



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen

Zaak : Hulpmiddelenzorg, persoonlijke alarmeringsapparatuur

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 sub t en 2.26 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020

Zaaknummer : 202000888

Zittingsdatum : 21 oktober 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 14 juni 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 september 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 2 september 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Op 8 oktober 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020038123) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 9 oktober 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 oktober 2020 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 23 oktober 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 27 oktober 2020 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen GarantVerzorgd 1 en GarantTandVerzorgd 250 (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker lijdt aan schizofrenie, heeft een verstandelijke beperking en hoge bloeddruk. Ook heeft hij een ernstige tremor. Hij gebruikt de geneesmiddelen haloperidol, lorazepam en propranolol. Onlangs is hij diverse keren gevallen en kon toen de telefoon niet bedienen. Daarom heeft hij bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor persoonlijke alarmeringsapparatuur.
- 3.3. De huisarts heeft op 10 februari 2020 over verzoeker verklaard:

"(...) Als huisarts van [verzoeker], verklaar ik hierbij dat hij vanwege medische noodzaak een persoonsalarmering nodig heeft. Ik heb dit eerder al toegelicht in een schrijven, en zijn zwager heeft dit mondeling ook toegelicht. [Verzoeker] kan zonder deze persoonsalarmering niet zelfstandig thuis blijven wonen. Er is sprake van verhoogd valgevaar, hij is de laatste tijd meerdere keren gevallen.

Hij kon (...) na die vallen geen hulp inschakelen. Hij heeft zo'n ernstige tremor dat hij niet van een telefoon gebruik kan maken. Hij is bekend met schizofrenie en een verstandelijke beperking. (...)"

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 en 16 januari 2020 per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij geen aanspraak heeft op persoonlijke alarmeringsapparatuur, ten laste van de zorgverzekering.

3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 27 januari 2020 en 31 maart 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.6. Op 25 juni 2020 heeft de Gezinscoach over verzoeker verklaard:

"(...) Al enige tijd begeleid ik [verzoeker]. [Verzoeker] is een kwetsbare en alleenstaande man. Zijn fysieke gezondheid gaat met de tijd achteruit. De bewegingen van [verzoeker] zijn niet stabiel. Hierdoor is het meerdere malen voor gekomen dat [verzoeker] tijdens het douchen is gevallen. Doordat hij alleenstaand is en doordat zijn fysieke gezondheid achteruit gaat kost het [verzoeker] veel energie om weer overeind te komen. Uiteindelijk lukt het [verzoeker] wel, maar dit gaat gepaard met veel pijn en achteraf veel lichamelijke klachten, waar hij weken last van heeft.

Gezien het feit dat [verzoeker] alleenstaand is en naaste familie op 1 uur afstand woont, vind ik dit als hulpverlener een zorgelijke situatie. Er zijn zorginstanties betrokken maar op hen kan geen appel worden gedaan in crisis/noodsituaties omdat er geen persoonsalarmering is. Ik zie [verzoeker] eenmaal per week en wij hebben geen crisisdiensten. Hierdoor ben ik ook niet in de gelegenheid om [verzoeker] in noodsituaties te helpen. Dit betekent dat ik te laat hoor wanneer er zich een val-incident heeft voor gedaan. [Verzoeker] kan ook in deze situaties geen appel op mij doen. Daarom zou het prettig zijn wanneer [verzoeker] wel een persoonsalarmering krijgt zodat hij in soortgelijke situaties direct om hulp kan vragen. Door het inschakelen van persoonsalarmering zal dit voor rust zorgen bij de naaste familie. Omdat zij weten dat er bij noodsituaties iemand ingeschakeld kan worden en [verzoeker] dus geholpen wordt.

Wanneer er geen persoonsalarmering ingezet zal worden [v]oorzie ik dat er vaker valincidenten zullen plaatsvinden waarbij het mogelijk ook verkeerd kan aflopen, denk aan lichamelijke (bot)breuken o.i.d. Deze val-incidenten hoeven overigens niet alleen tijdens de douchemomenten plaats te vinden, maar [dit] kan ook op andere plekken in huis/buitenshuis zijn.

[Verzoeker] staat niet stabiel op zijn benen, waardoor de kans op val-incidenten groter is. Voor de lichamelijke gezondheid van [verzoeker] en alle betrokkenen zou een persoonsalarmering voor rust kunnen zorgen. (...)"

3.7. De Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige heeft op 2 juli 2020 over verzoeker verklaard:

"(...) Als behandelaar/hulpverlener van bovengenoemde cliënt willen wij benadrukken dat de personenalarmering voor hem essentieel is en een voorwaarde om op een veilige en verantwoorde manier zelfstandig te kunnen blijven wonen. We hebben het hier over een ernstig kwetsbare oudere man met psychiatrische problematiek. Hij is bekend met schizofrenie waardoor het heel belangrijk is dat hij zijn medicatie goed inneemt om stabiel te blijven. Als hij zijn medicatie niet in kan nemen, bijvoorbeeld door een val, is het gevaar voor een psychotische ontregeling groot. [Verzoeker] functioneert op licht verstandelijk beperkt niveau. Daarbij heeft hij ook nog een tardieve dyskinesie ontwikkeld waardoor hij ernstige tremoren heeft. Door zijn ziekte en de loop van zijn leven leeft hij in een groot isolement. Hij heeft een zus en zwager die hem bezoeken, zijn administratie doen, zorgen voor de boodschappen en heel veel meer om cliënt thuis te kunnen laten wonen. Zij doen dit ondanks de grote afstand tussen hen. Verder ziet hij alleen hulpverleners die als ze er zijn maar kort blijven. Er zijn standaard een aantal dagen in de week dat hij niemand ziet. Onlangs is cliënt gevallen en toen is gebleken dat hij niet in staat is adequaat hulp zoeken. Willen we deze meneer de kans geven om zelfstandig te blijven wonen (wat een wens van hem is) is deze personenalarmering volgens ons nodig. (...)"

3.8. Op 8 oktober 2020 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

“(…) Uit de voorliggende informatie is op te maken dat persoonlijke alarmeringsapparatuur is aangevraagd vanwege een mobiliteitsprobleem en dat persoonlijke alarmeringsapparatuur voor verzoeker van belang is bij het zelfstandig kunnen (blijven) wonen. De vraag is echter of er een indicatie is op basis van de Zvw.

Verhoogd valrisico door ziekte of aandoening

Er is sprake van een risico op vallen, waarbij verzoeker tot nu toe, zij het met veel moeite, zelfstandig kon opstaan. Uit de voorliggende informatie wordt echter niet duidelijk of het valrisico en de problemen met het overeind komen voortkomen uit (alleen) medische problematiek of deze blijvend zijn én of deze kunnen worden opgelost. De door verzoeker gebruikte medicijnen kunnen een negatieve invloed hebben op de motoriek, en zowel valgevaar opleveren, als beperkingen in de motoriek die opstaan na een val bemoeilijken. Daarnaast bestaan er niet-medische oorzaken van vallen. Zo is niet duidelijk of in de woning van verzoeker maatregelen zijn getroffen om het valrisico te beperken.

Op voorhand staat vast dat zelfstandig opstaan niet mogelijk is.

Uit de voorliggende gegevens blijkt dat verzoeker na een val, zij het met moeite, steeds zelfstandig kon opstaan.

Noodzaak voor (spoedeisende) medische hulp:

Uit de brief van de psychiatrisch verpleegkundige blijkt dat het van belang is dat verzoeker tijdig zijn medicatie inneemt. Uit de voorliggende stukken blijkt echter niet dat er een noodzaak is voor snelle (spoedeisende) medische hulp, maar alleen praktische hulp bij het weer overeind komen. Hierbij is het van belang dat deze hulp niet te lang op zich laat wachten, verzoeker moet immers tijdig zijn medicatie kunnen innemen om medische complicaties (gevaar voor een psychotische ontregeling) te voorkomen.

Opvolging

In de brief van 11 februari geeft gemachtigde van verzoeker aan dat verzoeker geen familie of andere contacten in zijn directe omgeving heeft. De optie van een SOS-telefoon of seniorentelefoon met alarmfunctie is in het genoemde overleg met de gemeente aan de orde geweest, maar werd als onvoldoende beoordeeld. Er is daarom gekozen voor de inzet van de thuiszorgorganisatie en het door hen geadviseerde persoonlijke alarmeringssysteem.

Uit deze informatie is op te maken dat de aanvraag voor persoonlijke alarmeringsapparatuur voor verzoeker in feite niet (alleen) om het hulpmiddel zelf gaat, maar ook om de opvolging. Dat een verzoeker geen mogelijkheid heeft om hulp in te roepen van eigen contactpersonen maar alleen professionele hulpverleners, is op zich geen reden voor vergoeding van persoonlijke alarmeringsapparatuur vanuit de Zvw. Het ontbreken van familie in de buurt en een sociaal netwerk is geen medisch probleem maar een sociaal probleem (ook indien er mogelijk medische gevolgen zijn). Indien de opvolging niet specifieke medische hulp betreft maar alleen (tijdige) hulp bij het opstaan, dan ligt opvolging door professionele zorgverleners (verpleegkundigen/verzorgenden) niet voor de hand. Of sprake is van een sociale indicatie kan het Zorginstituut niet beoordelen. Dit is aan de desbetreffende gemeente van verzoeker om te beoordelen.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie uit het dossier kan niet worden vastgesteld dat sprake is van een medische indicatie voor persoonlijke alarmeringsapparatuur vanuit de Zvw. (...)”

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is alsnog persoonlijke alarmeringsapparatuur aan hem te verstrekken, ten laste van de zorgverzekering.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over persoonlijke alarmeringsapparatuur 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.

6.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat zijn situatie is besproken met de WMO-consulent van de gemeente, de Psychiatrisch Verpleegkundige, de huisarts en de zorgmedewerkers die hem vanuit de thuiszorgorganisatie ondersteunen. De reden van de bespreking is dat verzoeker een aantal keren is gevallen, en hij toen niet in staat was zelf hulp in te schakelen. Hij kon toen ook zijn medicatie niet innemen. Naast een psychiatrisch ziektebeeld heeft verzoeker een zeer ernstige tremor, waardoor zijn fysieke functies sterk zijn beperkt. Zonder persoonlijke alarmeringsapparatuur zal verzoeker niet zelfstandig kunnen blijven wonen. Hij heeft geen familie in de directe omgeving en geen persoonlijk netwerk. Een SOS-alarm is voor hem geen optie, omdat daarbij de hulp van familieleden of kennissen wordt ingeschakeld. De thuiszorgorganisatie kan hem alleen in noodgevallen te hulp schieten als hij beschikt over persoonlijke alarmeringsapparatuur.

