

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs, mr. J.J.M. Linders en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202401903

Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoeker,

en

CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 18 oktober 2024 een klacht voorgelegd aan SKGZ. Bij brief van 29 januari 2025 heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen aan verzoeker meegedeeld het dossier over te dragen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie). Op 30 januari 2025 heeft een intakegesprek plaatsgevonden, dat dezelfde dag schriftelijk aan verzoeker is bevestigd. Op 31 januari 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 24 april 2025 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op dezelfde dag aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 19 juni 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025012793) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 20 juni 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 16 juli 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. Na de hoorzitting is de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld een nadere reactie te geven, wat hij bij brief van 1 september 2025 heeft gedaan. Deze brief is op 3 september 2025 in kopie aan verzoeker gezonden, met de vraag de commissie binnen drie weken mee te delen of hiermee het geschil is opgelost. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 28 september 2025 meegedeeld zijn revalidatiearts te hebben gevraagd om een reactie, en heeft verzocht om uitstel. Dit uitstel is aan hem verleend, waarna verzoeker bij e-mailbericht van 9 oktober 2025 een brief van de revalidatiearts van 2 oktober 2025 heeft gestuurd. Kopieën van deze stukken zijn op 10 oktober 2025 aan de zorgverzekeraar gestuurd, met de vraag hierop binnen drie weken te reageren. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 29 oktober 2025 gereageerd. Een kopie van deze brief is op 30 oktober 2025 aan verzoeker gezonden, met de vraag de commissie binnen drie weken mee te delen of het geschil is opgelost. Hierop heeft verzoeker niet gereageerd, waarna hem op 21 november 2025 een herinneringsbrief is gestuurd met een nieuwe termijn van tien dagen. Ook

hierop heeft verzoeker niet gereageerd, waarop de procedure naar de stand van dat moment is voortgezet.

- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nadien gewisselde stukken zijn op 16 december 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 19 juni 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 18 december 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. Bij brief van 2 april 2024 heeft de behandelend revalidatiearts over verzoeker verklaard:

"Hierbij de motivatie voor een Genium-X3.

Diagnose

Traumatische transfemorale amputatie rechts in 2011 t.g.v. een terroristische aanslag.

Comorbiditeit

Traumatische schade spieren en pezen linkerkuit m.a.g. klapvoet, geopereerd 2016 (Israël)

Motivation Genium X-3:

Op dit moment heeft patiënt een Genium knie welke hij gebruikt i.c.m. een badprothese. Echter is dit niet afdoende op dit moment om optimaal te kunnen functioneren. Met de badprothese ervaart hij (ook vanwege de voetheffersparese aan de linkerkant) problemen in de badkamer. O.a. tijdens de zorg voor zijn nog jonge kinderen ervaart hij instabiliteit. Daarnaast is patiënt nu niet in staat om veilig met zijn kinderen te zwemmen. Met zijn badprothese is patiënt niet snel genoeg en niet behendig genoeg om samen veilig met zijn kinderen te kunnen zwemmen. Zijn kinderen kunnen nog niet zelfstandig zwemmen en hebben toezicht en hulp van hem nodig. Hij gaat gemiddeld 1x per week zwemmen. Binnenkort gaat zijn zoon ook starten met zwemles en zal hij 2x per week gaan zwemmen. Daarnaast wordt hij beperkt op het strand. Patiënt wil daarnaast graag gaan deelnemen aan watersporten o.a. waterskiën wat niet lukt met huidige voorzieningen.

Patiënt heeft een hoog activiteitsniveau, wat een K3-4 level betekent, en de Genium-X3 is een knie voor mensen met dit activiteitsniveau en kan hem ondersteunen om wel veilig te kunnen deelnemen aan zorg voor en activiteiten met zijn gezin doordat deze waterproof is en de stabiliteit geeft die hij nodig heeft. Daarnaast hoeft patiënt dan ook niet meer continu(...) te wisselen tussen zijn huidige prothese en de badprothese."

