

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202600043

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C, hierna te noemen: verzekerde,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 8 januari 2026 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 22 januari 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 4 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 5 maart 2026 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 2 april 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026006517) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 7 april 2026 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 mei 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. Op 11 mei 2026 heeft verzoekster aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 12 mei 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij brief van 20 mei 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 21 mei 2026 aan verzoekster gezonden.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 21 mei 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 2 april 2026 aanpassing behoeft. Bij brief van 3 juni 2026 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzekerde was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZ Zorgbewustpolis (natura select) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende

ziektekostenverzekering Basis (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Verzoekster trad hierbij op als verzekeringnemer.

De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

- 2.2. Namens verzekerde is op 25 november 2025 een aanvraag ingediend voor een aangepaste stoel.
- 2.3. Bij brief van 5 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 2 januari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 2 april 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 3 juni 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aangevraagde stoel ten behoeve van verzekerde te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Bij e-mailbericht van 9 december 2025 en klachtenformulier van 8 januari 2026 heeft verzoekster toegelicht dat verzekerde een ontwikkelingsachterstand heeft, waardoor hij functioneert op het niveau van een kind van de leeftijd van ongeveer twee jaar. Vanwege zijn verstandelijke beperking begrijpt verzekerde niet dat hij op een stoel moet blijven zitten om bijvoorbeeld te kunnen eten. Hierdoor is het geven van (sonde)voeding een uitdaging. Hoewel verzekerde in staat is om te zitten, ontbreekt het cognitieve vermogen om dit zelfstandig veilig en gedurende een maaltijd vol te houden. Verzekerde heeft een aangepaste stoel mogen proberen en dat gaf hem en zijn gezinsleden veel rust.
Een specifieke zitvoorziening is voor verzekerde noodzakelijk. Zonder deze voorziening bestaat een reëel risico op vallen, verslikken en verdere ondervoeding. Door de visuele beperking van verzekerde is het voor hem extra moeilijk om zijn positie in te schatten. De stoel zorgt in dat verband voor veiligheid. Gezien zijn te lage gewicht (14,4 kg) is regelmatige en veilige voedselinname essentieel voor verzekerde. Het ontbreken van een veilige zitvoorziening belemmert dit en vormt daarmee een direct medisch probleem. De combinatie van de ontwikkelingsachterstand, de visuele beperking en het te lage gewicht maakt dat compensatie door gedragsaanpassing niet realistisch of mogelijk is. Een hulpmiddel is de minst ingrijpende en meest effectieve interventie. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag ten onrechte afgewezen, omdat de reden voor de stoel gedragsmatig zou zijn en niet medisch. Een verstandelijke beperking en slechtziendheid zijn echter wel degelijk medisch.
- 3.3. De aangevraagde stoel is noodzakelijk om beperkingen in het dagelijks functioneren te compenseren. Eten is een primaire dagelijkse levensverrichting en valt daarom onder gebruikelijke zorg binnen de hulpmiddelenzorg. Verder bestaat recht op hulpmiddelen die de zelfredzaamheid bevorderen wanneer sprake is van een structurele medische beperking. De medische noodzaak is in dit geval duidelijk en structureel aanwezig. Verzoekster heeft in dit verband verwezen naar de artikelen 2.5 en 2.6 e.v. van de Regeling zorgverzekering.
Verder geldt dat er voor verzekerde geen voorliggende voorziening beschikbaar is. Een gewone kinderstoel of stoelverhoger volstaat niet, gezien de cognitieve beperking, het slechte zicht en de veiligheidsrisico's

- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat verzekerde een zeer beweeglijk jongetje is met meerdere beperkingen. Hij is slechtziend en niet zindelijk. Hij is afhankelijk van sondevoeding en is hij non-verbaal. Verzekerde begrijpt niet wat er tegen hem wordt gezegd. Hij kan niet zelfstandig eten en er is mogelijk sprake van autisme, adhd en verstandelijke beperkingen. Verzekerde zoekt de prikkels op. Hij gaat over zijn grenzen heen en moet 24 uur per dag in de gaten worden gehouden. Verzekerde heeft meerdere hulpmiddelen, zoals een aangepaste autostoel, een aangepaste wandelwagen en een aangepast bed. In dit rijtje hoort ook een aangepaste stoel. Er is een gewone stoel met gordel geprobeerd, maar dit is geen oplossing. Verzekerde valt met stoel en al om. Hij is al een paar keer met zijn hoofd tegen de tafel aan gevallen. Vorig jaar heeft verzekerde een aangepaste stoel mogen uitproberen. Het was een stoel zonder fixatie, want die triggert hem om zich los te wurmen. De stoel heeft een speciale abductieklos. De zithouding van verzekerde verbetert in de aangepaste stoel. Hij zit rechtop en is rustig. Het verschil in zithouding valt op. Door deze rust kon hij zich concentreren en heeft hij bijvoorbeeld geleerd om de bewegingen te maken die passen bij het eten van yoghurt. Ook had hij de rust om tekeningen te maken. De sondevoeding kon ook worden afgebouwd, omdat verzekerde een volledige maaltijd kon eten in zijn stoel. Helaas moest de stoel weer terug en is Milo weer terug bij af. De aangepaste stoel helpt echt. Verzekerde heeft er baat bij en ook zijn familie. Als verzekerde tot rust komt en dingen leert, geeft dat verzoekster een gevoel van trots.

Verder heeft verzoekster gesteld dat de aangepaste stoel door een andere verzekeraar wel was vergoed. De ziektekostenverzekeraar spreekt over een juridisch kader, maar blijkbaar hebben verzekeraars andere kaders.

- 3.5. Verzoekster heeft een brief van de behandelend ergotherapeut van 11 mei 2025 overgelegd waarin wordt uitgelegd dat verzekerde bekend is met cerebrale visuele verwerkingsproblematiek (CVI), slechtziendheid, een motorische beperking en een algehele ontwikkelingsachterstand. Hij is een zeer beweeglijke jongen van zes jaar oud met een beperkte rompbalans en onvoldoende houdingscontrole bij het zitten.

Op dit moment gebruikt verzekerde thuis een reguliere Tripp-Trapp stoel. Deze voorziening is voor hem niet passend en onvoldoende veilig. Door zijn beperkte motorische controle en verminderde rompstabiliteit zakt hij voortdurend onderuit en is hij niet in staat zelfstandig een adequate zithouding te handhaven. Dit leidt tot een verkeerde houding tijdens zitten, onvoldoende ondersteuning van romp en bekken en een verhoogd risico op lichamelijke overbelasting en discomfort. Een stabiele en goed ondersteunde zithouding is voor verzekerde essentieel. Door zijn CVI en ontwikkelingsproblematiek kost het hem veel energie om prikkels te verwerken en zijn lichaam te controleren. Wanneer hij onvoldoende ondersteund zit, neemt zijn onrust toe en verslechtert zijn houding verder. Hierdoor ontstaat niet alleen een onveilige situatie, maar wordt ook deelname aan dagelijkse activiteiten zoals eten, spelen en contactmomenten ernstig beperkt. Daarnaast brengt de huidige stoel duidelijke veiligheidsrisico's met zich mee. Omdat de stoel onvoldoende stabiliteit en fixatie biedt, bestaat het risico dat verzekerde met stoel en al omvalt. Tevens kan door zijn ongecontroleerde bewegingen spanning ontstaan op de PEG-sonde, waardoor deze los kan raken. Vanwege zijn beperkte ziekte-inzicht, impulsieve motoriek en verhoogde risicogedrag heeft verzekerde continu toezicht nodig om gevaarlijke situaties te voorkomen. Een passende aangepaste zitvoorziening voor thuis is daarom medisch noodzakelijk om een veilige, stabiele en ergonomisch verantwoorde zithouding te kunnen waarborgen en risico's op letsel en complicaties te verminderen.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat geen aanspraak bestaat op de aangevraagde stoel. Hij heeft hiertoe in zijn brief van 2 januari 2026 toegelicht dat in het 'Hulpmiddelenreglement 2025', behorende bij de voorwaarden van de zorgverzekering, staat onder welke voorwaarden een aangepaste stoel wordt vergoed. Iemand komt in aanmerking voor een dergelijke stoel als er een beperking is in het zitten. Het moet gaan om een stoel met één of meer van de volgende functies:

(a) een specifieke polstering, (b) een abductiebalk, (c) een arthrodesezitting en (d) pelottes voor zijwaartse steun. De stoel moet persoonsgebonden aanpassingen hebben of moet door het verstellen zodanig zijn aan te passen dat de stoel hiermee een functiebeperking compenseert die niet eenvoudig kan worden gecompenseerd door bijvoorbeeld een goede ergonomische stoel.