6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat aanspraak bestaat op persoonlijke alarmeringsapparatuur als sprake is van een verhoogd valrisico en als het mobiliteitsprobleem dusdanig ernstig is dat op voorhand vast staat dat zelfstandig opstaan na een val waarschijnlijk niet meer mogelijk is. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat iemand snel moet worden geholpen om levensbedreigende situaties en medische complicaties te voorkomen.

6.4. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat de medische klachten van verzoeker een grote invloed hebben op hem en zijn omgeving. Er is in zijn situatie echter geen sprake van een mogelijke medische noodsituatie waarbij snel moet worden ingegrepen om levensbedreigende situaties en medische complicaties te voorkomen. Het medicatiegebruik van verzoeker vormt geen aanleiding dit aan te nemen. Daarom is niet voldaan aan alle eisen voor persoonlijke alarmeringsapparatuur die ten laste van de zorgverzekering kan worden verstrekt. Verzoeker kan gebruik maken van een zogenoemde SOS-telefoon. Hiermee kan de hulp worden ingeschakeld van familie of andere naasten. De kosten hiervan zijn voor eigen rekening. Als verzoeker geen naasten heeft waarvan hij de hulp kan inschakelen betreurt de ziektekostenverzekeraar dit, maar dit betreft een sociale indicatie die onvoldoende is voor verstrekking vanuit de zorgverzekering.

6.5. De commissie overweegt dat in het Verzekeringsreglement van de ziektekostenverzekeraar is geregeld dat persoonlijke alarmeringsapparatuur is bedoeld om het zelfstandig wonen mogelijk te maken. Daarbij gaat het om een verzekerde die sociaal en ADL-zelfredzaam is, maar lichamelijk gehandicapt is en door een ziekte of gebrek een verhoogd risico loopt in een noodsituatie terecht te komen. Op persoonlijke alarmeringsapparatuur bestaat aanspraak in de volgende gevallen:

- er is een duidelijke noodzaak om in geval van nood onmiddellijk medische of technische hulp van buitenaf in te roepen;
- de verzekerde is gedurende langere tijd op zichzelf aangewezen;
- de persoon is niet in staat in een noodsituatie de telefoon zelfstandig te bedienen.

6.6. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker gedurende langere tijd op zichzelf is aangewezen, dat hij een verhoogd risico loopt, en dat hij bij een val niet in staat is een (normale) telefoon te bedienen. Wat hen verdeeld houdt, is de vraag of er een medische noodzaak bestaat om bij een val onmiddellijk medische of technische hulp van buitenaf in te roepen.

Verzoeker heeft stukken overgelegd van verschillende artsen. Hieruit blijkt dat verzoeker geen ziektebeeld heeft waardoor hij bij een val in een noodsituatie terecht komt. Hoewel hij vanwege zijn psychische problematiek tijdig de medicatie moet innemen, zal het tijdelijk uitblijven hiervan niet leiden tot een levensbedreigende situatie of blijvende gezondheidsschade. Daarom is er geen medische noodzaak onmiddellijk hulp van buitenaf in te roepen, zodat niet is voldaan aan de voorwaarden van het Verzekeringsreglement van de ziektekostenverzekeraar. Deze voorwaarden zijn gebaseerd op artikel 2.26 van de Regeling zorgverzekering.

6.7. Wel is het uiteraard begrijpelijk dat verzoeker niet op de grond wil blijven liggen na een val tot er, wellicht pas geruime tijd later, iemand verschijnt om hem te helpen. Dit betreft echter geen medische indicatie, maar een sociale indicatie vanwege het ontbreken van een (voldoende) ondersteunend netwerk.

6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 oktober 2020,



L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

- a. Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan, als omschreven in artikel 2.8;
- b. Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel als omschreven in artikel 2.9;
- c. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, als omschreven in artikel 2.10;
- d. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie als omschreven in artikel 2.11;
- e. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, als omschreven in artikel 2.12;
- f. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie als omschreven in artikel 2.13;
- g. hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn;
- h. [vervallen;]
- i. hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden als omschreven in artikel 2.16;
- j. hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed, als omschreven in artikel 2.17;
- k. hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid als omschreven in artikel 2.18;
- l. injectiespuiten als omschreven in artikel 2.19;
- m. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe;
- n. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem;
- o. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel;
- p. draagbare, uitwendige infuuspompen als omschreven in artikel 2.22;
- q. [vervallen;]
- r. hulpmiddelen voor het toedienen van voeding als omschreven in artikel 2.24;
- s. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken;
- t. hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering als omschreven in artikel 2.26;
- u. [vervallen;]
- v. [vervallen;]
- w. [vervallen;]
- x. [vervallen;]
- y. uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren;
- z. [vervallen;]
- aa. [vervallen;]
- bb. [vervallen;]
- cc. [vervallen;]
- dd. [vervallen;]
- ee. [vervallen;]
- ff. [vervallen;]
- gg. [vervallen;]
- hh. met thuisdialyse samenhangende kosten als omschreven in artikel 2.29.

Artikel 2.26

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel t, omvatten:

- a. [vervallen;]
- b. [vervallen;]
- c. [vervallen;]
- d. [vervallen;]
- e. [vervallen;]
- f. [vervallen;]
- g. opname- en voorleesapparatuur, zijnde daisy-spelers of daisy-programmatuur voor dyslectici;
- h. [vervallen;]
- i. [vervallen;]
- j. signaleringsapparatuur en een alarmeringssysteem, zijnde:
 - 1°. [vervallen;]
 - 2°. persoonlijke alarmeringsapparatuur voor lichamelijk gehandicapten, indien de lichamelijk gehandicapte in een verhoogde risicosituatie verkeert.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal zeven jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

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.

aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Hulpmiddelen

Een medisch hulpmiddel is bijvoorbeeld een hoortoestel of een beenprothese, maar u kunt ook denken aan incontinentiemateriaal, verbandmiddelen en diabetestestmaterialen.

Welke zorg

U heeft recht op functionerende hulpmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke hulpmiddelen dat zijn, is te vinden in de Regeling zorgverzekering. Sommige groepen hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering specifiek beschreven, anderen zijn functiegericht omschreven. In het laatste geval betekent dat, dat u recht heeft op een hulpmiddel passend bij een omschreven functiebeperking. Menzis heeft in haar Verzekeringsreglement een overzicht van hulpmiddelen opgenomen die onder de Regeling zorgverzekering vallen. Ook heeft Menzis in het Verzekeringsreglement nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen.

Voorbeeld functiegericht omschreven hulpmiddel

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

Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Verzekeringsreglement opgenomen? Dient u dan een aanvraag in bij Menzis. Menzis zal uw aanvraag beoordelen. In de Regeling zorgverzekering zijn ook de indicatiecriteria opgenomen waaraan u moet voldoen om aanspraak te kunnen maken op het hulpmiddel. U kunt de Regeling zorgverzekering en het Verzekeringsreglement vinden op menzis.nl. Als u wilt weten of een bepaald hulpmiddel op deze lijst staat, kunt u ook contact opnemen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Eigen bijdrage

Voor sommige hulpmiddelen geldt een (procentuele) wettelijke eigen bijdrage of maximale vergoeding. U kunt in de Regeling zorgverzekering vinden of dat het geval is en hoe hoog de eigen bijdrage of maximale vergoeding dan is. U betaalt de eigen bijdrage aan de leverancier. De wettelijke eigen bijdragen en maximale vergoedingen kunt u ook vinden in het Verzekeringsreglement.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor een hulpmiddel naar een leverancier van hulpmiddelen gaan. Menzis heeft voor de verschillende hulpmiddelen leveranciers gecontracteerd. U kunt uit deze leveranciers kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Als u kiest voor een leverancier die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag. Wat u vergoed krijgt, vindt u in het Verzekeringsreglement. Als u voor een hulpmiddel naar een door Menzis niet-gecontracteerde leverancier gaat, moet deze leverancier soms aan bepaalde kwaliteits- of deskundigheidseisen voldoen. Welke dit zijn kunt u per hulpmiddel lezen in het Verzekeringsreglement.

Toestemming

In het Verzekeringsreglement staat per hulpmiddel of voorafgaande toestemming van Menzis nodig is. Het kan hierbij gaan om een 1e verstrekking, maar ook om vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel. Als u naar een gecontracteerde leverancier gaat, is voorafgaande toestemming van Menzis voor de meeste hulpmiddelen vaak niet nodig. De leverancier beoordeelt uw aanvraag. Als de leverancier niet zeker weet of Menzis u het hulpmiddel verstrekt of vergoedt, zal hij de aanvraag voor toestemming doorsturen naar Menzis.

i Let op

- Als u naar een leverancier wilt die geen overeenkomst heeft met Menzis, heeft u voorafgaande toestemming nodig. Vermeld u op de aanvraag voor toestemming dat u gebruik wilt maken van een leverancier die met Menzis geen overeenkomst heeft.
- Als u een 2e exemplaar van eenzelfde hulpmiddel wilt, heeft u hiervoor voorafgaande toestemming van Menzis nodig.
- In het Verzekeringsreglement wordt per hulpmiddel uitgelegd aan welke andere voorwaarden u moet voldoen, bijvoorbeeld het meesturen van een toelichting van een arts.
- Voor de vergoeding van de meeste verbandmiddelen moet uw verpleegkundig specialist een speciaal formulier invullen. Verbandmiddelen worden alleen maar vergoed bij een ernstige aandoening waarbij een langdurige behandeling nodig is. Dit speciale verbandmiddelenaanvraagformulier vindt u op [znformulieren.nl](https://www.znformulieren.nl). Meer informatie kunt u ook vinden in het Verzekeringsreglement.
- Als Menzis maar 1 leverancier voor een bepaald hulpmiddel heeft gecontracteerd, kan Menzis de toestemming in kopie rechtstreeks naar die leverancier sturen. Dit geldt ook als de levering niet op zich kan laten wachten omdat er sprake is van een medische noodzaak.