- 2.3. Verzoeker heeft op 16 april 2024 bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor een "bovenbeenprothese met Genium X3". De zorgverzekeraar heeft deze aanvraag afgewezen.
- 2.4. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 8 oktober 2024 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 19 juni 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 18 december 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar is gehouden de aangevraagde bovenbeenprothese met een Genium®X3 protheseknie aan hem te verstrekken, ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe in het klachtenformulier van 18 oktober 2024 verklaard dat hij al twaalf jaren gebruik maakt van een bovenbeenprothese. Hij heeft voorheen een C-Leg® gehad en beschikt momenteel over een Genium® protheseknie met daarnaast een badprothese. Er bestaat bij hem al jarenlang de wens watersporten, zoals kitesurfen en jetskiën, te gaan beoefenen. Dit is met de badprothese echter niet mogelijk. Bovendien raakt deze prothese beschadigd door binnendringen van zand tijdens een bezoek aan het strand. Verzoeker heeft gedurende enkele jaren rolstoelbasketbal gespeeld. Sporten is een belangrijk onderdeel van zijn leven, met name in het water, waarin hij zich vrij voelt. Hij heeft zijn hele leven gezwommen, vooral na zijn blessure. Vanwege onder andere het vele zwemmen is zijn bovenlichaam zeer sterk. Hij wil graag een sport beoefenen waarmee hij meer tijd in het water kan doorbrengen. Verzoeker is ook vader van twee kinderen van zeven en vier jaar oud. Elke keer dat hij met hen het zwembad bezoekt, ervaart hij de instabiliteit van zijn huidige prothese. Vooral de knie van de badprothese is zeer instabiel. Nadat zijn linkerbeen gewond raakte heeft hij geen volledige controle meer over zijn linkervoet. De Genium® X3 protheseknie zorgt ervoor dat hij in een natte omgeving, zoals een zwembad of de douche, veel meer stabiliteit heeft. Deze protheseknie stelt hem bovendien in staat om niet steeds zijn beenprothesen te hoeven wisselen. Dit is zeker tijdens het zwemmen en vakanties erg prettig. Verzoeker krijgt een budget vanuit Israël voor prothesen. Met het budget van de zorgverzekeraar erbij kan hij de door hem benodigde bovenbeenprothese met een Genium® X3 protheseknie aanschaffen.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat hij een slecht linkerbeen heeft; hij heeft een klapvoet en gebruikt een brace. Hij kreeg in 2011 voor zijn rechterbeen zijn eerste prothese. Dit was een C-Leg®. Nu heeft hij al 7,5 jaar een Geniumprothese. Het rechterbeen is met de prothese feitelijk zijn sterkste been en moet voor stabiliteit zorgen, omdat het linkerbeen niet genoeg stabiliteit geeft. Hij beschikt op dit moment ook over een badprothese, die hij voornamelijk gebruikt in de badkamer bij het douchen. Hij heeft deze prothese ook geprobeerd bij het zwembad en aan het strand, maar hij is op die plaatsen een aantal keren gevallen, omdat hij onvoldoende stabiliteit had. Op het strand kan hij bovendien niet uit met de badprothese. Als er een klein steentje of zand in het scharnier van de prothese komt, werkt deze niet meer goed. Verzoeker is vader van twee kinderen en elke keer dat hij naar het zwembad gaat of naar het strand wil, moet hij met een rolstoel gaan. Het strand is niet geschikt voor een rolstoel en hij kan daarmee in het water niets doen met de kinderen. Hij gaat nu naar het strand of zwembad met een rolstoel en doet dan de badprothese aan, maar deze is, zoals gezegd, meer geschikt om bij huis te blijven. Met alleen een rolstoel kan verzoeker minder dingen doen met zijn kinderen. De badprothese kan ook worden gebruikt bij het douchen in het zwembad, zodat hij daar niet op de grond hoeft te gaan zitten. Het probleem is dat de badprothese hem niet voldoende stabiliteit geeft in verband met zijn slechte linkerbeen. Deze prothese kan worden vastgezet en dan blijft hij recht staan. Douchen kan daarom wel, maar lopen in natte ruimtes niet, omdat de prothese onvoldoende stabiliteit geeft. Op het strand lopen kan helemaal niet, omdat een stevige ondergrond ontbreekt. Voor verzoeker is zwemmen belangrijk. Gedurende de eerste drie jaren na het ongeval had hij last van rugpijn, en hij heeft bij hydrotherapie geleerd om te zwemmen zonder gebruikmaking van de prothese. Hierdoor blijft zijn rug goed en gaat deze niet achteruit. Hij gaat in de zomer minimaal vier keer naar het strand of zwembad. Verzoeker heeft ook aan kajakken gedaan en wil gaan kitesurfen. Nu zijn kinderen ouder zijn wil hij graag meer met hen samendoen. Hij gaat drie keer per week sporten en speelt rolstoelbasketbal in de eerste divisie. Het is voor hem belangrijk dat hij goed kan blijven sporten. Daardoor blijft zijn lichaam in een betere conditie. Als hij naar Israël gaat, kan hij ook duiken en snorkelen. Hij beweegt zich makkelijker in het water dan daarbuiten. Voor

verzoeker is water heel belangrijk, ook om rust te blijven voelen. De prothese die hij nu heeft, mag een beetje nat worden door regen, maar niet door en door. Er is ook een andere prothese, van een ander merk, die nat mag worden, maar deze geeft niet de stabiliteit die hij nodig heeft in verband met zijn linkerbeen. Hij weet dat hij met de Genium® X3 protheseknie ook kan zwemmen, maar dit is niet de belangrijkste reden voor de aanvraag. Het is fijn als hij niet meer hoeft te wisselen tussen prothesen en hij steeds voldoende stabiliteit heeft. De huidige Genium® prothese geeft voor het lopen stabiliteit. De aangevraagde Genium® X3 protheseknie geeft vooral extra zekerheid op vochtige en niet stabiele plekken.

- 3.4. De behandelend revalidatiearts heeft bij brief van 2 oktober 2025 over verzoeker verklaard:

“Patiënt heeft een afwijzing gekregen voor een Genium X3 knie en vraagt wat wij nog kunnen betekenen. De voordelen van een Genium X3 protheseknie zijn dat deze knie relatief veel stabiliteit biedt, bij een patiënt waarbij er naast een bovenbeenamputatie rechts ook sprake is van verminderde functie van zijn linkerbeen. Ik begrijp de behoefte aan een waterdichte protheseknie, omdat een badprothese minder stabiliteit biedt en extra valrisico, m.n. tijdens dubbeltaken zoals verzorging van zijn kinderen. Het wisselen naar een badprothese, in een waterrijke omgeving, lijkt me praktisch onhandig, omdat dan steeds een extra prothese meegenomen moet worden, naar een zwembad of strand. Ook begrijp ik de zorg van patiënt dat stabiliteit tijdens staande dubbeltaken minder zal zijn met een Navii protheseknie. In de beoordeling van verzekeraar staat dat een Genium X3 knie alleen geschikt is voor patiënten met K4+ niveau. Deze knie is volgens de fabrikant ook geschikt voor K3-4 niveau. Wat wij kunnen bieden: AAK-protocol doorlopen met bijbehorende klinimetrie, zowel met Genium X3 als met Navii, om zo een duidelijkere uitspraak te kunnen doen, over verschil in niveau van functioneren. Graag vernemen wij of het nodig is om dergelijk protocol te starten.”

