts of audiologisch centrum rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden</i>	
<i>Art. 2.6 en art. 2.30</i>	<i>tactiel-leesapparatuur en toebehoren</i>	<i>bruikleen</i>	<i>ja; bij de aanvraag voor toestemming dient een toelichting van de behandelend specialist te zijn gevoegd</i>	
<i>Art. 2.6 en art. 2.31</i>	<i>vervanging van BAHA hoortoestellen</i>	<i>eigendom</i>	<i>nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend specialist rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden</i>	
<i>Art. 2.6 en art. 2.32</i>	<i>zelfmeetapparatuur voor bloedstollingtijden</i>	<i>eigendom</i>	<i>ja; bij de aanvraag voor toestemming dient een toelichting van de behandelend arts van de trombosedienst te zijn gevoegd</i>	
<i>Art. 2.6 en art. 2.33</i>	<i>aangepaste tafels, aangepaste stoelen, anti-decubitus zitkussens, bedden in speciale uitvoering, anti-decubitusbedden, -matrassen, -overtrekken, dekenbogen, onrusthekken, bedgalgen, papegaaien, portalen, bedverkorters en -verlengers</i>	<i>bruikleen</i>	<i>nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden</i>	<i>de zorgverzekeraar kan in het kader van de zorgvuldigheid een huisbezoek door een onafhankelijk adviseur laten afleggen</i>

Regeling zorgverzekering Artikel	Hulpmiddel	Eigendom of bruikleen?	Voorafgaande toestemming door zorgverzekeraar	Overige bijzonderheden
Art. 2.6 en art. 2.34	geleidehonden: 1) hulphond 2) blindengeleidehond 3) signaal hond 4) gebruikskosten	1, 2, 3) bruikleen	1) ja; bij de aanvraag voor toestemming dient een toelichting van een revalidatiearts te zijn gevoegd 2) ja; bij de aanvraag voor toestemming dient een toelichting van één van de volgende centra te zijn gevoegd: - Sensis - Visio - Bartimēus 3) ja; bij de aanvraag voor toestemming dient een toelichting van de behandelend KNO arts of een audiologisch centrum te zijn gevoegd 4) ja; bij de aanvraag voor toestemming dienen een toelichting van de hondenschool + kopie van de afgesloten ziektekostenverzekering gevoegd te zijn	1, 2, 3) na positieve beoordeling door zorgverzekeraar op basis van medische indicatie, dient ook de hondenschool een positieve praktische indicatie aan de zorgverzekeraar af te geven alvorens zorgverzekeraar voorafgaande toestemming verleend voor het in bruikleen verstrekken van een geleidehond 4) de tegemoetkoming dient voor de eerste keer aangevraagd te worden binnen 3 maanden nadat de hond bij verzekerde geplaatst is of na het afronden van een teamtraining gebruikskosten maximaal € 1.000 per jaar voor: - het levensonderhoud; - voor de verzorging; en - voor de speciale ziektekostenverzekering voor de hond de tegemoetkoming moet jaarlijks opnieuw aangevraagd worden
Art. 2.6 en art. 2.35	hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand- en vingerfunctie	bruikleen	ja; bij de aanvraag voor toestemming dient een toelichting van de revalidatiearts gevoegd te worden	bij de aanvraag voor een robotmanipulator wordt advies gevraagd van één van de volgende centra - UMCG (locatie Beatrixoord) te Haren - Amstelrade te Amstelveen - St. Maartenskliniek te Nijmegen - Stichting Revalidatie Limburg te Valkenburg
Art. 2.6 en art. 2.36	thuisdialyse-apparaat	bruikleen	ja; bij de aanvraag voor toestemming dient een toelichting van de behandelend arts van het dialyse centrum gevoegd te zijn	
Art. 2.6	verbandmiddelen	eigendom	nee; verzekerde kan zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden	

B. Niet-gecontracteerde aanbieder

In het onderstaande overzicht zijn, per hulpmiddel, opgenomen de nadere voorwaarden en vergoedingen indien het hulpmiddel wordt betrokken bij een niet-gecontracteerde aanbieder
 [alle hulpmiddelen worden in eigendom verstrekt indien betrokken bij een niet-gecontracteerde aanbieder].