Gebruik hulpmiddel

Als u het hulpmiddel met opzet beschadigt of als schade is ontstaan omdat door uw schuld niet goed voor het hulpmiddel is gezorgd, heeft u geen recht op vervanging, correctie of herstel van het hulpmiddel voordat de gebruiksduur die in het Verzekeringsreglement staat is verstreken. Als u het hulpmiddel in bruikleen heeft en het is door u met opzet beschadigd of de schade is ontstaan omdat door uw schuld niet goed voor het hulpmiddel is gezorgd, dan kan Menzis de kosten hiervan op u verhalen.

i Let op

- U heeft geen recht op vergoeding van de kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen, tenzij in de Regeling zorgverzekering is bepaald dat deze vergoed worden. Een voorbeeld van normaal gebruik is het vervangen van batterijen.
- Als in het Verzekeringsreglement gebruikstermijnen of gebruiksaantallen genoemd worden, zijn deze bedoeld om een normaal gemiddelde aan te geven. Van deze gebruikstermijnen of gebruiksaantallen kan in individuele gevallen worden afgeweken.
- Als u recht heeft op een hulpmiddel wordt hiermee bedoeld dat u recht heeft op verstrekking (vergoeding), vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel.
- Zie voor kosten samenhangend met thuisdialyse: niet-klinische dialyse.
- Zie voor hulpmiddelen voor het zelf meten van bloedstollingtijden: trombosedienst.

Verzekeringsreglement Menzis Basis 2020

Alles over uw zorgverzekering

Inhoud

1 Uw verzekeringsreglement	4
Wat is een Verzekeringsreglement?	4
Waaruit bestaat dit reglement?	4
Waarop van toepassing?	4
2 Veelbelovende zorg en voorwaardelijke toelatingen	5
Welke zorg komt in aanmerking?	5
Wie komt in aanmerking voor vergoeding van de zorg?	5
Welke voorwaardelijk toegelaten behandelingen zijn er?	5
3 Overzicht hulpmiddelen	7
3.1 Algemeen	7
3.2 Voorwaarden hulpmiddelen	10
Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan	10
Hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van de stembanden	11
Haarwerken	12
Uitwendig gedragen hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging of bedekking van de oogbol	12
Uitwendige hulpmiddelen voor het geheel of gedeeltelijk opheffen van de gevolgen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel, met inbegrip van stoffen die met behulp van deze hulpmiddelen worden toegediend en gecertificeerd zijn als medisch hulpmiddel	13
Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie	17
Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urineloos en defecatie	20
Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem	23
Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie	27
Hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn	31
Hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden voor verzekerden jonger dan 21 jaar	32
Uitwendige hulpmiddelen, gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, al dan niet samenhangend met zorg op bed	32
Hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid	34
Injectiespuiten met toebehoren dan wel injectiepenen met toebehoren (met uitzondering van gebruik van deze middelen in het kader van de behandeling van diabetes)	36
Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe	36
Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem	39
Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel	39
Draagbare uitwendige infuuspompen met toebehoren en/of hulpmiddelen voor het per infuus toedienen van medicatie door middel van zwaartekracht	41
Hulpmiddelen voor de toediening van voeding	42
Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken	42
Hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering	43
Uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren	44
De vergoeding voor woningaanpassingen en redelijk te achten kosten die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen (zie ook artikel 'Niet-klinische dialyse' in de verzekeringsvoorwaarden)	45

4 Nadere Voorwaarden geneesmiddelen	46
Welke voorwaarden gelden er?	46
4.1 Preferente geneesmiddelen	47
4.2 Dieetpreparaten voor medisch gebruik	48
5 Reglement Pgb Verpleging en Verzorging	49
Artikel 1 Wat is een Pgb?	49
Artikel 2 Doelgroep	49
Artikel 3 Toekenningsvoorwaarden	49
Artikel 4 Weigeringsgronden	50
Artikel 5 Aanvraag Pgb	51
Artikel 6 Toekenningsverklaring	52
Artikel 7 Declareren uit uw Pgb	53
Artikel 8 Verplichtingen	55
Artikel 9 Einde en wijziging van het Pgb	56
Artikel 10 Terugvordering	58

1 Uw verzekeringsreglement

Wat is een Verzekeringsreglement?

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

Waaruit bestaat dit reglement?

In dit Verzekeringsreglement staan:

- voorwaardelijk toegelaten behandelingen,
- het overzicht hulpmiddelen,
- nadere voorwaarden geneesmiddelen, waarvoor u toestemming nodig heeft of een voorschrift, of waarvoor een andere voorwaarde geldt,
- het overzicht van preferente geneesmiddelen. Het overzicht preferente geneesmiddelen wijzigt regelmatig. U kunt het meest recente overzicht downloaden van [menzis.nl](https://www.menzis.nl). U kunt het overzicht ook opvragen bij de Klantenservice op 088 222 40 40,
- het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (vv). U kunt het Reglement Persoonsgebonden Budget vv ook separaat downloaden van [menzis.nl](https://www.menzis.nl).

Waarop van toepassing?

Dit Verzekeringsreglement is van toepassing op de Basisverzekering Menzis Basis die Menzis aanbiedt.

2 Veelbelovende zorg en voorwaardelijke toelatingen

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

In 2019 is de voorwaardelijke toelating vervangen voor de subsidieregeling veelbelovende zorg. Voor de lopende trajecten blijft de oude regeling met betrekking tot de voorwaardelijke toelating van kracht. Dit geldt ook voor de onderwerpen die momenteel beoordeeld worden en die ingediend zijn in 2018.

Welke zorg komt in aanmerking?

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

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

Wie komt in aanmerking voor vergoeding van de zorg?

De voorwaarde voor vergoeding van voorwaardelijk toegelaten zorg uit het basispakket bestaat uit deelname aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van die zorg die door ZonMW wordt gefinancierd. Soms is het ook mogelijk om deze zorg vergoed te krijgen wanneer de verzekerde niet meedoet aan het hoofdonderzoek. Dit is mogelijk wanneer er aanvullend landelijk observationeel onderzoek wordt opgezet. De verzekerde kan aan dat onderzoek meedoen als:

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

Welke voorwaardelijk toegelaten behandelingen zijn er?

- a. 1 juli 2015 – 1 juli 2022 Behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV
- b. 1 oktober 2015 – 1 oktober 2022 Borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie

- c. 1 januari 2016 – december 2020 Behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom bij lumbale hernia met percutane transforaminale endoscopische dissectomie
- d. 1 januari 2016 – 1 januari 2020 Behandeling van medicamenteus onbehandelbare chronische clusterhoofdpijn met occipitale zenuwstimulatie
- e. 1 april 2016 – 1 mei 2022 Dendritische cel vaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie
- f. 1 oktober 2016 – 1 januari 2022 Sacrale neurostimulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmassage
- g. 1 januari 2017 – 1 januari 2023 Geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker
- h. 2 april 2019 – 1 april 2023 CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen
- i. 1 oktober 2019 – 1 april 2023 Langdurige actieve fysiotherapie bij patiënten met axiale spondyloarthritis (AxSpA) met ernstige functionele beperkingen
- j. 1 oktober 2019 – 1 oktober 2023 Langdurige actieve fysiotherapie bij patiënten met reumatoïde artritis (RA) met ernstige functionele beperkingen
- k. 1 oktober 2019 – 1 oktober 2023 Medische zilverkleding en antibacteriële verbandkleding met chitosan toevoeging bij kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem

Belangrijk

Het overzicht met voorwaardelijk toegelaten behandelingen kan gedurende het jaar wijzigen en ook kunnen de aan een onderzoek deelnemende zorginstellingen wijzigen. Kijk voor een actueel overzicht van de voorwaardelijk toegelaten behandelingen op

www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/voorwaardelijke-toegelaten-zorg

Als u dezelfde behandeling buiten het onderzoek in een ander ziekenhuis in Nederland of in het buitenland ondergaat komen de kosten niet voor vergoeding in aanmerking.

3 Overzicht hulpmiddelen

3.1 Algemeen

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

Voorbeeld functiegericht omschreven hulpmiddel

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

Vergoedingsmogelijkheden hulpmiddelen

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

Bij vragen kunt u ook contact opnemen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. In de Regeling zorgverzekering zijn ook de indicatiecriteria opgenomen waaraan u moet voldoen om aanspraak te kunnen maken op het hulpmiddel. U kunt de Regeling zorgverzekering vinden op menzis.nl/reglement.

3.1.1 Indicatie en doelmatigheid

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

Het verstrekken van doelmatige hulpmiddelen is een aangelegenheid van zorgverzekeraars. Dit betekent dat zorgverzekeraars kunnen onderzoeken en bepalen of het hulpmiddel doelmatig is, in de praktijk algemeen gebruikelijk en of er goedkopere alternatieven zijn waardoor het hulpmiddel voor een ieder toegankelijk wordt en daarmee niet onder de aanspraak valt. De kosten van het gevraagde hulpmiddel worden afgewogen tegen de meerwaarde van het specifieke product. Tevens dient een hulpmiddel te voldoen aan 'de stand van de wetenschap en de praktijk'. Met 'algemeen gebruikelijk' wordt bedoeld dat het hulpmiddel algemeen verkrijgbaar is en min of meer bij het dagelijks leven hoort.

Algemeen gebruikelijke hulpmiddelen veranderen met de jaren. Zo zijn er hulpmiddelen die voorheen onder de Zorgverzekeringswet vielen, maar door aanbod op de markt algemeen gebruikelijk worden voor mensen met een functiebeperking. Denk daarbij aan onder andere computers, brillen, rollators en mobiele telefoons.

Tevens zijn er algemeen gebruikelijke hulpmiddelen die 'medische' hulpmiddelen vervangen/substitueren en niet bijzonder kostbaar zijn, zoals hulpmiddelen voor eten en drinken en hulpmiddelen ter afdekking van de huid. Algemeen gebruikelijke hulpmiddelen vallen niet onder de te verzekeren prestatie.

Voor meer informatie kunt u de website van het Zorginstituut raadplegen:

www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/h/hulpmiddelen-algemeen-zvw

3.1.2 Vergoeding bij een gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieder

- **Als u kiest voor een zorgaanbieder waarmee Menzis een contract heeft afgesloten**, vergoedt Menzis 100% van de nota, met uitzondering van het eventuele eigen risico, wettelijke eigen bijdragen en maximale vergoedingen (zie ook artikel 3.1.5 hierna). Menzis heeft geregeld dat de nota rechtstreeks van de zorgaanbieder naar Menzis wordt gestuurd.
- **Kiest u voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten**, dan vergoedt Menzis 75% van de nota tot een maximum van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief. Op het te vergoeden bedrag worden eventueel verschuldigde eigen bijdragen en daarna verplicht en vrijwillig eigen risico in mindering gebracht (zie ook artikel 3.1.5 hierna).