- 4.2. In het geval van verzekerde is geen sprake van het niet kunnen handhaven van de zithouding als gevolg van functiebeperkingen in het zitten. De eisen aan de stoel zijn niet gericht op het individuele zitprobleem van verzekerde, maar op het fixeren en creëren van meer veiligheid. Een stoel voor het verminderen van onrust en/of het creëren van veiligheid, door middel van bijvoorbeeld omsluiting/fixeren, is geen onderdeel van de aanspraak op een aangepaste stoel vanuit de hulpmiddelenzorg. In verband met de precedentwerking maakt de ziektekostenverzekeraar hierop geen uitzondering.
- 4.3. Bij brief van 4 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de grondslag voor de afwijzing is gelegen in eerder genoemd 'Hulpmiddelenreglement 2025', en dan specifiek het gedeelte dat is gebaseerd op de artikelen 2.6 sub e en 2.12 van de Regeling zorgverzekering.
- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat hij begrijpt dat een aangepaste stoel kan bijdragen aan de situatie van verzekerde. De vraag die de ziektekostenverzekeraar moet beantwoorden, is of de aangepaste stoel ook voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de zorgverzekering. Hiervoor zijn de verzekeringsvoorwaarden en de wet- en regelgeving van belang. Uit de regelgeving komt heel duidelijk naar voren dat sprake moet zijn van stoornissen in het bewegingssysteem. Uit het verhaal van verzoekster en de ergotherapeut komt naar voren dat het gaat om het fixeren van verzekerde, zodat hij zich kan concentreren op een taak. Dat is net iets anders dan waarvoor de hulpmiddelen zijn bedoeld. De aanspraak op hulpmiddelenzorg is functioneel beschreven. Op het moment dat er een bewegingsstoornis is, kan sprake zijn van een vergoedingsindicatie.
De ziektekostenverzekeraar kan niet inschatten welke vergoedingen andere verzekeraars verlenen. De zorgverzekering en de onderliggende wet- en regelgeving zijn voor iedereen hetzelfde. Verzekeringsvoorwaarden en beleid kunnen wel verschillen.
- 4.5. Bij brief van 20 mei 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de behandelend ergotherapeut in haar brief van 11 mei 2026 uitlegt waar de aanspraak over gaat, namelijk het niet kunnen handhaven van een zithouding op reguliere voorzieningen, in dit geval door onderuitzakken i.v.m. verminderde rompstabiliteit. Dit is de eerste keer dat hier iets over de rompstabiliteit wordt benoemd. In eerdere aanvragen ging het enkel over fixatie en het bieden van veiligheid vanwege bewegingsonrust bij een ontwikkelingsachterstand. Het probleem in de rompstabiliteit en het onderuitzakken is nieuw en niet in lijn met de eerdere informatie die de ziektekostenverzekeraar heeft gekregen uit bijvoorbeeld ergotherapeutische verslagen, de indicatiestelling en toelichting van verzoekster zelf. Uit eerdere informatie bleek namelijk dat hij thuis zit op een tripprappstoel waarop ouders zelf fixaties hebben gemonteerd, hij hupst met de tripprappstoel door de hele kamer heen met groot gevaar om met stoel en al om te vallen of hij wurmt zich uit de fixaties, wat tot gevaarlijke situatie leidt en risico tot het beschadigen of losraken van de mickey button geeft. Zijn ouders kunnen hem nu geen moment alleen laten voor bijvoorbeeld een toiletbezoek. Daarnaast vindt verzekerde zelf ook geen rust op deze stoel, omdat hij blijft zoeken naar mogelijkheden om eruit te klimmen. Verder gaf verzoekster eerder in het geschil aan dat verzekerde lichamelijk in staat is om te zitten. Verder is het niet duidelijk welke stoornis in het bewegingssysteem ten grondslag ligt aan de beperkte rompstabiliteit. Zo leest de ziektekostenverzekeraar niet terug dat er bijvoorbeeld problemen zijn in de spierspanning of hoe de beperkte rompstabiliteit zich in de praktijk uit. De ziektekostenverzekeraar ziet ook geen specifieke eisen in de stoel die gaan over het compenseren van de rompstabiliteit zoals pelotte voor zijwaartse steun of een kantelverstelling. Zoals het Zorginstituut ook bevestigt gaat de aanspraak over de 'functies van bewegingssysteem en aan beweging verwante functies' en valt

bewegelijkheid bij een ontwikkelingsachterstand daar niet onder. De brief van de behandelend ergotherapeut van 11 mei 2026 is niet voldoende om alsnog tot goedkeuring over te kunnen gaan. De beperkte rompstabiliteit die nu voor het eerst wordt genoemd geeft wel aanknopingspunten, maar de aangeleverde informatie over de rompstabiliteit is tegenstrijdig en summier.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 2 april 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Uit het artikel 2.12 Rzv volgt dat een aan functiebeperkingen aangepaste stoel een stoel is met aanpassingen, specifiek voor functiebeperkingen van het bewegingssysteem. Een functiebeperking van het bewegingssysteem is bijvoorbeeld een heupprobleem waardoor buigen niet mogelijk is, wat gecompenseerd kan worden door een artrodesezitting. Een ander voorbeeld is een halfzijdige verlamming, waardoor iemand niet zonder zijwaartse steun kan blijven zitten. Abductieklossen vallen onder de bedoelde aanpassingen. De abductieklossen moeten gebruikt worden voor een functiebeperking in het bewegingssysteem, bijvoorbeeld wanneer de adductiespieren van de benen een te hoge spierspanning hebben. De abductieklos zorgt voor een goede positionering van de benen, namelijk in een lichte spreiding.

De aangepaste stoel voor verzekerde is aangevraagd vanwege de beperkingen die verzekerde ondervindt vanwege zijn ontwikkelingsachterstand. Bij verzekerde is geen sprake van een stoornis in het bewegingssysteem. De gevraagde aanpassingen zijn bedoeld om goed en veilig in de stoel te blijven zitten, dus om hem te fixeren. Door de abductieklossen en het werkblad kan worden voorkomen dat verzekerde uit de stoel kan klimmen.

Hoewel een stoel met aanpassingen nodig is voor verzekerde om rustig en geconcentreerd te kunnen blijven zitten, is de gevraagde stoel geen aan functiebeperkingen van het bewegingssysteem aangepaste stoel.