4. Standpunt zorgverzekeraar

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op een Genium® X3 protheseknie. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 8 oktober 2024 aangevoerd dat de paramedisch adviseur de doelmatigheid van de inzet van de prothese op basis van de aangeleverde gegevens niet kan vaststellen. Hieruit volgt niet dat verzoeker ernstige beperkingen in zijn dagelijkse (of sociale) activiteiten ervaart, waardoor de inzet van een Genium® X3 niet medisch noodzakelijk is. Daarnaast is deze protheseknie veel duurder dan andere, vergelijkbare voorzieningen. De zorgverzekeraar mag niet onnodig dure zorg of onnodig veel zorg vergoeden. Deze regelgeving bestaat om ervoor te zorgen dat de zorgkosten in Nederland niet (nog) verder oplopen.
- 4.2. In zijn brief aan de commissie van 24 april 2025 heeft de zorgverzekeraar aanvullend verklaard dat verzoeker vanaf 2020 bij hem is verzekerd. De zorgverzekeraar heeft de eerdere C-Leg® en de Genium® protheseknie waarover verzoeker spreekt dus niet vergoed. De zorgverzekeraar heeft voor verzoeker dan ook niet eerder de beoordeling gedaan óf een protheseknie van het type AAK (auto adaptieve knie) de meest doelmatige oplossing was, omdat een mechanische protheseknie onvoldoende adequaat zou zijn. Ook heeft de zorgverzekeraar niet de beschikking over duidelijke zorginhoudelijke informatie, waaruit blijkt welke beperkingen in welke activiteiten met de C-Leg® hebben geleid tot de afweging dat de inzet van een Genium® protheseknie een noodzakelijke inzet was, die ook aan de doelmatigheidseisen voldoet. De zorgverzekeraar beschikt alleen over de brief van de revalidatiearts en informatie van verzoeker die is ingestuurd met de aanvraag. Voor de volledigheid merkt de zorgverzekeraar op dat bij deze aanvraag geen PPP-formulier (het Prothese Prescriptie Protocol is onderdeel van de landelijke module prothese) was gevoegd. Bedoeld protocol is een uitwerking van de procesbeschrijving hulpmiddelenzorg specifiek voor prothesen, waarmee het advies tot een prothese kan worden gestructureerd, onderbouwd en geëvalueerd. De zorgverzekeraar heeft echter zo goed mogelijk

gekeken naar de aanwezige informatie voor de onderbouwing en merkt hierover het volgende op. Op grond van de medische gegevens uit de verklaring van de behandelend revalidatiearts en de gezondheidssituatie van het niet geamputeerde been is voorstelbaar dat er destijds voor de veiligheid van een AAK is gekozen. De keuze voor merk en type wordt gemaakt op basis van het pakket van eisen waaraan de functionele eigenschappen van de knie moeten voldoen (wanneer - in welke situatie - moet de knie stabiel zijn, en voor welke activiteiten moet de knie vrij bewegen, is traplopen een vereiste of een wens, en op welke manier moet dat kunnen, is fietsen belangrijk, en op welke manier laat de knie dat toe?, etc.). Verschillende merken en typen hebben andere functionele eigenschappen en specificaties en deze worden tegen elkaar afgewogen bij het maken van de keuze voor een protheseknie. Uiteindelijk moet deze adequaat zijn voor wat iemand ermee moet doen, maar niet meer of uitgebreider dan dat, omdat de voorziening niet boven adequaat én doelmatig moet zijn. Bij deze dure voorzieningen gaat het om de beoordeling of de meerwaarde van het gevraagde hulpmiddel opweegt tegen de extra kosten van het hulpmiddel.

- 4.3. In dit geval gaat het naar de mening van de zorgverzekeraar niet om beperkingen in activiteiten vanwege functionele eigenschappen die het huidige hulpmiddel niet heeft. Verzoeker heeft momenteel een Genium® protheseknie die hem blijkbaar in staat stelt om volledig mee te doen in de maatschappij en zijn gezin. Daarnaast heeft hij een badprothese als tweede voorziening. Aangezien deze badprothese niet door de zorgverzekeraar is verstrekt, kent hij de uitvoering daarvan niet, maar normaal gesproken is een badprothese geschikt voor het zich verplaatsen in natte ruimten, zoals een douche, badkamer of zwembad. Zo'n voorziening kan tegen zout water, chloor en zeep. In de motivatie leest de zorgverzekeraar niet terug dat verzoeker niet kan gaan zwemmen (hij zwemt 1x per week) en hij gaat ook met zijn kinderen naar zwembles. De behandelend revalidatiearts heeft het ook over problemen in de badkamer, maar er wordt niet gespecificeerd wat die inhouden én tot welke eisen dat dan voor de protheseknie zou leiden. In de laatste alinea van de brief van de revalidatiearts staat dat er een wens is om niet meer van prothese te moeten wisselen en dat vooral behoefte bestaat aan veiligheid en waterbestendigheid. Daartoe zou echter ook een waterproof AAK van een ander merk moeten voldoen. De Genium® X3 kost bijna € 59.000,-- en er is een waterproof AAK op de markt voor minder dan de helft. Die laatste lijkt in de situatie van verzoeker doelmatiger dan een Genium® X3 of een Genium® + badprothese. Aangezien er geen ernstige beperkingen in activiteiten worden genoemd, kan de zorgverzekeraar niet concluderen dat sprake is van een medische noodzaak en een adequaat doelmatige voorziening. Het gaat hier niet over iets niet kunnen, maar over het makkelijker, optimaler kunnen of meer gebruiksgemak. Met respect voor deze logische wens voor verzoeker, ziet de zorgverzekeraar in de aanvraag geen duidelijke onderbouwing die een houvast geeft voor vergoeding van dit bijzonder kostbare hulpmiddel uit gemeenschapsgeld.
- 4.4. De zorgverzekeraar kan alleen kijken of wat is aangevraagd verzekerde zorg betreft. Als iemand een deel van de gewenste zorg zelf (of via een andere verzekeraar) kan betalen, en de zorgverzekeraar daardoor minder zou hoeven te betalen vanuit de zorgverzekering, maakt dit de beoordeling niet anders. De medisch adviseur heeft verklaard dat er te weinig houvast is om te kunnen concluderen dat de gewenste Genium® X3 protheseknie doelmatige en adequate zorg is waarop verzoeker redelijkerwijs is aangewezen.
- 4.5. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar verklaard dat inmiddels voor hem duidelijker is geworden waar verzoeker in de praktijk tegenaan loopt. Er is geen PPP-formulier ingevuld, wat wel gebruikelijk is. Daarom is een beoordeling uitgevoerd aan de hand van de aanwezige stukken. In het advies van het Zorginstituut staat dat er niet wordt gekeken naar het meest optimale hulpmiddel, maar of er in de situatie van verzoeker sprake is van een adequate voorziening. De ziektekostenverzekeraar weet niet wat de reden is dat in dit geval niet de normale procedure is gevolgd.