De Menzis Zorgvinder

Menzis maakt afspraken met zorgaanbieders bij u in de buurt over de kwaliteit, snelheid, service en prijs van de zorg. Welke zorgaanbieders met Menzis een overeenkomst hebben, vindt u via 'De Menzis Zorgvinder', op menzis.nl/zorgvinder. Heeft u geen toegang tot internet? U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

3.1.3 Eigendom of bruikleen en verplicht eigen risico

Wanneer een hulpmiddel in eigendom wordt aangeschaft, is de verzekerde eigenaar van het hulpmiddel. De kosten van het hulpmiddel vallen onder het verplicht eigen risico.

Indien sprake is van vergoeding van een hulpmiddel in bruikleen (huur), dan vallen de kosten van het hulpmiddel en de benodigde onderhoudskosten niet onder het eigen risico.

Op de verbruiksartikelen die bij het hulpmiddel dat in bruikleen is verstrekt geleverd worden en op de gebruikskosten (zoals stroomkosten of de bijdrage in de kosten van het onderhoud van een hond), is het verplicht eigen risico wel van toepassing.

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

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

3.1.4 Voorwaarden voor vergoeding

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

- **Als u kiest voor een zorgaanbieder waarmee Menzis een contract heeft afgesloten**, dan kunt u met de

toelichting rechtstreeks naar de zorgaanbieder gaan. Als er vooraf toestemming nodig is, zal hij deze voor u aanvragen bij Menzis.

- **Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten en waarbij in de tabel van het betreffende hulpmiddel staat dat u wel vooraf toestemming van Menzis moet vragen,** vraag dan eerste een offerte op bij een leverancier een stuur deze, samen met de toelichting van de zorgprofessional, naar Menzis. Wij beoordelen dan zowel de toelichting als de offerte en informeren u over de uitkomst hiervan. We noemen dit een machtigingsprocedure. Voor meer informatie over deze procedure kunt u contact opnemen met de Menzis Klantenservice op 088 222 40 40.

3.1.5 Volgorde van de eigen betalingen

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

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

Voorbeeld 1:

Haarwerk (pruik)

U koopt een haarwerk (zie onderdeel Haarwerken) bij een **niet** door Menzis gecontracteerde leverancier. De aanschafprijs is € 600. Uw basisverzekering vergoedt € 443. Dit is de wettelijke maximumvergoeding, conform de Regeling Zorgverzekering. Het deel van de kosten dat hoger is dan de wettelijke maximumvergoeding is € 157. Dit deel van de nota is niet verzekerd en blijft voor uw eigen rekening. Omdat u het haarwerk heeft aangeschaft bij een niet-gecontracteerde leverancier krijgt u 75% van € 443 vergoed. Er blijft dus 25% (dit is € 110,75) voor uw eigen rekening. Wanneer u het verplichte eigen risico (en een eventueel vrijwillig eigen risico) al volgemaakt heeft, krijgt u € 332,25 uitgekeerd. Is dat nog niet het geval, dan wordt dit bedrag met het nog openstaande eigen risicobedrag verrekend.

Voorbeeld 2:

Kap ter bescherming van de schedel

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

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

gecontracteerde tarief.

Voor kinderen onder 18 jaar geldt geen eigen risico.

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

3.2 Voorwaarden hulpmiddelen

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

Regeling zorgverzekering art. 2.6 en art. 2.8

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

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Indien er voorafgaande toestemming nodig is van Menzis, vraagt de zorgaanbieder deze voor u aan	Ja
Toelichting door	Behandelend medisch specialist	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	• Hightech prothesen – minimaal 5 jaar • Overige prothesen – minimaal 3 jaar	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	SEMH ^[1] -gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'Orthopedische Instrumentenmakerijen	
Bijzonderheden	Menzis kan besluiten om fabrieksmatige onderdelen van een hightech prothese die vervangbaar zijn in bruikleen te verstrekken. Bij armprothesen en beenprothesen is een toelichting nodig van de behandelend revalidatiearts volgens het betreffende PPP-protocol.	
Offerte van leverancier nodig	Ja	
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Mammaprothesen

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Toelichting door	Behandelend arts	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	2 jaar	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	SEMH ^[1] -gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'Mammacare'	
Bijzonderheden	Er bestaat geen aanspraak op een voorlopige borstprothese (postoperatief verstrekt door het ziekenhuis), bh's of plakstrips. Een toelichting van de behandelend arts is alleen nodig bij een eerste aanvraag of een vervanging binnen de gemiddelde gebruiksduur.	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van de stembanden

Stemprothesen

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

Spraakversterkers

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Bruikleen	Bruikleen
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend medisch specialist en een analyse van de beperkingen door een logopedist	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	2 jaar	

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Haarwerken

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts. Een toelichting van de behandelend arts is alleen nodig bij een eerste aanvraag of een vervanging binnen de gemiddelde gebruiksduur.	Behandelend arts
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	1 jaar	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	SEMH ^[1] -gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'haarwerken' of ANKO-gecertificeerd voor de sectie 'haarwerken'	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%, tot het wettelijk maximum van € 443 (conform de Regeling zorgverzekering)	75% van de nota tot 75% van het wettelijk maximum van € 443 (conform de Regeling zorgverzekering)

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

Volledige oogprothese

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

Scleraschalen en scleralenzen met ingekleurde iris of pupil, zonder visuscorrectie

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

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

Regeling zorgverzekering art. 2.6 en art. 2.9

Zuurstofapparaten dan wel zuurstofconcentratoren met toebehoren

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

Medicijnvernevelaars met toebehoren

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

Voorzetkamers

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	1 jaar	
Bijzonderheden	De voorzetkamer moet in de registratie geschikt zijn bevonden om in combinatie met de betreffende dosis aerosol gebruikt te worden	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Apparatuur voor positieve uitademingsdruk

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerde dagtarief

Slijmuitzuigapparatuur

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

Tracheacanule (zowel binnen-als buitencanule)

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

Stomabeschermers voor gelaryngectomeerden

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend medisch specialist	

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

CPAP-apparatuur

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

Mandibulaire repositie apparatuur (MRA)

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

Sleep Position Trainer (SPT)

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
--	----------------	---------------------

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

Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie

Regeling zorgverzekering art. 2.6 en art. 2.10

Hoortoestellen en ruismaskeerders (inclusief benodigde oorstukjes)

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja
Toelichting door	Audicien. De toelichting dient vergezeld te gaan van een audiogram en een door de verzekerde ondertekende tevredenheidsverklaring waaruit blijkt dat de proefperiode met het hoortoestel succesvol is verlopen. Het hoortoestel dient te zijn geïndiceerd op basis van het Hoorzorgprotocol. Vanuit het Hoorzorgprotocol kunt u mogelijk worden doorverwezen naar uw huisarts of medisch specialist.	
Bijzonderheden	Reparatiekosten en kosten van vervanging van de oorstukjes gedurende 5 jaar zijn bij dit totaalbedrag inbegrepen. Het type hoortoestel waar u recht op heeft, wordt vastgesteld door middel van het Hoorzorgprotocol.	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	<ul style="list-style-type: none"> • Verzekerden tot 18 jaar: 100% • Verzekerden vanaf 18 jaar: 100% (minus 25% wettelijke eigen bijdrage) 	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief. Over dit bedrag betalen verzekerden vanaf 18 jaar vervolgens 25% wettelijke eigen bijdrage.

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

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom

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

Solo-apparatuur

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

Total Conversation - Softwarelicentie ten behoeve van auditief gehandicapten

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

BAHA-toestellen op softband

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

Signaalhond

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

Gebruikskosten bij signaalhond

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja
Toelichting door	Hondenschool	

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

Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie

Regeling zorgverzekering art. 2.6 en art. 2.11

Er bestaat geen aanspraak op:

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

Urine-opvangzakken, katheters, blaasspoelvloeistoffen en toebehoren

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts of continentieverpleegkundige	

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

Stomamaterialen en spoelapparatuur voor anaal spoelen

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts, stomaverpleegkundige of verpleegkundig specialist	

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

Incontinentie - absorptiematerialen

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Toelichting door	Behandelend arts, continentieverpleegkundige of verpleegkundig specialist	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	Genormeerd aantal: • eenmalig te gebruiken inlegluiers en/of luierbroeken: maximaal 455 stuks per kwartaal • wasbare inlegluiers of luierbroeken: maximaal 5 stuks per jaar • wegwerpfixatiebroeken: maximaal 20 stuks per jaar	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	Module Continentie Hulpmiddelen zoals opgenomen in het Register van het Zorginstituut (ZiNL)	
Bijzonderheden	Er bestaat geen aanspraak op incontinentie - absorptiematerialen als er sprake is van: • kortdurende incontinentie, of • enuresis nocturna (bedplassen)	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd dagtarief

Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingsstelsel

Regeling zorgverzekering art. 2.6 en art. 2.12

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

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Indien er voorafgaande toestemming nodig is van Menzis, vraagt de zorgaanbieder deze voor u aan	Ja
Toelichting door	Behandelend medisch specialist	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	• Confectie pols/handorthese: minimaal 1 jaar • Orthese bij kinderen: minimaal 1 jaar • Overige orthesen: minimaal 2 jaar	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	SEMH ^[1] -gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'Orthopedische Instrumentmakerijen	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Orthopedische schoenen en orthopedische voorzieningen aan confectionsschoenen

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Indien er voorafgaande toestemming nodig is van Menzis, vraagt de zorgaanbieder deze voor u aan	Ja
Toelichting door	Behandelend medisch specialist	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	<ul style="list-style-type: none"> • Voor verzekerden van 16 jaar en ouder: minimaal 18 maanden • Voor verzekerden jonger dan 16 jaar: minimaal 9 maanden 	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	SEMH ^[1] -gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'Orthopedische Schoentechnische Bedrijven'	
Bijzonderheden	<ul style="list-style-type: none"> • Er geldt een wettelijke eigen bijdrage voor orthopedische schoenen conform de Regeling zorgverzekering: <ul style="list-style-type: none"> - Voor verzekerden van 16 jaar en ouder: € 127 per paar - Voor verzekerden jonger dan 16 jaar: € 63,50 per paar • Er bestaat geen aanspraak op algemeen gebruikelijke onderhoudskosten. 	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100% (minus de wettelijke eigen bijdrage van €63,50 (voor jonger dan 16 jaar) of € 127 (voor 16 jaar en ouder)	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief. U betaalt een wettelijke eigen bijdrage van €63,50 (voor jonger dan 16 jaar) of € 127 (voor 16 jaar en ouder).