Regeling zorgverzekering Artikel	Hulpmiddel	Vooraf toestemming door zorgverzekeraar vereist?	Toelichting verplicht en van wie en offerte leverancier?	Gemiddelde gebruiksduur en gebruiks aantallen	Kwaliteits-/deskundigheids- eisen aan leverancier verplicht en overige bijzonderheden	Vergoeding en overige voorwaarden indien geen gebruik gemaakt wordt van bruikleen
Art. 2.6 en art 2.8	prothesen voor schouder, arm, hand, been of voet	ja	behandelend revalidatiearts/ orthooped + offerte	3 jaar		
Art. 2.6 en art. 2.9	mammaprothesen: gebruiksklaar	ja	behandelend specialist + offerte			
	afzonderlijk vervaardigd	ja	behandelend specialist + offerte + toelichting leverancier	2,5 jaar		
Art. 2.6 en art. 2.10	gelaatsprothesen	ja	behandelend specialist + offerte			
Art. 2.6 en art. 2.11	oogprothesen	ja	behandelend specialist + offerte			
Art. 2.6 en art. 2.12	1) orthesen voor romp, arm, been, voet, hoofd en hals	ja	behandelend specialist + offerte	2 jaar		
	2) breukbanden	ja	behandelend specialist + offerte	1 jaar		
	3) sta tafel	ja	revalidatiearts	5 jaar		3) aanvraag tevens voorzien van offerte; vergoeding op basis van offerte
Art. 2.6 en art. 2.12	kappen ter bescherming van de schedel	ja	behandelend specialist + offerte	2 jaar		
Art. 2.6 en art. 2.12	trachea canule	ja	behandelend specialist			
Art. 2.6 en art 2.12	stemprothesen of spraak-versterker	ja	behandelend specialist	2 jaar		

Regeling zorgverzekering Artikel	Hulpmiddel	Vooraf toestemming door zorgverzekeraar vereist?	Toelichting verplicht en van wie en offerte leverancier?	Gemiddelde gebruiksduur en gebruiksaantallen	Kwaliteits-/deskundigheids-eisen aan leverancier verplicht en overige bijzonderheden	Vergoeding en overige voorwaarden indien geen gebruik gemaakt wordt van bruikleen
Art. 2.6 en art 2.12	orthopedisch schoeisel en orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen	ja	revalidatiearts/ orthooped + offerte	voor verzekerden jonger dan 16 jaar: 9 maanden voor verzekerden van 16 jaar en ouder: 15 maanden	- SEMH gecertificeerd - leverancier is aangesloten bij de NVOS eigen bijdrage: conform de Regeling zorgverzekering voor verzekerden van 16 jaar en ouder: € 110 voor verzekerden jonger dan 16 jaar: € 55	
Art. 2.6 en art. 2.13	gezichtshulpmiddelen	ja	behandelend specialist + offerte	bijzondere optische hulpmiddelen: 5 jaar		
Art.2.6 en art. 2.14	- hoortoestellen - oorstukjes	ja	KNO arts of audiologisch centrum	gebruiksduur: 5 jaar 2 jaar	maximale vergoeding conform de Regeling zorgverzekering: voor verzekerden van 16 jaar en ouder bij een gebruiksduur: tussen 0 - 6 jaar € 476 tussen 6 - 7 jaar € 566,50 langer dan 7 jaar € 657,50 voor verzekerden jonger dan 16 jaar: € 657,50 opname hoortoestel in brilmontuur: maximale vergoeding vermeerderd met € 61,50	
Art. 2.6 en art. 2.14	ringleidingen, infrarood apparatuur, FM-apparatuur en maskeerders	ja	KNO arts of audiologisch centrum + offerte	5 jaar		
Art. 2.6 en art. 2.15	urine-opvangzakken met de noodzakelijke hulpstukken ter bevestiging aan bed of been, catheters en toebehoren en spoelapparatuur voor anaalspoelen	ja	behandelend arts of gespecialiseerd verpleegkundige			