- 4.6. Bij brief van 1 september 2025 heeft de zorgverzekeraar aanvullend verklaard dat uit hetgeen ter zitting is aangevoerd niet blijkt van een medische noodzaak, waarbij verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op een AAK voor mobilisatie in die situaties. Het willen oppakken van een nieuwe hobby, zoals kitesurfen, is weliswaar invoelbaar, maar levert geen medische noodzaak op. De zorgverzekeraar moet onderzoeken of een hulpmiddel geschikt is om de beperkingen/belemmeringen in het dagelijks leven van de verzekerde in aanvaardbare mate te compenseren. De noodzaak voor een bepaald soort prothese hoort navolgbaar vanuit de afwegingen van het PPP-protocol te volgen. Dit protocol is in deze aanvraag en procedure afwezig. Om verzoeker tegemoet te komen heeft de ziektekostenverzekeraar zo goed mogelijk naar de ontvangen schriftelijke informatie en de informatie van de hoorzitting gekeken. Op basis hiervan kan echter niet worden geconcludeerd dat de huidige combinatie van een goede AAK en een badprothese en soms een rolstoel (bij het strand of zwembad) niet adequaat is. Verder is de vraag of de meerwaarde van de Genium® X3 protheseknie opweegt tegen de hieraan verbonden hogere kosten. De Genium® X3 is geschikt voor gebruikersniveau K3 en K4. Gelet op de bijzonder hoge kosten van de Genium® X3 protheseknie bestaat vanuit doelmatigheidsoogpunt in de praktijk alleen meerwaarde bij gebruikersniveau K4+, de bovengemiddelde hoogactieve prothesegebruikers binnen de groep K4. Uit de aangeleverde informatie van de behandelend revalidatiearts volgt dat verzoeker een K3-K4 gebruiker is. Hij zit dus als het ware tussen die twee gebruikersgroepen in. De Genium® X3 protheseknie zou voor hem een “optimale voorziening” bieden, maar is veel duurder dan andere AAK’s. Daarbij zijn er ook AAK’s die geschikt zijn voor de doelgroep K3-K4 gebruikers én waterbestendig zijn. Een voorbeeld hiervan is de C-Leg®, waarvan het nieuwste model sinds kort ook een keurmerk IP68 heeft. Met deze waterbestendigheid van de C-Leg® kan iemand mobiliseren in de buurt van zoet water. Deze zou kunnen worden gebruikt bij de verzorging van kinderen in de badkamer. De Navii® heeft complete waterbestendigheid. Ter illustratie van de kosten: de gevraagde voorziening van de Genium® X3 kost ongeveer € 65.000,- tot € 75.000,- (met service). De kosten van slimme prothesen als de C-Leg® en Navii®, liggen tussen de € 25.000,- en € 30.000,- (inclusief service). Dit is dus écht een substantieel prijsverschil. De Navii® is een slimme prothese voor categorie K3 en K4 waarmee men, net als met de Genium® X3, ook echt in het water kan.
- In Nederland wordt het PPP-protocol gehanteerd om goed in kaart te brengen dat iemand is aangewezen op een bepaald soort beenprothese, zoals een AAK. En in dat geval wordt gekeken welke functiegerichte specificaties c.q. componenten nodig zijn voor de individuele situatie. Het moet gaan om navolgbare stepped care. Het gebruik van het PPP-protocol bij het indiceren volgt onder meer uit de Richtlijndatabase van de FMS voor revalidatieartsen (Richtlijn Amputatie en prothesiologie onderste extremiteit). Verzoeker heeft, nadat hij een C-Leg® had, met een bijdrage van Israël (dus buiten de zorgverzekering om) een Genium® kunnen aanschaffen. Er zit bij de huidige aanvraag geen PPP-protocol. Voorts blijkt niet dat het protocol zeven jaren geleden is doorlopen en een revalidatiearts en orthopedisch technoloog toen concludeerden dat bepaalde functiegericht omschreven specificaties nodig waren, waarbij een verzekeraar een Genium® doelmatig had kunnen achten. Met de bijdrage uit Israël, en de wetenschap dat ook een reguliere Genium® gelet op het doelmatigheidsvereiste zelden wordt vergoed uit de zorgverzekering, is voorstelbaar dat men het PPP-protocol toen niet heeft uitgevoerd, omdat dit niet nodig was voor de vergoeding uit Israël. De zorgverzekeraar heeft dit voor de zekerheid bij de leverancier nagevraagd. De leverancier ziet in het dossier van verzoeker alleen een vermelding van de particuliere aankoop van de Genium®. Hij ziet geen PPP of andersoortige verklaring waaruit blijkt van een navolgbare noodzaak van bepaalde benodigde functiegerichte specificaties waardoor gekozen is voor de Genium®. De paramedisch adviseur geeft ter volledigheid aan dat aan de hand van de medische informatie, ook de beperkingen van het linkerbeen met de heffersparese, niet op voorhand navolgbaar is dat en waarom een andere goede, maar meer betaalbare AAK onvoldoende stabiliteit zou bieden. De zorgverzekeraar wil verzoeker de optie bieden om zijn huidige prothese te vervangen door een waterbestendige AAK als de Navii®. Dat is een AAK die iets duurder is dan gemiddeld (en bijvoorbeeld de waterbestendige C-Leg®) en waar normaal gesproken dus ook uitleg voor nodig is vanuit het PPP-protocol. Verzoeker kan met zijn leverancier afspraken maken om deze AAK geschikt te maken voor zijn situatie als hij deze wenst

als vervanging. Een andere AAK, vergelijkbaar met de prijs van de Navii®, is ook prima, maar hierbij tekent de zorgverzekeraar aan dat de Navii® één van de weinige volledig waterbestendige AAK's is.