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

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

Eetapparaten

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

Bladomslagapparatuur en apparatuur voor omgevingsbediening

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

Daisyspelers of daisyprogrammatuur voor motorisch gehandicapten

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend medisch specialist	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	5 jaar	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

ADL-hond

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

Gebruikskosten bij een ADL-hond

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee, mits er sprake is van een positieve beoordeling door de zorgverzekeraar op de aanvraag voor een ADL-hond.	Ja
Toelichting door	Hondenschool	
Bijzonderheden	<ul style="list-style-type: none"> • U moet een ziektekostenverzekering voor de ADL-hond afsluiten. • De tegemoetkoming in de gebruikskosten wordt achteraf per kwartaal aan u vergoed. 	<ul style="list-style-type: none"> • De tegemoetkoming moet voor de eerste keer aangevraagd worden binnen 3 maanden nadat de hond bij u geplaatst is, of na het afronden van een teamtraining. • De tegemoetkoming moet jaarlijks opnieuw worden aangevraagd. • U moet een kopie van de afgesloten ziektekosten-verzekering voor de hond bij uw aanvraag voegen. • De tegemoetkoming in de gebruikskosten wordt achteraf per kwartaal aan u vergoed.

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Offerte van leverancier nodig	Nee	
Vergoeding	U kunt aanspraak maken op een tegemoetkoming in de gebruikskosten tot maximaal € 1.096 per jaar voor: <ul style="list-style-type: none"> • het levensonderhoud, en • voor de verzorging, en • voor de speciale ziektekostenverzekering voor de hond. 	

Aangepaste apparatuur voor bediening van computers

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

Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie

Regeling zorgverzekering art. 2.6 en art. 2.13

Brillen en lenzen

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend medisch specialist	

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	Verzekerden tot 18 jaar kunnen in aanmerking komen voor brillenglazen en filterglazen indien: <ul style="list-style-type: none"> • er een indicatie is voor lenzen, maar het dragen van lenzen niet de voorkeur heeft, • de verzekerde aan één of beide ogen geopereerd is vanwege een lensafwijking, • de verzekerde lijdt aan zuivere accommodatieve esotropie. Er geldt een wettelijke eigen bijdrage (conform de Regeling zorgverzekering): <ul style="list-style-type: none"> • gebruiksduur lenzen/brillenglazen langer dan 1 jaar: € 59 per lens/brillenglas, • gebruiksduur lenzen korter dan 1 jaar: € 118 per kalenderjaar, • indien slechts één oog gecorrigeerd hoeft te worden, is de eigen bijdrage € 59 per kalenderjaar, • € 59 per brillenglas, met een maximum van € 118 per kalenderjaar. 	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100% (minus wettelijke eigen bijdrage)	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief. U betaalt een wettelijke eigen bijdrage van € 59 of € 118.

Bijzondere optische hulpmiddelen

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

Oogpleisters

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	Er bestaat aanspraak op oogpleisters/afdekpleisters ter behandeling van amblyopie (lui oog).	

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Blindentaststokken

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

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

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

Daisyspelers of daisyprogrammatuur voor visueel gehandicapten

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend medisch specialist	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	5 jaar	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Voorleesapparatuur voor zwartdruk-informatie voor visueel gehandicapten

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

Beeldschermlopen

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

Blindengeleidehond

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Bruikleen	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Ja	
Toelichting door	Bij aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de behandelend medisch specialist zijn gevoegd en een analyse van de beperkingen door Koninklijke Visio of Bartiméus.	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	6 jaar	

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	De hondenschool moet minimaal voldoen aan de eisen zoals gesteld in het kwaliteitshandboek van de Internationale Federatie van Geleidehondenscholen.	
Bijzonderheden	Voor het geven van toestemming door Menzis is tevens een positieve indicatie van de hondenschool vereist.	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Gebruikskosten bij een blindengeleidehond

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

Hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn

Regeling zorgverzekering art. 2.6 onderdeel g

Kappen ter bescherming van de schedel

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend medisch specialist	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	2 jaar	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	SEMH ^[1] -gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'Orthopedische Instrumentmakerijen'	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden voor verzekerden jonger dan 21 jaar

Regeling zorgverzekering art. 2.6 en art. 2.16

Pessaria en koperhoudende spiraaltjes

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

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

Regeling zorgverzekering art. 2.6 , 2.12 en art. 2.17

1.

- Bed in speciale uitvoering,
- Matras (koud/traagschuim) met preventieve werking,
- Statische- en dynamische antidecubitus ligsystemen,
- Trippelstoel,
- Aangepaste stoel,
- Aangepaste werktafel,
- Zitorthese,

- Ligorthese,
- Sta-orthese,
- Loopvoorziening (complexe rollator, loopwagen),
- Loopfiets,
- Kraamzorghulpmiddelen (bedverhogers en/of ondersteek en/of ruggesteun),
- Antidecubituskussen,
- Vezelring, luchtring,
- Bedgalg (vrijstaand),
- Bedtafel,
- Dekenboog,
- Glijlaken,
- Rollaken,
- Infuusstandaard.

2.

- Duwwagen, rolstoel,
- Drempelhulp, badplank,
- Patiëntenlift,
- Transferplank/glijplank, draaischijf,
- Losse toiletverhoger,
- Losse toiletstoel,
- Losse douchestoel.

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

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

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Bruikleen	Bruikleen
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja
Toelichting door	Medische toelichting door de behandelend zorgprofessional ^[2] waaruit blijkt hoe lang de verzekerde het hulpmiddel nodig heeft.	
Bijzonderheden	<ul style="list-style-type: none"> • Menzis kan een ergotherapeutisch rapport verlangen. • Bij aanspraak op bedbeschermende onderleggers worden de onderleggers in eigendom verstrekt. 	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja, op basis van huurkosten per maand.
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid

Regeling zorgverzekering art. 2.6 en art. 2.18

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

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

Volledig individueel vervaardigde allergeenvrije schoenen

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend dermatoloog. Op deze toelichting moet zijn opgenomen voor welke stof u allergisch bent.	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	<ul style="list-style-type: none"> • Voor verzekerden van 16 jaar en ouder geldt een minimale gebruikstermijn van 18 maanden. • Voor verzekerden jonger dan 16 jaar geldt een minimale gebruikstermijn van 9 maanden. 	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	SEMH ^[1] -gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'Orthopedische Schoentechnische Bedrijven'	
Bijzonderheden	<ul style="list-style-type: none"> • Er geldt een wettelijke eigen bijdrage voor orthopedische schoenen (conform de Regeling zorgverzekering): <ul style="list-style-type: none"> - Voor verzekerden van 16 jaar en ouder: € 127 per paar - Voor verzekerden jonger dan 16 jaar: € 63,50 per paar • Er dient sprake te zijn van een vastgestelde allergie, waarbij niet kan worden volstaan met allergeenvrije confectieschoenen. • Er zijn steeds meer merken die er bij de productie van schoenen rekening mee houden dat bepaalde stoffen allergische reacties kunnen veroorzaken en die daarom het gebruik van deze stoffen vermijden. Er bestaat geen aanspraak op deze schoenen. 	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100% (minus de wettelijke eigen bijdrage)	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief. U betaalt een wettelijke eigen bijdrage van € 63,50 (jonger dan 16 jaar) of € 127 (16 jaar of ouder).

Verbandschoenen

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	Er geldt een minimale gebruikstermijn van 6 maanden.	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	SEMH ^[1] -gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'Orthopedische Schoentechnische Bedrijven'	

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

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

Regeling zorgverzekering art. 2.6 en art. 2.19

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

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	
Bijzonderheden	Injectiespuiten en injectiepenen worden alleen vergoed indien u deze thuis gebruikt om medicatie toe te dienen die door de zorgverzekeraar vanuit het extramurale farmaciebudget vergoed worden	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe

Regeling zorgverzekering art. 2.6 onderdeel m

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

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	<ul style="list-style-type: none"> • Therapeutische elastische kousen: <ul style="list-style-type: none"> - Bij één been/arm 2 stuks gedurende 12 maanden - Bij beide benen/armen: 2 paar gedurende 12 maanden • Eenvoudige aan- en uittrekhelp: 24 maanden • Overige aan- en uittrekhelpmiddelen: 5 jaar 	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	SEMH ^[1] -gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'Therapeutisch Elastische Kousen'	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Ortomate

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

Lymfe oedeem compressieapparatuur en manchetten

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	<ul style="list-style-type: none"> • Apparatuur: bruikleen • Manchetten: eigendom 	<ul style="list-style-type: none"> • Apparatuur: bruikleen • Manchetten: eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Ja	
Toelichting door	Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de behandelend medisch specialist worden gevoegd en een analyse van de beperkingen door de behandelend oedeemtherapeut.	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Compressiezwachtels met toebehoren

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

Compressiehulpmiddelen niet zijnde zwachtels

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Indien er voorafgaande toestemming nodig is van Menzis, vraagt de zorgaanbieder deze voor u aan	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	1 jaar	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	SEMH ^[1] -gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'Therapeutisch Elastische Kousen'	
Bijzonderheden	Voorbeelden van deze hulpmiddelen zijn de circaid, thoraxbandages, farrowwrap en vergelijkbare bandages.	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

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

Regeling zorgverzekering art. 2.6, onderdeel n. Zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden en toebehoren.