Regeling zorgverzekering Artikel	Hulpmiddel	Vooraf toestemming door zorgverzekeraar vereist?	Toelichting verplicht en van wie en offerte leverancier?	Gemiddelde gebruiksduur en gebruiksaantallen	Kwaliteits-/ deskundigheids-eisen aan leverancier verplicht en overige bijzonderheden	Vergoeding en overige voorwaarden indien geen gebruik gemaakt wordt van bruikleen
Art. 2.6 en art. 2.15	stomamaterialen	ja	behandelend arts, of gespecialiseerd verpleegkundige	<p>gebruiksaantallen:</p> <p>colostoma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tweedelig: 4 plakken per week/ 4 zakjes per dag - eendelig: 4 zakjes per dag <p>irrigatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - spoelsets: eerste jaar 2 spoelsets, voorts 1 spoelset per jaar - spoelpomp: gebruiksduur: 3 jaar - 1 irrigatiesleeve per dag - na elke spoelbeurt kunnen 2 stomapleisters of colostomiezakjes gebruikt worden <p>stomapluggen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tweedelig: 1 plak en 4 pluggen per dag - eendelig: 4 pluggen per dag <p>ileostoma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tweedelig: 4 plakken per week/ 2 zakjes per dag - eendelig: 2 zakjes per dag <p>urostoma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tweedelig: 4 plakken per week/ 2 zakjes per dag - eendelig: zakjes per dag <p>continentstoma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - afdekpleisters en catheters: 2 - 6 per dag afhankelijk van voorschrift <p>stomasteunbandage:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 stuks per jaar 		

Regeling zorgverzekering Artikel	Hulpmiddel	Vooraf toestemming door zorgverzekeraar vereist?	Toelichting verplicht en van wie en offerte leverancier?	Gemiddelde gebruiksduur en gebruiksaantallen	Kwaliteits-/ deskundigheids-eisen aan leverancier verplicht en overige bijzonderheden	Vergoeding en overige voorwaarden indien geen gebruik gemaakt wordt van bruikleen
Art. 2.6 en art. 2.15	incontinentie-absorptie-materialen	ja	behandelend arts of gespecialiseerd-verpleegkundige	Genormeerd aantal eenmalig te gebruiken inlegluiers en/of luiers: 455 stuks per kwartaal. Genormeerd aantal eenmalig te gebruiken onderleggers: 455 stuks per kwartaal. Gecombineerd gebruik van inlegluiers en/of luiers: 455 stuks per kwartaal. Genormeerd aantal wasbare inlegluiers of luiers: 10 stuks per jaar.		
Art. 2.6 en art. 2.15	stompkousen	ja	revalidatiearts/orthopeed + offerte	maximaal 4 stuks per jaar	- SEMH gecertificeerd - leverancier is aangesloten bij Orthobanda	
Art. 2.6 en art. 2.15	slijmuitzuigapparatuur	ja	behandelend arts of specialist			aanvraag tevens voorzien van offerte vergoeding: maximaal € 2,50 incl. BTW per dag
Art. 2.6 en art. 2.16	hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden voor verzekerden tot 21 jaar (pessaria en koperhoudende spiraaltjes)	nee	behandelend arts			
Art. 2.6 en art. 2.17	krukken, loophulpen met 3 of 4 poten, looprekken, rollators, loopwagens, serveerwagens	ja	behandelend arts/specialist + offerte	4 jaar		
Art. 2.6 en art. 2.33	trippelstoelen en loopfietsen	ja	behandelend arts	5 jaar	de zorgverzekeraar kan in het kader van de zorgvuldigheid een huisbezoek door een onafhankelijk adviseur laten afleggen	aanvraag tevens voorzien van offerte de zorgverzekeraar kan een ergo-therapeutisch rapport verlangen vergoeding: trippelstoel manueel: maximaal € 461 trippelstoel elektrisch: maximaal € 1.005 loopfiets: maximaal € 1.980 hulpmiddelen voor kinderen op basis van offerte