- 4.7. Bij brief van 29 oktober 2025 heeft de zorgverzekeraar aanvullend verklaard dat de reactie van de behandelend revalidatiearts geen nieuwe medische informatie bevat die de Genium® X3 protheseknie als noodzakelijk en doelmatig onderbouwt. Het voorstel van de revalidatiearts om beide protheseknieën (Genium® X3 én Navii®) te testen is niet gebruikelijk binnen het stepped care-principe en zou oneerlijk zijn richting verzoeker en mogelijk verkeerde verwachtingen geven. In beginsel wordt het PPP-protocol alleen doorlopen voor de voorziening die naar verwachting voldoet aan de functionele hulpvraag. Immers, zal verzoeker dan de voorkeur hebben voor de geavanceerdere Genium® X3. De zorgverzekeraar herhaalt dat de paramedisch adviseur heeft verklaard dat aan de hand van de medische informatie, ook de beperkingen van het linkerbeen met de heffersparese, niet op voorhand navolgbaar is dat en waarom een andere goede, maar meer betaalbare AAK onvoldoende stabiliteit zou bieden. De aanvraag mist hiervoor een navolgbaar onderzoek, waarbij men komt tot bepaalde functiegericht omschreven specificaties c.q. componenten. Zonder het doorlopen van het protocol voor de benodigde stepped care, heeft de zorgverzekeraar geen houvast om vergoeding van de hogere kosten van de Genium®, laat staan de extreem hoge kosten van de Genium® X3, te rechtvaardigen. De revalidatiearts sluit in zijn verklaring de Navii® ook niet uit als optie. Daarom acht de zorgverzekeraar het redelijk om akkoord te gaan met de Navii®, bij wijze van uitzondering zonder een (volledig) gevolgd PPP-protocol.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 19 juni 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Dat verzoeker een indicatie heeft voor een bovenbeenprothese is niet in geschil.

De C-Leg, Genium en Genium X3 zijn microprocessorgestuurde auto-adaptieve protheseknieën (AAK). In tegenstelling tot de conventionele, mechanische protheseknie maakt een AAK gebruik van een microprocessor, waarbij op grond van informatie vanuit sensoren over belasting, stand en beweging van het been, mechanisch de zwaai- en standfase en overgang tussen deze fases kunnen worden aangepast (auto-adaptie).

Een AAK protheseknie (knie-scharnier, knie-unit) is een onderdeel van een bovenbeenprothese en kan vallen onder de functiegerichte omschrijving van artikel 2.8 van de Rzv.

Volgens de Toelichting bij artikel 2.8 van de Rzv moet een verzekerde redelijkerwijs zijn aangewezen op een bepaald type prothese. Hierbij spelen de individuele omstandigheden van de persoon, het activiteitsniveau en de deelname aan het maatschappelijk verkeer een belangrijke rol. De individuele omstandigheden geven de doorslag bij de beoordeling of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op een prothese in speciale uitvoering (bijvoorbeeld een badprothese of een prothese met microprocessor gestuurd gewricht). Bij een aanvraag dient de vraag te worden beantwoord of een bepaald type prothese, gezien de zorgbehoefte van de verzekerde, een adequate voorziening is.

In hoeverre verstrekking van een bepaald type hulpmiddel doelmatig is, is niet aan het Zorginstituut, maar aan verweerder om te beoordelen. Het Zorginstituut merkt op dat bij een aanvraag voor een beenprothese met auto-adaptieve knie in principe gebruik gemaakt zou moeten worden van een voorschrift volgens het Protocol verstrekkingsproces beenprothesen (PPP protocol) en het AAK addendum.

Uit de voorliggende informatie is op te maken dat verzoeker en de revalidatiearts een Genium X3 een adequaat hulpmiddel vinden. Of een Genium X3 voor verzoeker het meest doelmatig is, of welke andere protheseknie doelmatiger is, is uit de voorliggende informatie niet op te maken. Verweerder geeft aan dat er goedkopere adequate waterproof AAK zijn en dat een aanvraag volgens het PPP protocol en AAK-addendum ontbreekt.

Verzoeker geeft in het voorliggende dossier nog aan dat de aangevraagde Genium X3 deels betaald kan worden uit het budget dat hij kan krijgen van de Israëlische National Insurance. De vraag of verweerder een hulpmiddel gedeeltelijk kan vergoeden, waarbij verzoeker een deel betaalt, is een vraag die buiten de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut valt.

Conclusie

Uit de voorliggende informatie in het dossier kan niet opgemaakt worden of de gevraagde Genium X3 voor verzoeker het meeste doelmatige hulpmiddel is. Het is aan verweerder om de doelmatigheid te beoordelen.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Het is ter beoordeling van verweerder in hoeverre verstrekking van een bepaald type hulpmiddel, in dit geval de gevraagde Genium X3, doelmatig is.”

6. Bevoegdheid van de commissie

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

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over hulpmiddelenzorg, waaronder een beenprothese, het ‘redelijkerwijs zijn aangewezen op’ en de doelmatigheid 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.

Zorgverzekering

- 7.2. Op bladzijde 54 e.v. van de zorgverzekering is in artikel B.17.6 e.v. de aanspraak op hulpmiddelenzorg geregeld. Hierbij wordt een beperkt aantal hulpmiddelen genoemd. Een beenprothese is in dat verband niet vermeld. Deze is wel vermeld in de Bijlage Hulpmiddelen, p 3 e.v., onder verwijzing naar artikel B.17.6 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De aanspraak op een beenprothese – al dan niet in een speciale uitvoering, waaronder met een protheseknie – is verankerd in artikel 2.9 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.6, onder a, in samenhang met artikel 2.8 Rzv.
- 7.3. De commissie concludeert dat de beenprothese met een protheseknie tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering behoort. Partijen zijn, gelet op het aanbod van de zorgverzekeraar voor een AAK, inmiddels niet meer erover verdeeld dat verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op een dergelijk hulpmiddel. Waar het erom gaat of dit de aangevraagde bovenbeenprothese met Genium® X3 protheseknie moet zijn, blijkt uit het voorlopig advies van het Zorginstituut van 19 juni 2025, dat dit een doelmatigheidsvraag is, en dat de beantwoording

hiervan buiten zijn adviesbevoegdheid valt. Volgens het Zorginstituut dient de zorgverzekeraar dit te beoordelen. De commissie overweegt ten aanzien hiervan als volgt.