Conclusie

Uit de beschikbare informatie uit het dossier blijkt niet dat verzekerde voldoet aan de indicatievoorwaarden voor vergoeding van de aangepaste stoel vanuit de aanspraak hulpmiddelenzorg.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster kan namens verzekerde geen aanspraak maken op vergoeding van de aangepaste stoel vanuit de aanspraak hulpmiddelenzorg.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22. van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over hulpmiddelenzorg en het ‘redelijkerwijs zijn aangewezen op’ zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. De zorgverzekering biedt onder andere dekking voor hulpmiddelenzorg. Dit is geregeld op de pagina’s 66 tot en met 93 van de voorwaarden van de zorgverzekering en nader uitgewerkt in het ‘Hulpmiddelenreglement 2025’ (hierna: het reglement) van de ziektekostenverzekeraar. Het voorgaande is gebaseerd op de artikelen 2.9 Bzv en 2.6 e.v. Rzv. Op grond van artikel 2.9, eerste lid, Bzv omvat hulpmiddelenzorg bij ministeriële regeling aangewezen functionele hulpmiddelen en verbandmiddelen. Bedoelde ministeriële regeling is de Rzv. In de artikelen 2.6 e.v. Rzv is de aanspraak op hulpmiddelenzorg verder uitgewerkt. De hulpmiddelen zijn in dat verband functioneel omschreven. De aanspraak op uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem is uitgewerkt op de pagina’s 19 tot en met 28 van het reglement. Hetgeen hier is beschreven is gebaseerd op artikel 2.6, onderdeel e, in samenhang met artikel 2.12, Rzv.
- 7.3. In zijn voorlopig advies van 2 april 2026 aan de commissie heeft het Zorginstituut uitgelegd dat uit artikel 2.12 Rzv volgt dat een aan functiebeperkingen aangepaste stoel een stoel is met aanpassingen, specifiek voor functiebeperkingen van het bewegingssysteem. Abductieklossen vallen onder de bedoelde aanpassingen. De abductieklossen moeten worden gebruikt voor een functiebeperking in het bewegingssysteem, bijvoorbeeld wanneer de adductiespiers van de benen een te hoge spierspanning hebben. De abductieklos zorgt dan voor een goede positionering van de benen, namelijk in een lichte spreiding. De aangepaste stoel voor verzekerde is aangevraagd vanwege de beperkingen die hij ondervindt vanwege zijn ontwikkelingsachterstand. Bij verzekerde is geen sprake van een stoornis in het bewegingssysteem. De gevraagde aanpassingen zijn bedoeld om goed en veilig in de stoel te blijven zitten, dus om verzekerde te fixeren. Door de abductieklossen en het werkblad kan worden voorkomen dat verzekerde uit de stoel kan klimmen. Hoewel een stoel met aanpassingen nodig is voor verzekerde om rustig en geconcentreerd te kunnen blijven zitten, is de gevraagde stoel geen aan functiebeperkingen van het bewegingssysteem aangepaste stoel. Het Zorginstituut komt tot de conclusie dat verzekerde niet voldoet aan de indicatievoorwaarden voor vergoeding van een aangepaste stoel vanuit de aanspraak hulpmiddelenzorg. Dit betekent dat verzekerde niet in aanmerking komt voor vergoeding van de aangevraagde stoel. De commissie ziet in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd, waaronder het belang dat de stoel voor verzekerde heeft, zoals vast en veilig kunnen zitten zonder dat hij wordt gefixeerd, de verbetering van de kijkafstand en de ervaring van meer vrijheid, geen grond om van het advies van het Zorginstituut af te wijken. Ook de medische problemen zoals de multifactoriële ontwikkelingsproblematiek, de visuele beperking en het te lage gewicht van verzekerde kunnen niet leiden tot afwijking van het advies van het Zorginstituut. De commissie neemt dit advies dan ook over. De commissie heeft begrip voor de wens van verzoekster, maar kan niet voorbijgaan aan de in dit verband van toepassing zijnde voorwaarden. De opmerking van verzoekster dat de aangepaste stoel door een andere verzekeraar wel was vergoed, leidt niet tot een andere uitkomst. Dat dit het geval zou zijn, is door verzoekster niet onderbouwd. Daarbij komt dat voor zover verzoekster stelt dat sprake is van rechtsongelijkheid, dit pas aan de orde is als gelijke gevallen ongelijk worden behandeld. Dit is door verzoekster niet aannemelijk gemaakt.

Slotsom

- 7.4. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 juni 2026,

L. Ritzema

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.9

1. Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, waarbij kan worden geregeld:
 - a. in welke gevallen de verzekerde recht heeft op die zorg;
 - b. vergoeding van bij die regeling aangewezen kosten in verband met thuisdialyse.
2. De kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

- (...)
- e. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, als omschreven in artikel 2.12;
- (...)

Artikel 2.12

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel e, omvatten:
 - a. hulpmiddelen ter correctie van gestoorde functies van het bewegingssysteem, aan beweging verwante functies of anatomische eigenschappen van structuren verwant aan beweging, toe te passen bij een ernstige aandoening, waarop de verzekerde permanent en niet uitsluitend bij sportactiviteiten is aangewezen.
 - b. hulpmiddelen, niet zijnde een hulpmiddel voor verzorging en verpleging op bed als omschreven in artikel 2.17, ter compensatie van beperkingen bij het:
 - 1°. lopen;
 - 2°. gebruiken van hand en arm;
 - 3°. veranderen en handhaven lichaamshouding;
 - 4°. zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang;
 - 5°. gebruik van communicatieapparatuur.
2. In het geval van rolstoelen, drempelhulpen, transferhulpmiddelen en hulpmiddelen voor het zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang gaat het om zorg voor een beperkte of onzekere duur.
3. De zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, omvat niet
 - a. hulpmiddelen die een compensatie bieden voor beperkingen bij het uitvoeren van huishoudelijke taken;
 - b. eenvoudige hulpmiddelen te gebruiken bij beperkingen bij het eten en drinken;
 - c. aan functiebeperkingen aangepaste stoelen, waarbij de aanpassing uitsluitend een sta-opsysteem betreft;
 - d. eenvoudige hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het lopen.
4. Voor ADL-honden geldt dat een tegemoetkoming kan worden verleend in de redelijk te achten gebruikskosten.

Controle van uw polisblad

U moet de gegevens op uw polisblad controleren.

Zijn de gegevens niet goed zijn of niet volledig? Dan moet u dit aan ons doorgeven. Dit moet binnen 30 dagen nadat u uw polisblad heeft ontvangen. Als wij binnen die tijd niets doorkrijgen dan gaan wij ervan uit dat deze gegevens juist en volledig zijn.

Uw verzekeringspasje

U ontvangt van ons een digitale verzekeringspas als uw verzekering is ingegaan. Als u deze digitale pas laat zien, kunt u de zorg krijgen waar u voor verzekerd bent. Wilt u toch een fysieke pas? Dan kunt u die bij ons aanvragen via de Mijn-omgeving of bij ons Klanten Contact Centrum. Op de achterkant is dit een European Health Insurance Card (EHIC), een Europese zorgpas. Meer informatie over de EHIC pas vindt u op onze website.

Als u collectief verzekerd bent, kan het zijn dat er aanvullende afspraken zijn gemaakt waardoor u ook een fysieke pas ontvangt. Dit kan een pasje zijn met of zonder EHIC.

Geldende verzekeringsvoorwaarden

Op uw polisblad staan de door u gekozen verzekeringen. De verzekeringsvoorwaarden die bij uw verzekeringen gelden, kunt u via de beveiligde 'Mijn omgeving' bekijken, downloaden en bewaren.

Als er nieuwe verzekeringsvoorwaarden zijn, vervallen de oude voorwaarden.

Vertaling van de verzekeringsvoorwaarden

De verzekeringsvoorwaarden zijn in het Nederlands maar we hebben ook vertalingen. Als er verschil is tussen de inhoud en uitleg van de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden en een vertaling dan gelden de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden.

Als verzekeringsvoorwaarden afwijken van de wet

De verzekeringsvoorwaarden en bijlagen die bij uw verzekering horen, komen overeen met geldende wetgeving.

Verandert de wetgeving? Vervalt een wet of komt er een nieuwe wet? Ontstaat er daardoor of is er een verschil tussen de verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving? Dan gelden de meest recente wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie en niet de verzekeringsvoorwaarden.