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Bruikleen	Bruikleen
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja
Toelichting door	U heeft een verwijsbrief met medische diagnose nodig van de trombosedienst of behandelend arts	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	Wordt bepaald door de trombosedienst	
Bijzonderheden	Voor zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden en toebehoren kunt u terecht bij alle trombosediensten in Nederland. De trombosedienst beoordeelt of u in aanmerking komt voor het gebruik van zelfmeetapparatuur.	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

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

Regeling zorgverzekering art. 2.6, onderdeel o

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

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts of diabetesverpleegkundige	

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	Gebruiksduur: <ul style="list-style-type: none"> • bloedglucosemeter: 3 jaar • apparatuur voor het afnemen van bloed: 2 jaar Gebruiksaantal gedurende de periode waarbij de verzekerde nagenoeg uitbehandeld is met orale middelen en behandeling met insuline wordt overwogen: <ul style="list-style-type: none"> • éénmalig 100 teststrips en éénmalig 100 lancetten Het aantal te vergoeden teststrips is afhankelijk van het voorschrift van de diabetesverpleegkundige of behandelend arts, waarbij de EADV-richtlijn als uitgangspunt wordt genomen.	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	Module Diabetes Hulpmiddelen zoals opgenomen in het Register van het Zorginstituut (ZiNL)	
Bijzonderheden	<ul style="list-style-type: none"> • De vergoeding van de kosten van teststrips is een vast bedrag per teststrip (ongeacht merk/type). • Er bestaat geen afzonderlijke vergoeding van de kosten van bloedglucosemeters, omdat de kosten zijn verdisconteerd in de kosten van de teststrips. 	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Freestyle Libre

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend internist of diabetesverpleegkundige (uit 2 ^e lijn)	Behandelend internist of diabetesverpleegkundige (uit 2 ^e lijn)
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	Gebruiksduur: <ul style="list-style-type: none"> • Reader: 3 jaar • Sensor: 2 weken 	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	SEMH ^[1] -gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling medisch speciaalzaken DISW, onderdeel D. Module Diabetes Hulpmiddelen zoals opgenomen in het Register van het Zorginstituut (ZiNL).	
Bijzonderheden	De toelichting van de behandelend internist of diabetesverpleegkundige bevat minimaal het volledig ingevulde landelijke 'Aanvraagformulier Flash Glucose Monitoring systeem'. Het aanvraagformulier is beschikbaar via de website van Zorgverzekeraars Nederland (ZN).	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Draagbare uitwendige insulinepomp

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend medisch specialist of diabetesverpleegkundige (uit 2 ^e lijn).	Behandelend medisch specialist of diabetesverpleegkundige (uit 2 ^e lijn)
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	Gebruiksduur: <ul style="list-style-type: none"> • Voor een conventionele insulinepomp: 4 jaar • Voor de PDM van de mylife Omnipod (of vergelijkbaar): 4 jaar Gebruiksaantallen: <ul style="list-style-type: none"> • Voor de mylife Omnipod (of vergelijkbaar) geldt een maximum aantal van 1 POD per 3 dagen. 	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

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

Regeling zorgverzekering art. 2.6 en art. 2.22

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

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	<ul style="list-style-type: none"> • Uitwendige infuuspomp: bruikleen • Toebehoren: eigendom 	<ul style="list-style-type: none"> • Uitwendige infuuspomp: bruikleen • Toebehoren: eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	De uitwendige infuuspomp wordt vergoed gedurende de periode dat de toe te dienen medicatie wordt vergoed uit het extramurale farmaciebudget en thuis wordt toegediend	De uitwendige infuuspomp wordt vergoed gedurende de periode dat de toe te dienen medicatie wordt vergoed uit het extramurale farmaciebudget en thuis wordt toegediend
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Hulpmiddelen voor de toediening van voeding

Regeling zorgverzekering art. 2.6 en art. 2.24

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

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Voedingspomp: bruikleen Toebehoren: eigendom	Voedingspomp: bruikleen Toebehoren: eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	De voedingspomp wordt vergoed gedurende de periode dat de toe te dienen dieetvoeding wordt vergoed uit het extramurale farmaciebudget en thuis wordt toegediend	De voedingspomp wordt vergoed gedurende de periode dat de toe te dienen dieetvoeding wordt vergoed uit het extramurale farmaciebudget en thuis wordt toegediend
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

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

Regeling zorgverzekering art.2.6 onderdeel s

Spraakvervangende hulpmiddelen

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Bruikleen	Bruikleen

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

Spraakversterkers

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

Hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering

Regeling zorgverzekering art. 2.6 en art. 2.26

Daisyspelers of daisyprogrammatuur voor dyslectici

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend medisch specialist	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	5 jaar	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Persoonlijke alarmeringsapparatuur

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Bruikleen	Bruikleen
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Ja	
Toelichting door	Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de behandelend arts of verpleegkundige zijn toegevoegd.	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	5 jaar	
Bijzonderheden	<ul style="list-style-type: none"> • Alarmeringsapparatuur moet het zelfstandig wonen mogelijk maken als een verzekerde sociaal en ADL-redzaam is, maar lichamelijk gehandicapt is en door ziekte of gebrek een verhoogd risico loopt in een noodsituatie terecht te komen. De apparatuur en opvolging dienen het ketenkeurmerk Personenalarmering van het WDTM te dragen. • Verzekerden komen voor deze apparatuur in aanmerking als: <ul style="list-style-type: none"> - er een duidelijke noodzaak bestaat om in geval van nood onmiddellijk medische of technische hulp van buitenaf in te roepen, en - de persoon bovendien gedurende langere tijd op zichzelf aangewezen is, en - de persoon niet in staat is in een noodsituatie de telefoon, zoals bijvoorbeeld een SOS-telefoon, zelfstandig te bedienen. • Voor persoonlijke alarmeringsapparatuur geldt dat er zowel aanspraak bestaat uit de Basisverzekering als uit de WMO (gemeente). In situaties die niet voldoen aan bovenstaande voorwaarden kunt u contact opnemen met uw gemeente. 	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren

Regeling zorgverzekering art. 2.6 onderdeel y

Uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Bruikleen	Bruikleen
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja

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

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

Regeling zorgverzekering art. 2.6 en art. 2.29

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

1. **SEMH:** Stichting Erkenningregeling voor leveranciers van Medische Hulpmiddelen,
2. **Zorgprofessional:** behandelend (huis)arts, behandelend medisch specialist, wijkverpleegkundige, transferverpleegkundige, wondverpleegkundige, verzorgende, fysiotherapeut, ergotherapeut, verloskundige of medewerker van de zorgaanbieder.

4 Nadere Voorwaarden geneesmiddelen

Op [menzis.nl](https://www.menzis.nl) staan 4 tabellen met geneesmiddelen. U kunt deze tabellen ook opvragen bij de Menzis Klantenservice op 088 222 40 40. Menzis stelt voor deze geneesmiddelen aanvullende voorwaarden.

Welke voorwaarden gelden er?

Welke voorwaarden gelden er voor de geneesmiddelen in tabel 1?

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

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

Tabel 1 vindt u op [menzis.nl](https://www.menzis.nl). U kunt deze ook opvragen bij de Menzis Klantenservice op 088 222 40 40. De artsverklaring vindt u op [znformulieren.nl](https://www.znformulieren.nl).

Welke voorwaarden gelden er voor de geneesmiddelen in tabel 2?

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

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

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

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

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

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

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

U kunt Tabel 2 vinden op [menzis.nl](https://www.menzis.nl). U kunt deze tabel ook opvragen bij de Menzis Klantenservice op 088 222 40 40.

Welke voorwaarden gelden er voor de geneesmiddelen in tabel 3?

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

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

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

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

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

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

Tabel 3 kan gedurende het jaar wijzigen. U kunt het meest recente overzicht vinden op [menzis.nl](https://www.menzis.nl). U kunt het overzicht ook opvragen bij de Menzis Klantenservice op 088 222 40 40.

Welke voorwaarden gelden er voor geneesmiddelen in tabel 4?

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

Tabel 4 kan gedurende het jaar wijzigen. U kunt het meest recente overzicht vinden op [menzis.nl](https://www.menzis.nl). U kunt het overzicht ook opvragen bij de Menzis Klantenservice op 088 222 40 40.

4.1 Preferente geneesmiddelen

Op [menzis.nl](https://www.menzis.nl) vindt u een actueel overzicht van de werkzame stoffen waarvoor Menzis preferente geneesmiddelen heeft aangewezen en welke geneesmiddelen dat zijn. U kunt het overzicht ook opvragen bij de Menzis Klantenservice op 088 222 40 40. U hebt alleen recht op vergoeding van het door ons aangewezen preferente geneesmiddel.

Tussentijdse uitbreiding

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

Medische noodzaak

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

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

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

4.2 Dieetpreparaten voor medisch gebruik

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

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

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

5 Reglement Pgb Verpleging en Verzorging

Artikel 1 Wat is een Pgb?

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

Artikel 2 Doelgroep

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

Artikel 3 Toekenningsvoorwaarden

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

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

1. u zich bij de eerdere verstrekking van een Pgb in de AWBZ, Wlz, WMO of Jeugdwet niet gehouden heeft aan de daarbij opgelegde verplichtingen,

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

Artikel 4 Weigeringsgronden

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

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

- schuldsaneringsregeling (Wsnp),
6. biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het Pgb verbonden verplichtingen,
 7. verleent zijn hulp tegen betaling,
 8. is zowel uw vertegenwoordiger als zorgverlener en niet uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad.

Artikel 5 Aanvraag Pgb

- 5.1 U kunt bij Menzis een Pgb aanvragen door een volledig ingevuld aanvraagformulier in te dienen. U kunt dit aanvraagformulier vinden op [menzis.nl/pgbv](https://www.menzis.nl/pgbv). U moet het aanvraagformulier invullen samen met een wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige komt daarvoor bij u op bezoek. Door het invullen van het aanvraagformulier stelt de wijkverpleegkundige uw behoefte aan verpleging en verzorging zoals bedoeld in artikel 2.2 vast. Deze vaststelling wordt ook wel indicatie genoemd. Door het invullen van het aanvraagformulier geeft u ook aan hoe u in uw behoefte aan zorg wilt voorzien. U kunt ervoor kiezen om de zorg waaraan u behoefte heeft volledig in te kopen met een Pgb. U kunt er ook voor kiezen om slechts een deel van die zorg in te kopen met een Pgb. De rest van de zorg waaraan u volgens de wijkverpleegkundige behoefte heeft, kunt u dan krijgen overeenkomstig de verzekeringsvoorwaarden van Menzis. Het aantal uren zorg waarvoor u een Pgb aanvraagt, mag nooit hoger zijn dan het aantal uren verpleging en verzorging waaraan u volgens uw wijkverpleegkundige behoefte heeft.
- 5.2 Het ingevulde aanvraagformulier mag op het moment van indienen niet ouder zijn dan 3 maanden. Het is niet mogelijk om tegelijkertijd meerdere aanvraagformulieren naast elkaar in te dienen. Uw aanvraag voor een Pgb kan slechts gebaseerd zijn op één aanvraagformulier.
- 5.3 Alleen een wijkverpleegkundige met een afgeronde hbo-opleiding Verpleegkunde met een BIG-registratie mag het aanvraagformulier met u invullen. Als u jonger dan 18 jaar bent, dan mag het aanvraagformulier alleen worden ingevuld door een wijkverpleegkundige met een afgeronde hbo-opleiding Kinderverpleegkunde met een BIG-registratie die bovendien zelfstandig of via zijn/ haar werkgever is aangesloten bij de Branchevereniging Integrale Kindzorg (BINKZ).
- 5.4 De wijkverpleegkundige die het aanvraagformulier met u invult mag niet uw zorgverlener zijn, tenzij Menzis een overeenkomst heeft met die wijkverpleegkundige. Deze wijkverpleegkundige die het aanvraagformulier met u invult mag ook niet uw vertegenwoordiger, uw partner of uw bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad zijn. Ook mag de wijkverpleegkundige die het aanvraagformulier met u invult geen partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad van uw vertegenwoordiger zijn.
- 5.5 De wijkverpleegkundige moet u voorafgaand aan het invullen van het aanvraagformulier hebben bezocht en moet zich bij het invullen van het aanvraagformulier houden aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving. Als u jonger dan 18 jaar bent, moet de wijk(kinder)verpleegkundige het aanvraagformulier invullen aan de hand van het Medisch Kindzorgsysteem (MKS).
- 5.6 Voor zover in uw zorgbehoefte kan worden voorzien door de verlening van netwerkzorg door uw partner, ouders, inwonende kinderen en/of andere huisgenoten, mag uw wijkverpleegkundige die netwerkzorg niet meetellen bij het vaststellen van uw behoefte aan verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.2. Netwerkzorg is de zorg waarvan in het algemeen redelijkerwijs mag worden verwacht dat

partners, ouders, inwonende kinderen en/of andere huisgenoten die aan elkaar verlenen.