- 7.4. Bij de totstandkoming van de Zvw is de wetgever ervan uitgegaan dat de doelmatigheid van de zorg een onderwerp is dat behoort tot de verantwoordelijkheid van de verzekeraar en dus niet het onderwerp van wettelijke voorschriften is. Daar waar het aankomt op een doelmatigheidsvereiste, is het aan de verzekeraar en de verzekerden om daarover afspraken te maken in de zorgverzekering. Een en ander moet worden opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden (Stb. 2005, 389, p. 37). Het ligt op de weg van de verzekeraar erop toe te zien dat een juiste balans tot stand komt tussen enerzijds de kosten van zorg waarop een verzekerde aanspraak maakt en anderzijds de geschiktheid en doeltreffendheid van de te verlenen zorg. Bovendien mag van de verzekeraar worden verwacht dat hij bij zijn beoordeling ook tegenover de verzekerde objectiviteit en transparantie zal betrachten. Tegen deze achtergrond moet worden beoordeeld of de zorgverzekeraar op redelijke gronden heeft besloten aan verzoeker geen Genium® X3 protheseknie te verstrekken.
- 7.5. Verzoeker heeft uiteengezet waarom hij aanspraak maakt op een protheseknie van dit type. De Genium® X3 zorgt ervoor dat hij in een natte omgeving, zoals een zwembad of de douche, meer stabiliteit heeft, ook wanneer hij zijn kinderen in die omgeving verzorgt. Deze protheseknie stelt hem bovendien in staat om niet steeds zijn prothesen te hoeven wisselen. Dit is zeker tijdens het zwemmen en vakanties erg prettig. Bovendien zal hij daarmee andere watersporten, zoals kitesurfen, jetskiën en waterskiën, kunnen beoefenen. Verzoeker heeft verklaringen van zijn revalidatiearts van 2 april 2024 en 2 oktober 2025 overgelegd ter onderbouwing van zijn stellingen.
De zorgverzekeraar heeft hiertegen ingebracht dat het PPP-protocol niet is afgenomen, dat dit eerder ook niet het geval was en dat de huidige prothese voor eigen rekening is aangeschaft met een bijdrage uit Israël. Voorts ervaart verzoeker momenteel kennelijk geen beletsel om te gaan zwemmen. De behandelend revalidatiearts heeft volgens de zorgverzekeraar niet gespecificeerd wat de problemen inhouden én tot welke eisen dat dan voor de protheseknie zou leiden. In de laatste alinea van de brief van de revalidatiearts van 2 april 2024 staat dat er een wens is om niet meer van prothese te hoeven wisselen en dat vooral behoefte bestaat aan veiligheid en waterbestendigheid. Volgens de zorgverzekeraar zou een waterproof AAK van een ander merk hiertoe ook moeten voldoen. De Genium® X3 kost bijna € 59.000,-- en er is een waterproof AAK op de markt voor minder dan de helft van dit bedrag. Dit lijkt in de situatie van verzoeker doelmatiger dan een Genium® X3 of een Genium® + badprothese. Aangezien er geen ernstige beperkingen in activiteiten worden genoemd, kan de zorgverzekeraar niet concluderen dat er sprake is van een adequaat doelmatige voorziening.
- 7.6. De commissie stelt vast dat in dit geval een voorschrift volgens het PPP-protocol en het AAK addendum ontbreekt. De zorgverzekeraar heeft aangeboden toch een AAK aan verzoeker te verstrekken, zij het van een ander type, namelijk de Navii® of een in prijs vergelijkbare AAK. De commissie volgt de zorgverzekeraar in zijn standpunt dat bij gebreke van het volgen van het PPP-protocol en het AAK addendum een navolgbaar onderzoek met functiegerichte specificaties bij de aanvraag ontbreekt en dat evenmin uit de verklaringen van de revalidatiearts volgt dat verzoeker is aangewezen op de Genium® X3 protheseknie dan wel dat de door de zorgverzekeraar aangeboden AAK in zijn geval niet zal voldoen. Dit is ook anderszins niet gebleken. De commissie is dan ook van oordeel dat de zorgverzekeraar in redelijkheid tot zijn beslissing heeft kunnen komen de aanvraag voor de bovenbeenprothese met Genium® X3 protheseknie af te wijzen. Of de kosten al dan niet gedeeltelijk kunnen worden vergoed vanuit een andere bron dan de zorgverzekering, speelt bij de beoordeling of sprake is van een doelmatige voorziening geen rol.

Slotsom

- 7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 januari 2026,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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, 2.6, 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 veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.9

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

- 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, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen bij de behandeling van diabetes;
- 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.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.8

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

- a. hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van:
 - 1°. de onderste en bovenste extremiteiten, inclusief oplaadinrichting en batterijen indien het gaat om hulpmiddelen met een energievoorziening;
 - 2°. de mamma;
 - 3°. de stembanden, voor zover deze hulpmiddelen niet vallen onder geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden;
 - 4°. het haar indien sprake is van gehele of gedeeltelijke kaalhoofdigheid als gevolg van een medische aandoening of behandeling van medische aard;
- b. hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging of bedekking van:
 - 1°. de oogbol;
 - 2°. het gelaat.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Centrale zorgverlener voor de anamnese, coördinatie, begeleiding en nazorg.
Dit is een jeugdverpleegkundige met de opleiding tot centrale zorgverlener. Op onze website kunt u zien bij welke zorgverleners u terecht kunt. Of u kunt deze bij ons opvragen.
- HBO geschoolde kinderleefstijlcoach voor het GLI programma.
Op onze website kunt u zien bij welke zorgverleners u terecht kunt. Of u kunt deze bij ons opvragen.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Overstappen naar een GLI traject voor volwassenen als uw kind tijdens het GLI traject 18 jaar wordt.
- Een vervolgtraject GLI voor volwassenen, aansluitend op het GLI traject voor kinderen.
- (Begeleiding bij) bewegen of sporten.
- Diëtetiek gelijktijdig met Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) bij dezelfde indicatie.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Hulpmiddelen

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Haarwerk (pruik) (artikel B.17.6.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Haarwerk (pruik).

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van € 465,-, maximaal voor haarwerk (pruik).
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

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

Wat zijn de voorwaarden?

- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie.
Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De zorgverlener let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.

Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.

- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel.
Dit betekent dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruiksinstructie en kunnen toebehoren nodig zijn voor het functioneren.
Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn. Ook kan vergoeding of verstrekking van een reserve hulpmiddel worden gegeven als dat redelijkerwijs noodzakelijk is. U moet steeds de beschikking hebben over een werkend, gepast en/of geschikt hulpmiddel; de zorgverlener stelt vast of dit zo is.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Behandelend arts.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

- Haarwerk bij klassieke mannelijke kaalheid (alopecia androgenetica).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie (artikel B.17.8.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie (horen).
Het gaat hier om de algemene beschrijving waar meerdere niet concreet beschreven hulpmiddelen ter compensatie van de genoemde functiebeperking onder kunnen vallen.
Het hulpmiddel moet voldoen aan het criterium 'stand van wetenschap en praktijk'. Dat betekent dat het hulpmiddel op basis van objectief en wetenschappelijk onderzoek aantoonbaar en bewezen effectief en doelmatig moet zijn. Voor voorwaardelijke toegelaten zorg geldt een uitzondering, zie artikel 'Voorwaardelijke zorg'.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico voor hulpmiddelen in eigendom. Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt geen eigen risico behalve voor kosten van het gebruik en verbruiksartikelen bij dat hulpmiddel.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het hulpmiddel moet voldoen aan criterium 'stand van wetenschap en praktijk'. Dat betekent dat het hulpmiddel wetenschappelijk bewezen effectief en doelmatig moet zijn.
- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie. Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De zorgverlener let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.

Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.

- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel.
Onder functionerend hulpmiddel verstaan wij dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruikersinstructie en kunnen batterijen of oplaadapparatuur en toebehoren nodig zijn voor het functioneren.
Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn. Ook kan vergoeding of verstrekking van een reserve hulpmiddel worden gegeven als dat redelijkerwijs noodzakelijk is.
U moet voortdurend de beschikking hebben over een werkend, gepast en/of geschikt hulpmiddel.
Vervanging van eventuele batterijen en/of accu komt nooit voor vergoeding in aanmerking.
- U zorgt goed voor het hulpmiddel dat u in eigendom of in bruikleen heeft.
U doet dit in ieder geval volgens de richtlijnen of de garantievoorwaarden van de fabrikant of de zorgverlener. Hierdoor zal vervanging binnen de gebruikstermijn niet nodig zijn. Schade (kosten van reparatie of vervanging) die is ontstaan door onjuist gebruik of door uw toerekenbare onachtzaamheid, moet u zelf betalen.
Bij diefstal van het hulpmiddel doet u aangifte bij de politie. U meldt de diefstal ook bij ons en bij de zorgverlener.
- Voor informatie, advies en begeleiding kunt u contact opnemen met onze afdeling Medische Beoordelingen.
- Afhankelijk van het hulpmiddel krijgt u dit in bruikleen of in eigendom.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Arts die hiertoe bevoegd is.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u denkt recht te hebben op een hulpmiddel dat wij niet noemen.
Wij beoordelen op grond van de aanvraag of wij het hulpmiddel in uw situatie toch vergoeden. Wij kunnen hiervoor aanvullende informatie van u nodig hebben.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u denkt recht te hebben op een hulpmiddel als u niet aan de genoemde voorwaarden voldoet.
Wij beoordelen op grond van de aanvraag of wij het hulpmiddel in uw situatie toch vergoeden. Wij kunnen hiervoor aanvullende informatie van u nodig hebben.
- Voor een reservehulpmiddel beoordeelt een gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden en of het hulpmiddel verzekerd is. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. In een aantal gevallen is een reservehulpmiddel wenselijk en nodig. Hiervoor moet een medische noodzaak zijn.
Als u een reservehulpmiddel wil aanschaffen bij een zorgverlener die niet gecontracteerd is moet u zelf bij ons een (vervolg)aanvraag voor een akkoordverklaring indienen.

- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

- Hulpmiddelen die onder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) vallen.
- Hulpmiddelen tijdens een opname of een medisch specialistische behandeling.
Zie hiervoor het artikel 'Medisch specialistische zorg'.
- Kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel zoals energieverbruik en vervanging van accu's en batterijen.
- Hulpmiddelen die algemeen gebruikelijk zijn of die algemeen gebruikelijke hulpmiddelen vervangen.
Dit zijn hulpmiddelen die geen vaste relatie hebben met een beperking of stoornis of duurzame hulpmiddelen waarvan de kosten beperkt zijn. Bijvoorbeeld: computers, mobiele telefoons, petten, sjaals en mutsjes, rollators, aangepast eetgerei, opener voor potjes of grijpstok voor oprapen.
- Hulpmiddelen (of aanpassing daarvan) die alleen of vooral worden gebruikt in de werk- of onderwijsomgeving.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

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

Apps voor doven en slechthorenden om te bellen (artikel B.17.8.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Apps voor doven en slechthorenden om te bellen.
Speciale software voor Total Conversation met reguliere telefoon of smartphone voor beeld- en teksttelefoon functie .

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor apps voor doven en slechthorenden om te bellen.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt geen eigen risico. Wel voor kosten van het gebruik en gebruiksartikelen bij het hulpmiddel.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

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

Wat zijn de voorwaarden?

- U krijgt dit hulpmiddel in bruikleen.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Behandelend arts.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

- Gesprekskosten.
- Gebruik van de app, zoals een abonnement.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in bruikleen](#) (begrippen)

Botverankerd hoortoestel met softband (artikel B.17.8.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Botverankerd hoortoestel met softband.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor botverankerd hoortoestel met softband.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

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

Wat zijn de voorwaarden?

- U krijgt dit hulpmiddel in bruikleen.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Keel-, neus- en oorarts (KNO-arts).
- Audiologisch centrum.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking heeft u een akkoordverklaring van ons nodig.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.

Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in bruikleen](#) (begrippen)

Solo-apparatuur (artikel B.17.8.)**Voor welke zorg bent u verzekerd?**

- Solo-apparatuur.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor solo-apparatuur.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

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

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

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

Wat zijn de voorwaarden?