Lidmaatschap

Bij de aanvraag van uw basisverzekering vraagt u automatisch voor iedere verzekerde ook een lidmaatschap aan van de Onderlinge Waarborg Maatschappij CZ Groep U.A. Het bestuur accepteert deze aanvraag altijd.

Vanaf de ingangsdatum van uw basisverzekering zijn alle verzekerden lid van deze onderlinge waarborgmaatschappij.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

Algemene en specifieke eisen

De zorg die u krijgt, moet voldoen aan bepaalde algemene eisen. Specifieke eisen die niet voor alle soorten zorg gelden, staan bij de betreffende zorg.

Dit zijn de algemene eisen voor alle soorten zorg:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen. Wat betekent dit? Zorgverleners binnen een beroepsgroep verlenen eenzelfde soort zorg bij bepaalde klachten en ziektes. Die zorg hoort dan tot het deskundigheidsgebied van die beroepsgroep. Het is verzekerde zorg die is omschreven in uw verzekeringsvoorwaarden.

- De inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Of worden bepaald door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Wat betekent dit? Er moet genoeg bewijs zijn dat de zorg die u krijgt goed en veilig is. Ook op de lange termijn. Het gaat daarbij om medisch, wetenschappelijk objectief bewijs. Als het nodig is kijken we ook naar de specifieke situatie. Voor zorg uit uw aanvullende verzekering is medisch, wetenschappelijk objectief bewijs niet nodig. De omvang van de zorg staat in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook in andere communicatiemiddelen kunt u lezen tot hoeveel u vergoed krijgt. Bij de betreffende zorg staat het verzekerde maximale bedrag, aantal of de periode. We vergoeden nooit meer dan wat op de nota staat.
- Op grond van uw medische indicatie bent u naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op de betreffende zorg. En de zorg moet doelmatig en passend in uw individuele situatie zijn. Wat betekent dit? Het moet logisch zijn dat u met uw klachten of ziekte die betreffende zorg krijgt: er moet dus een medische indicatie zijn die past bij de zorg die u krijgt. Nieuwe technische ontwikkelingen vormen geen reden voor vervanging van een hulpmiddel binnen de gebruikstermijn.
- De zorg mag niet onnodig duur zijn en ook niet onnodig uitgebreid of veel. Als de zorg te duur of te uitgebreid is, dan is die zorg in uw situatie niet doelmatig. De zorg valt dan niet onder uw basisverzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt.

Zorgbemiddeling

Kunt u zorg die u medisch gezien nodig heeft niet goed of niet op tijd krijgen? Of is kwalitatief goede, veilige zorg alleen ver weg van uw woonplaats (of vaste verblijfplaats)? Dan heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Wij zoeken voor u waar de betreffende zorg binnen een acceptabele tijd beschikbaar is. Meer informatie over zorgadvies en zorgbemiddeling vindt u op onze website.

Werelddekking

Uw verzekering heeft een werelddekking.

A.4. Begin en duur van uw verzekering

Ingang van uw verzekering en adres

U kunt zich bij ons aanmelden voor een basisverzekering en een of meer aanvullende verzekeringen. Uw verzekering gaat in op de datum dat wij uw aanvraag ontvangen. Of op een latere datum als u daar om vraagt.

In uw aanvraag staat uw adres zoals dat in de Basisregistratie Personen staat.

Staat uw adres niet in de Basisregistratie Personen of staat daar een verkeerd adres? Dan gaat uw verzekering alleen in als u er niets aan kunt doen dat het adres waar u woont anders is dan het adres dat in de Basisregistratie Personen staat. U moet ons dan wel een goede uitleg en reden sturen die wij kunnen aannemen.

Afwijkend adres

Is het adres dat u aan ons doorgeeft bij uw aanvraag anders dan het adres dat staat in de Basisregistratie Personen? Dan hebben wij van u nodig:

- een verklaring van uw werkgever of een salarisafschrift van maximaal één maand oud met daarop:
 - de ingangsdatum van uw dienstverband;
 - inhouding van loonbelasting omdat u in Nederland of op het continentaal plat werkt (als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg).
- of een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank dat u verzekerd bent volgens de Wet langdurige zorg.

Vergoeding	100%. - Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt geen eigen risico	- Dit is afhankelijk van de door u gekozen zorgverzekering. - Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt geen eigen risico.
Vergoeding Vervanging/reparatie		
Bijzonderheden		

Aangepaste stoelen

	Gecontracteerde hulpmiddelenleverancier	Niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier
Voorwaarden & uitsluitingen	- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u: - U bent beperkt in het zitten. - Aanvullende voorwaarden voor een aangepaste stoel: - stoel met normale ergonomische eisen volstaat niet; en - er is niet alleen sprake van vetzucht, reuzen- of dwerggroei; en - de stoel heeft een specifieke polstering of abductiebalk of arthrodesezitting of pelottes voor zijwaartse steun (meerdere aanpassingen mag ook) Wat krijgt u niet vergoed? - Seniorenstoel, stoel met uitsluitend een sta-op-functie en andere stoel voor bepaalde leeftijdsgroep. - Stoel uitsluitend bedoeld om te fixeren of om onrust te minimaliseren.	
Voorschrijver	- Revalidatiearts, Reumatoloog, orthopeed of neuroloog met een adviesrapport van de ergotherapeut. - Voor kinderstoel: huisarts, ergotherapeut of medisch specialist.	
Eigendom of bruikleen	U krijgt dit hulpmiddel in bruikleen.	
Voorafgaande toestemming van zorgverzekeraar/offerte van leverancier nodig	- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig. - Voor een kinderstoel heeft u toestemming van ons nodig.	U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
Verplichte kwaliteitseisen hulpmiddelenleverancier	Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg.	
Vergoeding	100% - Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt geen eigen risico. Voor de kosten van het gebruik en verbruiksartikelen bij het hulpmiddel geldt wel eigen risico	- Dit is afhankelijk van de door u gekozen zorgverzekering. - Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt geen eigen risico. Voor de kosten van het gebruik en verbruiksartikelen bij het hulpmiddel geldt wel eigen risico
Vergoeding Vervanging/reparatie		
Bijzonderheden		

Rolstoelen

	Gecontracteerde hulpmiddelenleverancier	Niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier
Voorwaarden & uitsluitingen	- Het gebruik is voor een beperkte of onzekere duur. - Bij langdurig gebruik is het hulpmiddel een verstrekking via de Wlz, WMO of UWV en dus niet vanuit uw zorgverzekering.	
Voorschrijver	- Behandelend arts (specialist/huisarts) (wijk/transfer) verpleegkundige. - Verpleegkundig specialist ouderengeneeskunde. - Physician assistant. - Ergotherapeut.	
Eigendom of bruikleen	U krijgt dit hulpmiddel in bruikleen.	
Voorafgaande toestemming van zorgverzekeraar/offerte van leverancier nodig	Voor deze verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig.	U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Hulpmiddelen

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Haarwerken/pruiken (artikel B.17.6.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Haarwerken/pruiken

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van € 482,50 maximaal voor haarwerken/pruiken.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U lijdt aan gehele of gedeeltelijke kaalheid door een medische aandoening of medische behandeling.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie
Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De hulpmiddelenleverancier let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.
Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.
- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel
Dit betekent dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruiksinstructie en kunnen toebehoren nodig zijn voor het functioneren.
Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn. Ook kan vergoeding of verstrekking van een reserve hulpmiddel worden gegeven als dat redelijkerwijs noodzakelijk is. U moet steeds de beschikking hebben over een werkend, adequaat hulpmiddel; de hulpmiddelenleverancier stelt vast of dit zo is.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Behandelend arts

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig

- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg
- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier moet erkend zijn volgens de Erkenningsregeling Haarwerken van SEMH of ANKO sectie haarwerken.
SEHM is Stichting Erkenningsregeling Medische Hulpmiddelen. ANKO is Algemene Nederlandse Kappers Organisatie.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Haarwerk bij klassieke mannelijke kaalheid (alopecia androgenetica)

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:

- [Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Hoortoestellen (artikel B.17.8.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Hoortoestellen

Wat is uw vergoeding?