Regeling zorgverzekering Artikel	Hulpmiddel	Vooraf toestemming door zorgverzekeraar vereist?	Toelichting verplicht en van wie en offerte leverancier?	Gemiddelde gebruiksduur en gebruiksaantallen	Kwaliteits-/ deskundigheids-eisen aan leverancier verplicht en overige bijzonderheden	Vergoeding en overige voorwaarden indien geen gebruik gemaakt wordt van bruikleen
Art. 2.6 en art. 2.17	blindentaststokken	ja	behandelend arts/specialist + offerte	3 jaar		
Art. 2.6 en art. 2.17	pruiken	ja	behandelend arts	1 jaar	maximale vergoeding conform de Regeling zorgverzekering € 264,50	
Art. 2.6 en art. 2.19	injectiespuiten en toebehoren	ja	behandelend arts of gespecialiseerd verpleegkundige			
Art 2.6 onderdeel m	therapeutisch elastische kousen en aan- en uittrekhulp	ja	behandelend arts + offerte	gebruiksduur en aantallen elastische kousen: - 1 ^e verstrekking; maximaal 2 (paar) kousen - volgende verstrekking; 14 maanden na vorige verstrekking 2 (paar) kousen	- SEMH gecertificeerd	
	lymfoedeem compressie-apparaat	ja	behandelend specialist	gebruiksduur aantrekhulp: 24 maanden 5 jaar		aanvraag tevens voorzien van offertevergoeding: op basis van offerte
Art. 2.6 en art. 2.20	hulpmiddelen bij diabetes	ja	behandelend arts of gespecialiseerd verpleegkundige	genormeerde gebruiksduur: - bloedglucosemeter: 3 jaar - apparatuur voor het afnemen van bloed: 2 jaar - draagbare uitwendige infuuspomp: 4 jaar gebruiksaantallen: - teststrips: 100 – 400 per kwartaal, afhankelijk van het voorschrift - lancetten: 100 – 400 per kwartaal, afhankelijk van het voorschrift		
Art. 2.6 en art. 2.21	apparatuur voor positieve uitademingsdruk	nee	behandelend specialist			

<i>Regeling zorgverzekering Artikel</i>	<i>Hulpmiddel</i>	<i>Vooraf toestemming door zorgverzekeraar vereist?</i>	<i>Toelichting verplicht en van wie en offerte leverancier?</i>	<i>Gemiddelde gebruiksduur en gebruiksaantallen</i>	<i>Kwaliteits-/ deskundigheids-eisen aan leverancier verplicht en overige bijzonderheden</i>	<i>Vergoeding en overige voorwaarden indien geen gebruik gemaakt wordt van bruikleen</i>
<i>Art. 2.6 en art. 2.22</i>	<i>draagbare uitwendige infuuspompen met toebehoren</i>	<i>ja</i>	<i>behandelend arts</i>			<i>aanvraag tevens voorzien van offerte vergoeding: maximaal € 14,28 incl. BTW per dag, exclusief medische cassettes</i>
<i>Art. 2.6 en art. 2.23</i>	<i>verbanden</i>	<i>ja</i>	<i>behandelend specialist + offerte</i>	<i>6 maanden</i>	<i>SEMH gecertificeerd</i> <i>maximale vergoeding conform de Regeling zorgverzekering € 136,50</i>	
<i>Art. 2.6 en art. 2.23</i>	<i>allergeenvrije schoenen</i>	<i>ja</i>	<i>behandelend specialist + offerte</i>	<i>gebruiksduur:</i> <i>- voor verzekerden jonger dan 16 jaar: 9 maanden</i> <i>- voor verzekerden van 16 jaar en ouder: 15 maanden</i>	<i>SEMH gecertificeerd</i> <i>maximale vergoeding en eigen bijdrage conform de Regeling zorgverzekering:</i> <i>- voor verzekerden van 16 jaar en ouder: eigen bijdrage € 110 per paar, vermeerderd met het verschil tussen de aanschaffingskosten en € 287,50</i> <i>- voor verzekerden jonger dan 16 jaar: eigen bijdrage € 55 per paar, vermeerderd met het verschil tussen de aanschaffingskosten en € 232,50</i>	
<i>Art. 2.6 en art. 2.24</i>	<i>niet-klinisch ingebrachte sondes met toebehoren en uitwendige toebehoren benodigd bij de toediening van parenterale voeding</i>	<i>ja</i>	<i>behandelend arts</i>			