- 5.7 Als u moeite heeft met de Nederlandse taal moet de wijkverpleegkundige aan de hand van de Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg, beoordelen of er een tolk nodig is bij het gezamenlijk invullen van het aanvraagformulier en – indien dat het geval is – een tolk inschakelen.
- 5.8 Als u behoefte heeft aan Palliatieve Terminale Zorg (PTZ), dan moet u bij uw aanvraagformulier ook een verklaring van uw huisarts voegen, waaruit blijkt dat u een levensverwachting heeft van minder dan 3 maanden.
- 5.9 Als Menzis uw volledig ingevulde aanvraagformulier heeft ontvangen, kan Menzis u vragen om uw aanvraag tijdens een persoonlijk gesprek toe te lichten. Dit gesprek wordt ook wel 'bewuste-keuzegesprek' genoemd. Als uit uw volledig ingevulde aanvraagformulier al voldoende duidelijk blijkt dat u geen recht heeft op een Pgb, kan Menzis besluiten om af te zien van een bewuste-keuzegesprek.

Artikel 6 Toekenningsverklaring

- 6.1 Als uit uw aanvraagformulier en het bewuste-keuzegesprek blijkt dat u behoort tot de doelgroep zoals omschreven in artikel 2 en u voldoet aan alle toekenningsvoorwaarden en zich geen weigeringsgronden voordoen, ontvangt u van Menzis een schriftelijke toekenningsverklaring. In deze toekenningsverklaring staat vermeld:
 - a. de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring,
 - b. de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring,
 - c. de hoogte van uw Pgb in het lopende kalenderjaar en het aantal uren zorg waarop de hoogte van uw Pgb is gebaseerd.
- 6.2 Als ingangsdatum van uw toekenningsverklaring geldt de datum waarop Menzis het volledig ingevulde aanvraagformulier van u heeft ontvangen, tenzij uit uw aanvraagformulier blijkt dat u wilt dat de toekenningsverklaring op een later moment ingaat. In dat geval gaat de toekenningsverklaring in op de door u aangegeven datum.
- 6.3 Op basis van de inschattingen van uw wijkverpleegkundige, kan Menzis aan uw toekenningsverklaring een geldigheidsduur toekennen van maximaal 2 jaar. Gedurende de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring behoudt u uw recht op een Pgb. Als u in 2015 of 2016 een toekenningsverklaring heeft ontvangen met een geldigheidsduur van meer dan 2 jaar, dan blijft deze toekenningsverklaring geldig tot de geldigheidsduur is verstreken. De hoogte van het Pgb wordt ieder kalenderjaar opnieuw vastgesteld op basis van de verzekeringsvoorwaarden die in dat kalenderjaar gelden en kan van jaar tot jaar verschillen.
- 6.4 Als de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken, kunt u uw Pgb alleen behouden door opnieuw een Pgb aan te vragen. Uw nieuwe Pgb gaat op zijn vroegst pas in op de datum waarop Menzis het volledig ingevulde aanvraagformulier van u heeft ontvangen. Vraag daarom tijdig vóór het verstrijken van de geldigheidsduur van uw huidige toekenningsverklaring aan uw wijkverpleegkundige om het nieuwe aanvraagformulier met u in te vullen.
- 6.5 Als u voor het verstrijken van de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring overstapt naar een andere zorgverzekeraar, dan geldt de toekenningsverklaring ook bij die andere zorgverzekeraar. Als u ook bij uw nieuwe zorgverzekeraar een Pgb wilt ontvangen, dan hoeft u daarvoor niet opnieuw een

volledig ingevuld aanvraagformulier in te dienen. Wel zal uw nieuwe zorgverzekeraar zelf de hoogte van uw Pgb vaststellen op basis van zijn eigen Pgb-reglement. Uw nieuwe zorgverzekeraar kan u vragen om uw toekenningsverklaring op te sturen. Het is daarom belangrijk dat u deze goed bewaart.

6.6 De hoogte van uw Pgb wordt ieder kalenderjaar opnieuw vastgesteld op basis van de verzekeringsvoorwaarden die in dat kalenderjaar gelden. De hoogte van uw Pgb kan van jaar tot jaar verschillen. Als u zowel bij formele als informele zorgaanbieders zorg wilt inkopen, wordt de hoogte van uw Pgb vastgesteld door het aantal uren verpleging en verzorging dat u met een Pgb wilt inkopen te vermenigvuldigen met de onderstaande tarieven.

- Persoonlijke verzorging: € 30,72 per uur
- Verpleging: € 55,80 per uur

Als u alleen bij informele zorgaanbieders zorg wilt inkopen, wordt de hoogte van uw Pgb vastgesteld door het aantal uren verpleging en verzorging dat u met een Pgb wilt inkopen te vermenigvuldigen met € 25,56 per uur.

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

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

Artikel 7 Declareren uit uw Pgb

7.1 U kunt uw Pgb alleen besteden aan verpleging en verzorging zoals bedoeld in artikel 2.2, behalve:

- a. voor zover die verpleging en verzorging casemanagement betreft,
- b. voor zover die verpleging en verzorging netwerkzorg betreft die wordt verleend door uw partner, inwonend(e) kind(eren), andere huisgenoten of – als u minderjarig bent – uw ouders. Netwerkzorg is de zorg waarvan in het algemeen redelijkerwijs mag worden verwacht dat partners, ouders, inwonende kinderen en/ of andere huisgenoten die aan elkaar verlenen.

U kunt uw Pgb niet besteden aan verblijf.

7.2 U kunt uw Pgb alleen besteden aan zorg van goede kwaliteit. Zorg is in ieder geval niet van goede kwaliteit als u door de manier waarop die zorg wordt verleend, gezondheidsrisico's loopt.

7.3 U mag uw Pgb niet besteden aan zorg die is geleverd door uw vertegenwoordiger, tenzij dat uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is.

7.4 U kunt uw Pgb alleen besteden aan zorg die geleverd is ná de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring. U bent zelf verantwoordelijk voor betaling van de zorg die u inkoop. Eventuele incassokosten of andere kosten die worden veroorzaakt doordat u uw zorgaanbieders niet tijdig betaalt, kunnen niet uit uw Pgb worden vergoed. Geleverde zorg kunt u alleen achteraf bij Menzis declareren, door indiening van de nota van uw zorgverlener. Menzis verzoekt u de nota's uiterlijk binnen 3 maanden na het leveren van de zorg bij Menzis in te dienen.

7.5 Een nota van uw zorgverlener dient in ieder geval de volgende gegevens te bevatten:

- a. de naam van de zorgverlener,
 - b. het uurloon van de zorgverlener,
 - c. een urenspecificatie, uitgedrukt in eenheden van 5 minuten,
 - d. een omschrijving van de geleverde zorg,
 - e. als uw zorgverlener een formele zorgaanbieder is: de AGB-code van de zorgverlener.
- 7.6 Nota's die niet alle in artikel 7.5 bedoelde gegevens bevatten, worden niet door Menzis vergoed. Door indiening van een nota, verklaart u dat de nota juist is en de gedeclareerde zorg daadwerkelijk geleverd is. U moet voor het indienen van nota's gebruikmaken van de declaratieformulieren die u kunt vinden op menzis.nl/pgbvv. Menzis vergoedt nota's uitsluitend door betaling op de bij Menzis van u bekende bankrekening. U kunt niet uitsluitend voor de uitbetaling van de vergoeding van nota's een andere bankrekening aanwijzen.
- 7.7 Indien en voor zover één en dezelfde natuurlijke persoon meer dan 40 uur per week zorg aan u heeft verleend, worden de nota's voor de door deze persoon geleverde zorg niet vergoed. Dit betekent dat als door één en dezelfde natuurlijk persoon in één week 45 uur zorg is verleend, slechts 40 uur van die zorg wordt vergoed. De resterende 5 uur zorg moet u dan zelf betalen.
- 7.8 Nota's worden door Menzis vergoed tot een maximumtarief. Dit maximumtarief is een all- in tarief. Dit betekent dat daarin alle aanvullende kosten, zoals reis- en verblijfskosten zijn inbegrepen. Voor een formele zorgverlener gelden de volgende maximumtarieven:
- Persoonlijke verzorging: € 39,00 per uur
 - Verpleging: € 57,72 per uur
- 7.9 Voor informele zorgverleners geldt een maximumtarief van € 23,52 per uur, ongeacht het type zorg dat geleverd wordt. Dit maximumtarief is een all-in tarief. Dit betekent dat daarin alle aanvullende kosten, zoals reis- en verblijfskosten zijn inbegrepen.
- 7.10 Informele zorgaanbieders zijn zorgaanbieders die:
- a. uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad zijn, en/of
 - b. niet als verpleegkundige zijn ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG, en/of
 - c. niet in het Handelsregister zijn ingeschreven met een SBI-code beginnend met 86, 87 of 88.
- Formele zorgaanbieders zijn alle zorgaanbieders die geen informele zorgaanbieder zijn.
- 7.11 U kunt met uw zorgverleners hogere tarieven afspreken, maar u moet dan zelf het verschil betalen tussen het tarief dat u heeft afgesproken en het maximumtarief dat door Menzis wordt vergoed.
- 7.12 Aan het eind van de periode waarvoor uw Pgb is vastgesteld, vervalt het deel van uw Pgb dat u nog niet besteed heeft. U kunt het ongebruikte deel van uw Pgb niet meenemen naar een volgend kalenderjaar.
- 7.13 Als u uw gehele Pgb al heeft besteed, dan worden nieuwe nota's die betrekking hebben op de periode waarvoor de hoogte van het Pgb was vastgesteld, niet meer door Menzis vergoed. Zie ook artikel 8 onder j.