- U bent jonger dan 18 jaar: vergoeding van 100% voor hoortoestellen.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U heeft een revalideerbaar oor met een drempelverlies van minstens 35dB.
Deze waarde is verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen.
 - U lijdt aan ernstig oorsuizen.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het audiogram is niet ouder dan 12 maanden
- Het hulpmiddel moet aangemeten zijn volgens de meest recente versie van het Hoorprotocol
- Het hoortoestel is opgenomen in de landelijke hoortoestellendatabase
U kunt in aanmerking komen voor een hoortoestel dat niet in de landelijke hoortoestellendatabase is opgenomen, als:
 - er tenminste 2 verschillende toestellen uit deze database uitgetest zijn en

- er een adequate motivatie van de audicien of audioloog is waaruit blijkt dat een toestel binnen de database voor u niet voldoet.
- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie
Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De hulpmiddelenleverancier let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.
Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.
- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel
Onder functionerend hulpmiddel verstaan wij dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruikersinstructie en kunnen batterijen of oplaadapparatuur en toebehoren nodig zijn voor het functioneren.
Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn.
- U kunt uw hoortoestel normaal gesproken minimaal 5 jaar gebruiken.
Zijn er binnen deze 5 jaar aanpassingen of reparaties nodig aan uw hoortoestel? Neem dan contact op met de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier die het toestel aan u heeft geleverd. Wij hebben met hem afspraken gemaakt over de kosten van reparatie of aanpassing binnen deze periode.
Gaat u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier? U bent zelf verantwoordelijk voor aanpassingen en reparaties binnen deze periode.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tot 18 jaar: Audiologisch centrum
- Van 18 tot 67 jaar bij hoortoestel-dragenden: triage audicien die geregistreerd is bij het StAr en/of het CvC Audiciensregister
- Van 18 tot 67 jaar bij niet-hoortoestel-dragenden: kno-arts of audiologisch centrum
- Vanaf 67 jaar: triage audicien die geregistreerd is bij het StAr en/of het CvC Audiciensregister

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- Voor een hoortoestel dat niet in de landelijke hoortoestellendatabase is opgenomen, heeft u toestemming van ons nodig
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg
- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier is een triage audicien die geregistreerd is bij het StAr of het CvC Audiciensregister
Deze hulpmiddelenleverancier werkt volgens de meest recente versie van het Hoorprotocol.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Vervanging van
 - batterijen;
 - accu's;
 - accessoires, behalve als deze nodig zijn voor het functioneren van het hulpmiddel.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:

- [Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Hoortoestellen (artikel B.17.8.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Hoortoestellen

Wat is uw vergoeding?

- U bent 18 jaar of ouder: vergoeding van 75% voor hoortoestellen.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Een wettelijke eigen bijdrage van 25%
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U heeft een revalideerbaar oor met een drempelverlies van minstens 35dB.
Deze waarde is verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen.
 - U lijdt aan ernstig oorsuizen.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het audiogram is niet ouder dan 12 maanden
- Het hulpmiddel moet aangemeten zijn volgens de meest recente versie van het Hoorprotocol
- Het hoortoestel is opgenomen in de landelijke hoortoestellendatabase
U kunt in aanmerking komen voor een hoortoestel dat niet in de landelijke hoortoestellendatabase is opgenomen, als:
 - er tenminste 2 verschillende toestellen uit deze database uitgetest zijn en
 - er een adequate motivatie van de audicien of audioloog is waaruit blijkt dat een toestel binnen de database voor u niet voldoet.
- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie
Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De hulpmiddelenleverancier let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.
Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.
- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel
Onder functionerend hulpmiddel verstaan wij dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruikersinstructie en kunnen batterijen of oplaadapparatuur en toebehoren nodig zijn voor het functioneren.
Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn.
- U kunt uw hoortoestel normaal gesproken minimaal 5 jaar gebruiken.
Zijn er binnen deze 5 jaar aanpassingen of reparaties nodig aan uw hoortoestel? Neem dan contact op met de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier die het toestel aan u heeft geleverd. Wij hebben met hem afspraken gemaakt over de kosten van reparatie of aanpassing binnen deze periode.
Gaat u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier? U bent zelf verantwoordelijk voor aanpassingen en reparaties binnen deze periode.

- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tot 18 jaar: Audiologisch centrum
- Van 18 tot 67 jaar bij hoortoestel-dragenden: triage audicien die geregistreerd is bij het StAr en/of het CvC Audiciensregister
- Van 18 tot 67 jaar bij niet-hoortoestel-dragenden: kno-arts of audiologisch centrum
- Vanaf 67 jaar: triage audicien die geregistreerd is bij het StAr en/of het CvC Audiciensregister

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- Voor een hoortoestel dat niet in de landelijke hoortoestellendatabase is opgenomen, heeft u toestemming van ons nodig
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg
- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier is een triage audicien die geregistreerd is bij het StAr of het CvC Audiciensregister
Deze hulpmiddelenleverancier werkt volgens de meest recente versie van het Hoorprotocol.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Vervanging van
 - batterijen;
 - accu's;
 - accessoires, behalve als deze nodig zijn voor het functioneren van het hulpmiddel.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:

- [Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Overige hulpmiddelen: Ringleidingen, infraroodapparatuur, FM-apparatuur en streamers (artikel B.17.8.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Ringleidingen, infraroodapparatuur, FM-apparatuur en streamers

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor overige hulpmiddelen: Ringleidingen, infraroodapparatuur, FM-apparatuur en streamers.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U heeft een revalideerbaar oor met een drempelverlies van minstens 35dB.
Deze waarde is verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen.
 - U lijdt aan ernstig oorsuizen.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het audiogram is niet ouder dan 12 maanden
- Het hulpmiddel moet aangemeten zijn volgens de meest recente versie van het Hoorprotocol
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tot 18 jaar: Audiologisch centrum
- Van 18 tot 67 jaar bij hoortoestel-dragenden: triage audicien die geregistreerd is bij het StAr en/of het CvC Audiciensregister
- Van 18 tot 67 jaar bij niet-hoortoestel-dragenden: kno-arts of audiologisch centrum
- Vanaf 67 jaar: triage audicien die geregistreerd is bij het StAr en/of het CvC Audiciensregister

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- U heeft toestemming van ons nodig als er een extra voorziening nodig is
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg
- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier is een triage audicien die geregistreerd is bij het StAr of het CvC Audiciensregister
Deze hulpmiddelenleverancier werkt volgens de meest recente versie van het Hoorprotocol.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:

- [Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Absorberend incontinentiemateriaal (artikel B.17.9.)**Voor welke zorg bent u verzekerd?**