Regeling zorgverzekering Artikel	Hulpmiddel	Vooraf toestemming door zorgverzekeraar vereist?	Toelichting verplicht en van wie en offerte leverancier?	Gemiddelde gebruiksduur en gebruiksaantallen	Kwaliteits-/ deskundigheids-eisen aan leverancier verplicht en overige bijzonderheden	Vergoeding en overige voorwaarden indien geen gebruik gemaakt wordt van bruikleen
Art. 2.6 en art. 2.24	uitwendige voedingspompen en toebehoren	ja	behandelend arts			aanvraag tevens voorzien van offerte vergoeding: maximaal € 4,58 incl. BTW per dag
Art. 2.6 en art. 2.24	eetapparaten	ja	behandelend arts			aanvraag tevens voorzien van offerte vergoeding op basis van offerte
Art. 2.6 en art. 2.25	allergeenvrije en stofdichte hoezen	ja	behandelend arts	10 jaar		
Art. 2.6 en art. 2.26	hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering; met uitzondering van bladoslag-apparatuur, beeldtelefoon, spraakvervangende hulpmiddelen en persoonlijke alarmeringsapparatuur	ja	specialist + offerte	5 jaar	maximale vergoeding conform Regeling zorgverzekering voor een fax: € 95	
Art. 2.6 en art. 2.26	bladoslagapparatuur, beeldtelefoon, spraakvervangende hulpmiddelen	ja	behandelend specialist	5 jaar		aanvraag tevens voorzien van offerte vergoeding op basis van offerte
	persoonlijke alarmeringsapparatuur	ja	behandelend arts	5 jaar		
Art. 2.6 en art. 2.27	zuurstofapparaten dan wel concentratoren met toebehoren	ja	behandelend specialist			aanvraag tevens voorzien van offerte maximaal € 3,69 incl. BTW per dag, exclusief stroomkosten (indien van toepassing)
Art. 2.6 onderdeel v	longvibrators	ja	specialist	5 jaar		
Art. 2.6 onderdeel w	vernevelaars met toebehoren	ja	behandelend specialist	5 jaar		aanvraag tevens voorzien van offerte vergoeding op basis van offerte
Art. 2.6 onderdeel x	beeldschermloepen	ja	behandelend specialist	5 jaar		aanvraag tevens voorzien van offerte vergoeding: maximaal € 1.103

<i>Regeling zorgverzekering Artikel</i>	<i>Hulpmiddel</i>	<i>Vooraf toestemming door zorgverzekeraar vereist?</i>	<i>Toelichting verplicht en van wie en offerte leverancier?</i>	<i>Gemiddelde gebruiksduur en gebruiksaantallen</i>	<i>Kwaliteits-/ deskundigheids-eisen aan leverancier verplicht en overige bijzonderheden</i>	<i>Vergoeding en overige voorwaarden indien geen gebruik gemaakt wordt van bruikleen</i>
<i>Art. 2.6 onderdeel y</i>	<i>uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren</i>	<i>ja</i>	<i>behandelend specialist</i>	<i>5 jaar</i>		<i>aanvraag tevens voorzien van offerte vergoeding: uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn: maximaal € 64 toebehoren: maximaal € 68 per jaar</i>
<i>Art. 2.6 en art. 2.28</i>	<i>CPAP apparatuur</i>	<i>ja</i>	<i>behandelend specialist</i>	<i>5 jaar</i>		<i>aanvraag tevens voorzien van offerte vergoeding op basis van offerte</i>
<i>Art. 2.6 en art. 2.29</i>	<i>solo apparatuur</i>	<i>ja</i>	<i>KNO arts of audiologisch centrum</i>	<i>5 jaar</i>		<i>aanvraag tevens voorzien van offerte vergoeding: maximaal € 1.602</i>
<i>Art. 2.6 en art. 2.30</i>	<i>tactiel-leesapparatuur</i>	<i>ja</i>	<i>behandelend specialist</i>	<i>5 jaar</i>		<i>aanvraag tevens voorzien van offerte vergoeding op basis van offerte</i>
<i>Art. 2.6 en art. 2.31</i>	<i>vervanging van BAHA hoortoestellen</i>	<i>ja</i>	<i>specialist + offerte</i>	<i>5 jaar</i>		
<i>Art. 2.6 en art. 2.32</i>	<i>zelfmeetapparatuur voor bloedstollingtijden</i>	<i>ja</i>	<i>behandelend arts trombosedienst</i>	<i>5 jaar</i>	<i>vergoeding is opgenomen in CTG tarief</i>	