Artikel 8 Verplichtingen

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

- a. u bent verplicht om de afspraken die u maakt met uw zorgverleners schriftelijk vast te leggen in zorgovereenkomsten. In de zorgovereenkomst moet u in ieder geval opnemen:
 1. uw naam, het adres en de woonplaats,
 2. de naam, het adres en de woonplaats van de zorgverlener,
 3. als uw zorgverlener een formele zorgaanbieder is: de AGB-code van de zorgverlener,
 4. de looptijd van de overeenkomst,
 5. welke zorg zal worden geleverd,
 6. het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en de momenten waarop die zorg zal worden geleverd,
 7. het tarief dat u per uur voor de geleverde zorg zult betalen,
 8. of uw zorgverlener ook uw vertegenwoordiger is,
 9. of uw zorgverlener een partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is. De zorgovereenkomst moet worden ondertekend door uzelf of uw vertegenwoordiger en de zorgverlener. Een voorbeeld van een zorgovereenkomst kunt u vinden op [menzis.nl/pgbvv](https://www.menzis.nl/pgbvv)
- b. het is niet toegestaan om één en dezelfde natuurlijke persoon meer dan 40 uur per week zorg aan u te laten verlenen. Het is niet toegestaan om zorg aan u te laten verlenen door een zorgverlener die jonger is dan 15 jaar,
- c. het is niet toegestaan om met uw zorgverlener een vast maandloon af te spreken. U mag uw zorgverlener alleen betalen voor daadwerkelijk geleverde zorg. Alleen als u in 2015 al met uw zorgverlener een vast maandloon heeft afgesproken, mag u uw zorgverlener een vast maandloon betalen zolang uw toekenningsverklaring nog geldig is. Als u een nieuwe toekenningsverklaring ontvangt, mag u uw zorgverlener geen vast maandloon meer betalen.
- d. u bent verplicht om uw zorgverleners uitsluitend giraal te betalen. U mag uw zorgverleners niet contant betalen,
- e. u bent verplicht om minimaal 5 jaar lang de volgende documenten te bewaren:
 1. uw aanvraagformulier en alle bijbehorende bijlagen,
 2. alle zorgovereenkomsten die u met uw zorgverleners heeft gesloten,
 3. alle facturen, nota's en urenregistraties die u van uw zorgverleners ontvangt,
 4. betalingsbewijzen waaruit blijkt dat u de facturen en nota's van uw zorgverleners giraal heeft betaald,
 5. indien van toepassing: de beschikking van de rechtbank waarbij uw curator, bewindvoerder, mentor of voogd benoemd is,
- f. u bent verplicht om op verzoek van Menzis inzage te geven in de hierboven onder e. genoemde documenten en mee te werken aan onderzoek door Menzis naar de besteding van uw Pgb en de kwaliteit van de door u ingekochte zorg,
- g. als u een Pgb aanvraagt voor het inkopen van zorg die daarvoor al aan u werd verleend overeenkomstig de verzekeringsvoorwaarden van Menzis, dan bent u verplicht om de verlening van die zorg zelf te beëindigen vóórdat de toekenningsverklaring ingaat,
- h. als uw zorgbehoefte toeneemt of afneemt of anderszins wezenlijk wijzigt, bent u verplicht om uw wijkverpleegkundige opnieuw te laten vaststellen hoeveel uren zorg u nodig heeft. U bent verplicht om vervolgens samen met de wijkverpleegkundige opnieuw een aanvraagformulier in te vullen en in te dienen bij Menzis,
- i. u bent verplicht om Menzis te informeren over ontwikkelingen die relevant kunnen zijn voor uw recht op een Pgb. U bent in ieder geval verplicht om Menzis te informeren als:

1. zich een situatie voordoet op grond waarvan uw Pgb automatisch eindigt of op grond waarvan Menzis uw Pgb kan beëindigen (zie ook artikel 9),
 2. uw behoefte aan zorg toeneemt of afneemt of anderszins wezenlijk wijzigt,
 3. u langer dan 2 maanden in het buitenland gaat verblijven,
 4. u langer dan 60 aaneengesloten dagen in een zorginstelling, instelling voor eerstelijns verblijf (ELV) of ziekenhuis verblijft,
- j. u bent verplicht om uw Pgb zodanig te besteden dat u gedurende de gehele periode waarvoor het Pgb is vastgesteld, met behulp van uw Pgb zelf kunt voorzien in uw behoefte aan zorg. U mag uw Pgb niet zodanig besteden, dat uw gehele Pgb al voor het einde van de periode waarvoor het is vastgesteld, volledig zal zijn besteed.
- k. u bent verplicht om maximaal eenmaal per jaar mee te werken aan de evaluatie van uw zorgbehoefte als de wijkverpleegkundige die uw zorgbehoefte heeft vastgesteld, daarom verzoekt. Als uit de evaluatie blijkt dat uw zorgbehoefte is toegenomen of afgenomen, bent u verplicht om vervolgens samen met de wijkverpleegkundige opnieuw een aanvraagformulier in te vullen en in te dienen bij Menzis.

Artikel 9 Einde en wijziging van het Pgb

9.1 Uw recht op Pgb eindigt automatisch met ingang van de dag waarop:

- a. u niet langer behoort tot de in artikel 2 bedoelde specifieke doelgroep,
- b. de zorg waaraan u behoefte heeft, kan worden bekostigd op grond van een ander wettelijk voorschrift dan de Zorgverzekeringswet, zoals de Wet langdurige zorg of de Wet maatschappelijke ondersteuning,
- c. u failliet bent verklaard of de wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnp) op u van toepassing is verklaard,
- d. als u de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt: één van uw ouders of voogden failliet is verklaard of is toegelaten tot de wettelijke schuldsanering (Wsnp),
- e. u volgens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres,
- f. rechtens uw vrijheid is ontnomen,
- g. u met uw Pgb uitsluitend nog zorg inkoop bij zorgverleners waarmee Menzis een overeenkomst heeft gesloten tot het leveren van zorg. Op menzis.nl/zorgvinder kunt u lezen met welke zorgaanbieders Menzis een overeenkomst heeft gesloten,
- h. u om beëindiging van het Pgb verzoekt,
- i. de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken,
- j. uw zorgverzekering eindigt.

9.2 Menzis kan uw recht op Pgb ook beëindigen:

- a. met ingang van de dag waarop u niet langer in staat bent om op eigen kracht te voldoen aan de in artikel 3.1 genoemde toekenningsvoorwaarden en u ook geen hulp van een vertegenwoordiger heeft,
- b. met ingang van de dag waarop uw vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3.1 genoemde toekenningsvoorwaarden):
 1. niet langer uw curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is,
 2. bij andere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
 3. volgens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres,

4. zijn/haar vrijheid rechtens is ontnomen,
 5. failliet is verklaard of op hem/haar de wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnp) van toepassing is verklaard,
 6. anderszins niet langer voldoende waarborg biedt voor het nakomen van de voor u aan het Pgb verbonden verplichtingen,
 7. uw zorgverlener en niet ook uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is,
- c. met ingang van de dag waarop u zich niet (meer) houdt aan de aan het Pgb verbonden verplichtingen,
 - d. met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat met het Pgb wordt, of zal worden voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit. Zorg is in ieder geval niet van goede kwaliteit als u door de manier waarop die zorg wordt verleend, gezondheidsrisico's loopt,
 - e. met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat de continuïteit van de te ontvangen zorg voldoende gewaarborgd is in situaties waarin uw zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins niet in staat zal zijn de benodigde zorg te verlenen,
 - f. met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, als de toekenningsverklaring is gebaseerd op door u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens en verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing had geleid.
- 9.3 In uw aanvraagformulier heeft u gekozen hoe u in uw zorgbehoefte wilt voorzien. U heeft er daarbij voor gekozen om de zorg waaraan u behoefte heeft volledig of slechts gedeeltelijk in te kopen met een Pgb. Zolang uw toekenningsverklaring geldig is, kunt u de manier waarop u in uw zorgbehoefte wilt voorzien, wijzigen. U kunt ervoor kiezen om een groter of juist kleiner deel van de zorg waaraan u behoefte heeft, in te kopen met een Pgb. U kunt daarvoor gebruikmaken van het wijzigingsformulier dat u kunt vinden op menzis.nl/pgbv. De wijziging gaat in op de datum waarop Menzis het volledig ingevulde wijzigingsformulier van u heeft ontvangen, of zoveel later als u op dat wijzigingsformulier heeft aangegeven. Als gevolg van de wijziging wordt de hoogte van uw Pgb naar rato opnieuw vastgesteld zoals omschreven in artikel 6.6.

Voorbeeld

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

- 5 uur verpleging x € 55,80 x 52 weken x (153/365) = € 6.081,44.

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

- 10 uur persoonlijke verzorging x € 30,72 x 52 weken x (92/365) = € 4.026,42.

- 9.4 Als u samen met uw wijkverpleegkundige een nieuw aanvraagformulier heeft ingevuld omdat uw zorgbehoefte is toegenomen of afgenomen of anderszins wezenlijk is gewijzigd en u dit formulier bij Menzis heeft ingediend, geldt dit als een verzoek tot onmiddellijke beëindiging van het lopende Pgb en

als een verzoek tot toekenning van een nieuw Pgb op basis van het nieuwe aanvraagformulier. Uw lopende Pgb eindigt met ingang van de dag waarop Menzis uw nieuwe aanvraagformulier heeft ontvangen. De ingangsdatum van uw nieuwe toekenningsverklaring wordt bepaald door artikel 6.2.

- 9.5 Als uw Pgb voor het einde van een kalenderjaar eindigt, dan wordt uw Pgb naar rato verlaagd. Uw Pgb zal zodanig worden verlaagd dat de hoogte van het Pgb per dag dat u daarop recht had, ongewijzigd blijft.

Voorbeeld

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

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

Voorbeeld

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

Artikel 10 Terugvordering

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

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.

Zorgverzekeringswet

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.