- Absorberend incontinentiemateriaal

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor absorberend incontinentiemateriaal.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U bent 3 of 4 jaar oud en heeft een niet-fysiologische (niet-natuurlijke) vorm van incontinentie.
 - U bent 5 jaar of ouder en heeft langdurig of chronisch ongewild verlies van urine of ontlasting. Deze incontinentie geneest niet binnen korte tijd vanzelf en kan niet binnen redelijke tijd voldoende behandeld worden. Ook bekkenbodemspieroefeningen of blaastrainingen (bekkenbodetherapie) helpen niet.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie
Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De hulpmiddelenleverancier let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.
Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.
- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel
Dit betekent dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruiksinstructie en kunnen toebehoren nodig zijn voor het functioneren.
Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn. Ook kan vergoeding of verstrekking van een reserve hulpmiddel worden gegeven als dat redelijkerwijs noodzakelijk is. U moet steeds de beschikking hebben over een werkend, adequaat hulpmiddel; de hulpmiddelenleverancier stelt vast of dit zo is.
- Als bekkenbodetherapie zou kunnen helpen bij uw vorm van incontinentie dan is vergoeding pas mogelijk op het moment dat u met deze therapie start
Afhankelijk van de aard van de incontinentie, kan bekkenbodetherapie uw klachten verhelpen. Absorberende incontinentiematerialen die u op uw lichaam draagt kunnen we akkoord geven als u ook daadwerkelijk bereid bent deze therapie te volgen. Het moet dan wel gaan om situaties waarin het volgen van deze therapie redelijkerwijs van u verlangd mag worden. Bent u hier niet toe bereid dan bent u niet aangewezen op incontinentiemateriaal want dan is dit niet doelmatig.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts
- Medisch specialist
- Physician assistant
- Verpleegkundig specialist Master niveau 6
- UCS verpleegkundige HBO 6
Deze zorgverlener mag een verwijfsbrief schrijven, maar mag niet de aard van de behandeling bepalen.
- Continentieverpleegkundige MBO 4
Deze zorgverlener mag een verwijfsbrief schrijven, maar mag niet de aard van de behandeling bepalen.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste levering voor kinderen tussen de 3 en 5 jaar oud heeft u toestemming van ons nodig

- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg

Wat krijgt u niet vergoed?

- Schoonmaak- en geurmiddelen
- Huidbeschermende middelen
- Kleding (behalve netbroekjes)
- Plaswekker voor behandeling van enuresis nocturna (nachtelijk bedplassen)
- Beschermende onderleggers (behalve bij een bijzondere individuele zorgvraag)
- Incontinentiemateriaal bij enuresis nocturna (nachtelijk bedplassen)
- Incontinentiemateriaal bij kortdurende incontinentie
Bijvoorbeeld na een operatie, zwangerschap of blaasontsteking.
- Kinderen tot 3 jaar hebben nooit recht op vergoeding

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:

- [Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Stomamateriaal (artikel B.17.9.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Stomamateriaal

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor stomamateriaal.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?

- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Medisch specialist
- Stomaverpleegkundige

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig

- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg
- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier heeft minimaal een SEMH certificaat onderdeel DISW-s

Wat krijgt u niet vergoed?

- Schoonmaak- en geurmiddelen
- Kleding
- Beschermende onderleggers (behalve bij een bijzondere individuele zorgvraag)

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:

- [Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Katheters met toebehoren (artikel B.17.9.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Katheters met toebehoren
Klinisch ingebrachte katheters vallen onder de bekostiging van het ziekenhuis.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor katheters met toebehoren.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?

- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts
- Medisch specialist
- Physician assistant
- Verpleegkundig specialist Master niveau 6
- UCS verpleegkundige HBO 6
Deze zorgverlener mag een verwijfsbrief schrijven, maar mag niet de aard van de behandeling bepalen.
- Continentieverpleegkundige MBO 4
Deze zorgverlener mag een verwijfsbrief schrijven, maar mag niet de aard van de behandeling bepalen.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg

Wat krijgt u niet vergoed?

- Schoonmaak- en geurmiddelen
- Huidbeschermende middelen
- Kleding (behalve netbroekjes)
- Beschermende onderleggers (behalve bij een bijzondere individuele zorgvraag)
- Incontinentiemateriaal bij kortdurende incontinentie
Bijvoorbeeld na een operatie, zwangerschap of blaasontsteking.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:

- [Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Trippelstoel (artikel B.17.10.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Trippelstoel

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor trippelstoel.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt geen eigen risico. Voor de kosten van het gebruik en verbruiksartikelen bij het hulpmiddel geldt wel eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U kunt zich alleen zittend verplaatsen en u heeft een gestoorde hand- of armfunctie waardoor het gebruik van andere loophulpmiddelen niet mogelijk is.
 - U kunt zich niet zonder gebruik van handen staande houden.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een trippelstoel kan ingezet worden voor beperkte of onzekere duur of voor langdurig gebruik
- Alleen voor gebruik binnenshuis

- U krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Trippelstoel voor beperkte of onzekere duur:
 - behandelend arts (specialist/huisarts)
 - (wijk/transfer) verpleegkundige
 - verpleegkundig specialist
 - physician assistant
 - ergotherapeutEen rapportage van een ergotherapeut is niet nodig.
- Trippelstoel voor langdurig gebruik:
 - Behandelend arts met adviesrapportage van ergotherapeut
 - Physician assistant met adviesrapportage van ergotherapeut
 - Verpleegkundig specialist ouderengeneeskunde met adviesrapportage van ergotherapeut
 - Ergotherapeut met adviesrapportage van ergotherapeut.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft toestemming van ons nodig voor een trippelstoel voor langdurig gebruik
- Voor kortdurend gebruik bepaalt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of aan de voorwaarden wordt voldaan
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg

Wat krijgt u niet vergoed?

- Gebruik bij uitsluitend sta-problemen

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:

- [Hulpmiddelen in bruikleen](#) (begrippen)

Orthopedische schoenen (artikel B.17.10.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Orthopedische schoenen

Wat is uw vergoeding?

- U bent jonger dan 16 jaar: vergoeding van 100% voor orthopedische schoenen.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage € 67,- per paar

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?

- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie
Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De hulpmiddelenleverancier let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.
Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.
- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel
Dit betekent dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruiksinstructie en kunnen toebehoren nodig zijn voor het functioneren.
Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn. Ook kan vergoeding of verstrekking van een reserve hulpmiddel worden gegeven als dat redelijkerwijs noodzakelijk is. U moet steeds de beschikking hebben over een werkend, adequaat hulpmiddel; de hulpmiddelenleverancier stelt vast of dit zo is.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Bij laagcomplexe zorg: huisarts of podotherapeut
- Bij hoogcomplexe zorg: orthopedisch chirurg, revalidatiearts, reumatoloog, specialist ouderengeneeskunde, physician assistant of verpleegkundig specialist

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- U heeft toestemming van ons nodig bij vroegtijdige vervanging
- U heeft toestemming van ons nodig voor voorlopige orthopedische schoenen (VLOS)
- U heeft toestemming van ons nodig bij overige aanpassingen aan gewone (confectie)schoenen (OVAC) boven de € 400,-
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg
- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier moet erkend zijn volgens de Erkenningsregeling Orthopedische Schoentechnische Bedrijven (OSB)

Wat krijgt u niet vergoed?

- Werkschoenen
- Hulpmiddelen die alleen bij sporten gebruikt worden.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:

- [Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Orthopedische schoenen (artikel B.17.10.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Orthopedische schoenen

Wat is uw vergoeding?

- U bent 16 jaar of ouder: vergoeding van 100% voor orthopedische schoenen.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage € 134,- per paar
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?

- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie
Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De hulpmiddelenleverancier let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.
Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.
- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel
Dit betekent dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruiksinstructie en kunnen toebehoren nodig zijn voor het functioneren.
Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn. Ook kan vergoeding of verstrekking van een reserve hulpmiddel worden gegeven als dat redelijkerwijs noodzakelijk is. U moet steeds de beschikking hebben over een werkend, adequaat hulpmiddel; de hulpmiddelenleverancier stelt vast of dit zo is.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Bij laagcomplexe zorg: huisarts of podotherapeut
- Bij hoogcomplexe zorg: orthopedisch chirurg, revalidatiearts, reumatoloog, specialist ouderengeneeskunde, physician assistant of verpleegkundig specialist

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- U heeft toestemming van ons nodig bij vroegtijdige vervanging
- U heeft toestemming van ons nodig voor voorlopige orthopedische schoenen (VLOS)
- U heeft toestemming van ons nodig bij overige aanpassingen aan gewone (confectie)schoenen (OVAC) boven de € 400,-
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg
- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier moet erkend zijn volgens de Erkenningsregeling Orthopedische Schoentechnische Bedrijven (OSB)

Wat krijgt u niet vergoed?