Regeling zorgverzekering Artikel	Hulpmiddel	Vooraf toestemming door zorgverzekeraar vereist?	Toelichting verplicht en van wie en offerte leverancier?	Gemiddelde gebruiksduur en gebruiksaantallen	Kwaliteits-/ deskundigheids-eisen aan leverancier verplicht en overige bijzonderheden	Vergoeding en overige voorwaarden indien geen gebruik gemaakt wordt van bruikleen
Art. 2.6 en art. 2.33	aangepaste tafels, aangepaste stoelen, anti-decubituszitkussens, bedden in speciale uitvoering, anti-decubitusbedden, -matrassen, -overtrekken, dekenbogen, onrusthekken, bedgalgen, papegaaien, portalen, bedverkorters en -verlengers	ja	behandelend arts	5 jaar	de zorgverzekeraar kan in het kader van de zorgvuldigheid een huisbezoek door een onafhankelijk adviseur laten afleggen	<p>aanvraag tevens voorzien van offerte de zorgverzekeraar kan een ergo-therapeutisch rapport verlangen</p> <p>vergoeding:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bed(les)tafels: maximaal € 85 - overige aangepaste tafels: op basis van offerte - sta-op stoelen: maximaal € 772 - overige aangepaste stoelen: op basis van offerte - anti-decubituszitkussens: maximaal € 70 - hoog/laag bedden: maximaal € 712 - overige bedden in speciale uitvoering en antidecubitus-bedden: op basis van offerte - matrassen: maximaal € 156 - anti-decubitusmatrassen + overtrekken: huur of koop huurprijzen per dag - preventief € 2,10 tot een maximum van € 925 - curatief € 4,25 tot een maximum van € 1.500 <p>de maximumbedragen bij huur zijn tevens de maximale vergoedingen bij koop.</p> <ul style="list-style-type: none"> - dekenbogen: maximaal € 31 - onrusthekken: maximaal € 107 per paar - bedgalgen/papegaaien: maximaal € 90 <p>aanvraag tevens voorzien van offerte de zorgverzekeraar kan een ergo-therapeutisch rapport verlangen</p> <ul style="list-style-type: none"> - portalen, bedverkorters en verlengers: maximaal € 76 <p>hulpmiddelen voor kinderen op basis van offerte</p>

<i>Regeling zorgverzekering Artikel</i>	<i>Hulpmiddel</i>	<i>Vooraf toestemming door zorgverzekeraar vereist?</i>	<i>Toelichting verplicht en van wie en offerte leverancier?</i>	<i>Gemiddelde gebruiksduur en gebruiksantallen</i>	<i>Kwaliteits-/ deskundigheids-eisen aan leverancier verplicht en overige bijzonderheden</i>	<i>Vergoeding en overige voorwaarden indien geen gebruik gemaakt wordt van bruikleen</i>
<i>Art. 2.6 en art. 2.35</i>	<i>hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand- en vingerfunctie</i>	<i>ja</i>	<i>revalidatiearts robot-manipulator: één van de volgende centra - UMCG (locatie Beatrixoord) te Haren - Amstelrade te Amstelveen - St. Maartenskliniek te Nijmegen - St.Revalidatie Limburg te Valkenburg</i>	<i>5 jaar</i>		<i>aanvraag tevens voorzien van offerte vergoeding op basis van offerte</i>
<i>Art. 2.6 en art. 2.36</i>	<i>thuisdialyse-apparatuur</i>	<i>ja</i>	<i>toelichting van behandelend arts dialyse centrum</i>		<i>vergoeding is opgenomen in CTG tarief</i>	
<i>Art. 2.6</i>	<i>verbandmiddelen</i>	<i>nee</i>	<i>behandelend arts</i>			



www.menzis.nl