- Werkschoenen

- Hulpmiddelen die alleen bij sporten gebruikt worden.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:

- [Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Brillenglazen en filterglazen (artikel B.17.11.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Brillenglazen
- Filterglazen
Dit zijn speciale, gekleurde glazen met een medische filter die bepaalde delen van licht filteren, maar geen zonnebrillen. U heeft hiervoor een medische indicatie nodig.

Wat is uw vergoeding?

- U bent jonger dan 18 jaar: vergoeding van 100% voor brillenglazen en filterglazen.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage € 64,- per kalenderjaar bij eenzijdige aanpassing
- Wettelijke eigen bijdrage € 128,- per kalenderjaar bij tweezijdige aanpassing
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U heeft een medische indicatie voor lenzen maar het dragen van lenzen is niet wenselijk, zoals bijvoorbeeld:
 - een hoge refractieafwijking (>10 dioptrie);
 - grote verschillen in sterkte tussen linker- en rechteroog (>4 dioptrie);
 - sterke cilindervorming (>4 dioptrie);
 - keratoconus en hoornvliestransplantatie.
 - U heeft een pathologische myopie met een refractieafwijking van ten minste -6 dioptrieën.
 - U heeft een operatie aan één of beide ogen ondergaan wegens een lensafwijking.
 - U heeft een zuivere accommodatieve esotropie.

Wat zijn de voorwaarden?

- Brillenglazen en filterglazen zijn op sterkte en dienen voor visuscorrectie
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- U heeft een verwijzing met medische diagnose van een oogarts nodig

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft toestemming van ons nodig voor de eerste verstrekking

- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg
- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier moet een opticien zijn met een diploma orthoptist of optometrist

Wat krijgt u niet vergoed?

- Brilmontuur
- Meekleurende glazen, zonnebrilglazen
- Bewerkingen van het glas zoals coatings en ontspiegeling
- Preventieve inzet bij de behandeling van pathologische myopie waarbij de refractieafwijking minder is dan -6 dioptrie

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:

- [Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Lenzen (met visuscorrectie) (artikel B.17.11.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Contactlenzen met visuscorrectie
- Scleralenzen met visuscorrectie
Een scleralens is een grote harde lens in de vorm van een hoedje. De lens rust op het oogwit en maakt geen contact met het hoornvlies, zoals normale lenzen dat wel doen. U heeft hiervoor een medische indicatie nodig.
- Bandagelenzen met visuscorrectie
Dit zijn speciale lenzen om het oog te beschermen. De lenzen blijven, tenzij anders aangegeven, gedurende een bepaalde periode dag en nacht in uw oog. U heeft hiervoor een medische indicatie nodig.
- Gekleurde en ingekleurde contactlenzen
Dit zijn speciale handgekleurde en op maat gemaakte contactlenzen. U heeft hiervoor een medische indicatie nodig. Gekleurde lenzen voor cosmetische doeleinden vallen hier niet onder.
- Daglenzen
Maar alleen als een ander type lens om medische reden niet mogelijk is.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor lenzen (met visuscorrectie).
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage € 64,- per kalenderjaar bij eenzijdige aanpassing
- Wettelijke eigen bijdrage € 128,- per kalenderjaar bij tweezijdige aanpassing

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een medische aandoening of trauma waarbij met lenzen meer verbetering mogelijk is dan met brillenglazen. Het gaat om verbetering in gezichtsscherpte of kwaliteit van visus bij bijvoorbeeld:
 - een hoge refractieafwijking (± 10 dioptrie);
 - grote verschillen in sterkte tussen linker- en rechteroog (± 4 dioptrie);
 - sterke cilindervorming (± 4 dioptrie);
 - keratoconus en hoornvliestransplantatie.

Wat zijn de voorwaarden?

- Contactlenzen, scleralenzen en bandagelenzen zijn op sterkte en dienen voor visuscorrectie
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- U heeft een verwijzing met medische diagnose van een oogarts nodig

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking van bandagelenzen of contactlenzen bij bepaalde indicaties heeft u toestemming van ons nodig
Uw hulpmiddelenleverancier informeert u hier verder over.
- Voor de eerste levering van scleralenzen, gekleurde en ingekleurde contactlenzen beoordeelt een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg
- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier moet een opticien zijn met een diploma contactlensspecialist of optometrist

Wat krijgt u niet vergoed?

- Preventieve inzet bij de behandeling van pathologische myopie waarbij de refractieafwijking minder is dan -6 dioptrie

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:

- [Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Lenzen (met visuscorrectie) (artikel B.17.11.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Contactlenzen met visuscorrectie
- Scleralenzen met visuscorrectie
Een scleralens is een grote harde lens in de vorm van een hoedje. De lens rust op het oogwit en maakt geen contact met het hoornvlies, zoals normale lenzen dat wel doen. U heeft hiervoor een medische indicatie nodig.

- Bandagellenzen met visuscorrectie
Dit zijn speciale lenzen om het oog te beschermen. De lenzen blijven, tenzij anders aangegeven, gedurende een bepaalde periode dag en nacht in uw oog. U heeft hiervoor een medische indicatie nodig.
- Gekleurde en ingekleurde contactlenzen
Dit zijn speciale handgekleurde en op maat gemaakte contactlenzen. U heeft hiervoor een medische indicatie nodig. Gekleurde lenzen voor cosmetische doeleinden vallen hier niet onder.
- Daglenzen
Maar alleen als een ander type lens om medische reden niet mogelijk is.

Wat is uw vergoeding?

- U bent jonger dan 18 jaar: vergoeding van 100% voor lenzen (met visuscorrectie).
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage € 64,- per kalenderjaar bij eenzijdige aanpassing
- Wettelijke eigen bijdrage € 128,- per kalenderjaar bij tweezijdige aanpassing
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U heeft een medische aandoening of trauma waarbij met lenzen meer verbetering mogelijk is dan met brillenglazen. Het gaat om verbetering in gezichtsscherpte of kwaliteit van visus bij bijvoorbeeld:
 - een hoge refractieafwijking (>10 dioptrie);
 - grote verschillen in sterkte tussen linker- en rechteroog (>4 dioptrie);
 - sterke cilindervorming (>4 dioptrie);
 - keratoconus en hoornvliestransplantatie.
 - U heeft een pathologische myopie met een refractieafwijking van ten minste -6 dioptrieën.

Wat zijn de voorwaarden?

- Contactlenzen, scleralenzen en bandagellenzen zijn op sterkte en dienen voor visuscorrectie
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- U heeft een verwijzing met medische diagnose van een oogarts nodig

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking van bandagellenzen of contactlenzen bij bepaalde indicaties heeft u toestemming van ons nodig
Uw hulpmiddelenleverancier informeert u hier verder over.
- Voor de eerste levering van scleralenzen, gekleurde en ingekleurde contactlenzen beoordeelt een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg
- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier moet een opticien zijn met een diploma contactlensspecialist of optometrist

Wat krijgt u niet vergoed?

- Preventieve inzet bij de behandeling van pathologische myopie waarbij de refractieafwijking minder is dan -6 dioptrie

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:

- [Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Pessaria (artikel B.17.13.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Pessaria

Wat is uw vergoeding?

- U bent jonger dan 21 jaar: vergoeding van 100% voor pessaria.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?

- Uw huisarts plaatst het anticonceptiehulpmiddel
Als een medisch specialist het hulpmiddel plaatst, valt het onder het artikel 'Medisch specialistische zorg'.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Behandelend arts

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:

- [Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Spiraaltje (artikel B.17.13.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Spiraaltje

Wat is uw vergoeding?

- U bent jonger dan 21 jaar: vergoeding van 100% voor spiraaltje.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?

- Uw huisarts plaatst het anticonceptiehulpmiddel
Als een medisch specialist het hulpmiddel plaatst, valt het onder het artikel 'Medisch specialistische zorg'.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Behandelend arts

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:

- [Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Bloedglucosemeter (artikel B.17.19.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Bloedglucosemeter

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor bloedglucosemeter.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U bent insuline afhankelijk of nagenoeg uitbehandeld met bloedsuikerverlagende orale middelen.

Wat zijn de voorwaarden?

- Bloedglucosemeter moet voldoen aan de eisen uit het consensusdocument kwaliteitscriteria voor optimale en doelmatige inzet diabeteshulpmiddelen
Bloedglucosemeter van niet gecontracteerde hulpmiddelenleverancier moet voldoen aan de norm: norm ISO 15197:2013.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts
- Kinderarts
- Internist
- Endocrinoloog
- Diabetoloog

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg
- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier heeft minimaal een SEMH certificaat onderdeel DISW-d

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:

- [Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Insulinepomp en toebehoren (artikel B.17.19.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Insulinepomp en toebehoren

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor insulinepomp en toebehoren.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?

- Afhankelijk van het hulpmiddel krijgt u dit in bruikleen of in eigendom

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Kinderarts
- Internist
- Endocrinoloog
- Diabetoloog

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg
- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier heeft minimaal een SEMH certificaat onderdeel DISW-d

Wat krijgt u niet vergoed?

- Vervanging van
 - batterijen;
 - accu's;
 - accessoires, behalve als deze nodig zijn voor het functioneren van het hulpmiddel.
- Pomphouder, pomptasje of beschermhoesje
U krijgt dit bij eerste levering, daarna is het voor eigen rekening of is het service van de productleverancier.
- Een nieuw hulpmiddel binnen de gebruikstermijn omdat er nieuwe technische ontwikkelingen zijn

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:

- [Hulpmiddelen in bruikleen](#) (begrippen)
- [Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Vingerprikapparatuur voor zelf afnemen van bloed (artikel B.17.19.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Vingerprikapparatuur voor zelf afnemen van bloed

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor vingerprikapparatuur voor zelf afnemen van bloed.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U bent insuline afhankelijk of nagenoeg uitbehandeld met bloedsuikerverlagende orale middelen.

Wat zijn de voorwaarden?

- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts
- Kinderarts
- Internist
- Endocrinoloog
- Diabetoloog

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg
- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier heeft minimaal een SEMH certificaat onderdeel DISW-d

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:

- [Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Teststrips (artikel B.17.19.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Teststrips

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor teststrips.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U bent insuline afhankelijk of nagenoeg uitbehandeld met bloedsuikerverlagende orale middelen.

Wat zijn de voorwaarden?

- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts
- Kinderarts
- Internist
- Endocrinoloog
- Diabetoloog

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg
- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier heeft minimaal een SEMH certificaat onderdeel DISW-d

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:

- [Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Injectiemateriaal voor het toedienen van insuline (artikel B.17.19.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Injectiemateriaal voor het toedienen van insuline

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor injectiemateriaal voor het toedienen van insuline.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U bent insuline afhankelijk of nagenoeg uitbehandeld met bloedsuikerverlagende orale middelen.

Wat zijn de voorwaarden?

- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts
- Kinderarts
- Internist
- Endocrinoloog
- Diabetoloog

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier heeft minimaal een SEMH certificaat onderdeel DISW-d
- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:

- [Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Glucose monitor: Flash Glucose Monitoring (FGM) (artikel B.17.19.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Glucose monitor: Flash Glucose Monitoring (FGM)

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor glucose monitor: Flash Glucose Monitoring (FGM).
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U heeft diabetes mellitus type 1.
 - U heeft diabetes mellitus type 2 met een intensief insulineschema.
 - U heeft diabetes mellitus type 2 en bent zwanger.
U gebruikt wel insuline maar heeft geen intensief insulineschema.
 - U heeft preconceptionele diabetes type 2 en een zwangerschapswens.
U gebruikt wel insuline maar heeft geen intensief insulineschema.

Wat zijn de voorwaarden?

- De voorwaarden van het meest recente ZN formulier zijn het uitgangspunt
- Als u kunt aantonen dat u geen geschikte telefoon heeft, is vergoeding van een reader mogelijk
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts
- Kinderarts
- Internist
- Endocrinoloog
- Diabetoloog

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg
- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier heeft minimaal een SEMH certificaat onderdeel DISW-d

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:

- [Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Glucose monitor: Real time Continue Glucose Monitoring (rt-CGM) (artikel B.17.19.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Glucose monitor: Real time Continu Glucose Monitoring (rt-CGM)

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor glucose monitor: Real time Continue Glucose Monitoring (rt-CGM).
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U heeft diabetes mellitus type 1 en bent jonger dan 18 jaar.
 - U heeft slecht ingestelde diabetes type 1: ondanks standaard controle heeft u een blijvend hoog HbA1c (meer dan 8% of hoger dan 64 mmol/mol).
 - U heeft diabetes mellitus type 1 of 2 en bent zwanger.
 - U heeft preconceptionele diabetes type 1 of 2 en een zwangerschapswens.
 - U heeft diabetes mellitus type 1 en ernstige hypoglykemieën en/of u bent ongevoelig om hypoglykemieën waar te nemen (hypo-unawareness).

Wat zijn de voorwaarden?

- De voorwaarden van het meest recente ZN formulier zijn het uitgangspunt
- Als u kunt aantonen dat u geen geschikte telefoon heeft, is vergoeding van een reader mogelijk
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Kinderarts
- Internist
- Endocrinoloog
- Diabetoloog

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig

- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg
- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier heeft minimaal een SEMH certificaat onderdeel DISW-d

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:

- [Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Persoonsalarmering (artikel B.17.23.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Persoonsalarmering

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor persoonsalarmering.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt geen eigen risico. Voor de kosten van het gebruik en verbruiksartikelen bij het hulpmiddel geldt wel eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Alle onderstaande medische indicaties of situaties gelden voor u:
 - U heeft een lichamelijke handicap en medische noodzaak tot directe medische of technische hulp van buitenaf in geval van nood.
 - U bent voor langere tijd op uzelf aangewezen.
 - In nood kunt u de telefoon niet zelfstandig bedienen.

Wat zijn de voorwaarden?

- U krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Behandelend arts

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft toestemming van ons nodig voor de eerste verstrekking

- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg
- Een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft het certificaat Ketenkeurmerk Persoonsgebonden Alarmeringsdiensten.
Deze hulpmiddelenleverancier is volgens dit keurmerk van WDTM-QAEH gecertificeerd voor minimaal de rol van Aanbieder. Hij werkt samen met partijen die gecertificeerd zijn voor de rol van Leverancier (fabrikant), Installateur en Zorgcentrale binnen dit keurmerk. Deze samenwerking is contractueel vastgelegd en aantoonbaar aan ons.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Abonnementskosten voor (professionele) alarmopvolging van de alarmcentrale
- De alarmeringsapparatuur als u een Wlz-indicatie heeft

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:

- [Hulpmiddelen in bruikleen](#) (begrippen)

Kortdurend verblijf in een instelling

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Kortdurend verblijf in een instelling (artikel B.27.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Kortdurend verblijf en eerstelijns zorg in een instelling
Het verblijf is medisch noodzakelijk. Het gaat hierbij om deze zorg:
 - verpleging en verzorging;
 - geneeskundige zorg inclusief eerstelijns diagnostiek;
 - fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck/Cesar, logopedie, diëtetiek of ergotherapie die samenhangt met de indicatie voor dit kortdurend verblijf.

De zorg is gericht op herstel en terugkeer naar huis behalve als sprake is van palliatief terminale zorg.

Wat is uw vergoeding?

- U bent 18 jaar of ouder: vergoeding van 3 maanden maximaal, verlenging is mogelijk als het doel hiervan is onderbouwd in een zorgplan voor kortdurend verblijf in een instelling.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.