- Het audiogram is niet ouder dan 9 maanden.
- Het hulpmiddel moet aangemeten zijn volgens de meest recente versie van het Hoorprotocol.
- U krijgt dit hulpmiddel in bruikleen.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Keel-, neus- en oorarts (KNO-arts).
- Audiologisch centrum.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in bruikleen](#) (begrippen)

Wek- en waarschuwingsinstallaties (artikel B.17.8.)**Voor welke zorg bent u verzekerd?**

- Wek- en waarschuwingsinstallaties voor auditief gehandicapten.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor wek- en waarschuwingsinstallaties.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

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

Wat zijn de voorwaarden?

- Het audiogram is niet ouder dan 9 maanden.
- Het hulpmiddel moet aangemeten zijn volgens de meest recente versie van het Hoorprotocol.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Keel-, neus- en oorarts (KNO-arts).
- Audiologisch centrum.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking tot 60dB heeft u een akkoordverklaring van ons nodig.
Tot 55 dB gehoorverlies moet er, naast een schriftelijke aanvraag bij ons met een voorschrift en motivatie KNO-arts of audiologisch centrum, ook een duidelijke motivatie aanwezig zijn waaruit blijkt waarom de voorziening noodzakelijk is, waarom algemeen gebruikelijke voorzieningen niet volstaan en welke voorzieningen zijn geprobeerd.
- Voor de eerste verstrekking van installatie vanaf 60dB beoordeelt een gecontracteerd zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Hoortoestellen, maskeerders en oorstukjes tot en met 17 jaar (artikel B.17.8.)**Voor welke zorg bent u verzekerd?**

- Hoortoestellen en maskeerders.
- Oorstukjes.

Wat is uw vergoeding?

- Tot en met 17 jaar: vergoeding van 100 % voor hoortoestellen, maskeerders en oorstukjes tot en met 17 jaar.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

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

Wat zijn de voorwaarden?

- Het hoortoestel is opgenomen in de landelijke hoortoestellendatabase.
U kunt in aanmerking komen voor een hoortoestel dat niet in de landelijke hoortoestellendatabase is opgenomen, als:
 - er tenminste 2 verschillende toestellen uit deze database uitgetoetst zijn en
 - er een functioneel voorschrift van het audiologisch centrum is waaruit blijkt dat een toestel van die landelijke database voor u niet voldoet.
- Het audiogram is niet ouder dan 12 maanden.
- Het hulpmiddel moet aangemeten zijn volgens de meest recente versie van het Hoorprotocol.
- U kunt uw hoortoestel normaal gesproken minimaal 5 jaar gebruiken.
Zijn er binnen deze 5 jaar aanpassingen of reparaties nodig aan uw hoortoestel? Neem dan contact op met de gecontracteerde zorgverlener die het toestel aan u heeft geleverd. Wij hebben met hem afspraken gemaakt over de kosten van reparatie of aanpassing binnen deze periode. Wilt u naar een andere (gecontracteerde) zorgverlener? Neem dan contact met ons op.
- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie.
Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De zorgverlener let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.

Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.

- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel.
Onder functionerend hulpmiddel verstaan wij dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruikersinstructie en kunnen batterijen of oplaadapparatuur en toebehoren nodig zijn voor het functioneren.
Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn. Ook kan vergoeding of verstrekking van een reserve hulpmiddel worden gegeven als dat redelijkerwijs noodzakelijk is.
U moet voortdurend de beschikking hebben over een werkend, gepast en/of geschikt hulpmiddel.
Vervanging van eventuele batterijen en/of accu komt nooit voor vergoeding in aanmerking.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Audiologisch centrum.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- Voor een hoortoestel dat niet in de landelijke hoortoestellendatabase is opgenomen, heeft u een akkoordverklaring van ons nodig.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

- Een niet-gecontracteerde zorgverlener is een triage audicien die geregistreerd is bij het StAr of het CvC Audiciensregister.
Deze zorgverlener werkt volgens de meest recente versie van het Hoorprotocol.

Wat krijgt u niet vergoed?

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

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Hoortoestellen, maskeerders en oorstukjes vanaf 18 jaar (artikel B.17.8.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Hoortoestellen en maskeerders.
- Oorstukjes.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage 25% van de aanschafkosten.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

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

Wat zijn de voorwaarden?

- Het hoortoestel is opgenomen in de landelijke hoortoestellendatabase.
U kunt in aanmerking komen voor een hoortoestel dat niet in de landelijke hoortoestellendatabase is opgenomen, als:
 - er tenminste 2 verschillende toestellen uit deze database uitgetoetst zijn en
 - er een functioneel voorschrift van het audiologisch centrum is waaruit blijkt dat een toestel van die landelijke database voor u niet voldoet.
- Het audiogram is niet ouder dan 12 maanden.
- Het hulpmiddel moet aangemeten zijn volgens de meest recente versie van het Hoorprotocol.
- U kunt uw hoortoestel normaal gesproken minimaal 5 jaar gebruiken.
Zijn er binnen deze 5 jaar aanpassingen of reparaties nodig aan uw hoortoestel? Neem dan contact op met de gecontracteerde zorgverlener die het toestel aan u heeft geleverd. Wij hebben met hem afspraken gemaakt over de kosten van reparatie of aanpassing binnen deze periode. Wilt u naar een andere (gecontracteerde) zorgverlener? Neem dan contact met ons op.

- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie.
Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De zorgverlener let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.

Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.

- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel.
Onder functionerend hulpmiddel verstaan wij dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruikersinstructie en kunnen batterijen of oplaadapparatuur en toebehoren nodig zijn voor het functioneren.
Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn. Ook kan vergoeding of verstrekking van een reserve hulpmiddel worden gegeven als dat redelijkerwijs noodzakelijk is.
U moet voortdurend de beschikking hebben over een werkend, gepast en/of geschikt hulpmiddel.
Vervanging van eventuele batterijen en/of accu komt nooit voor vergoeding in aanmerking.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Triage audicien die geregistreerd is bij het StAr en/of het CvC Audiciensregister als u een hoortoestel draagt en 18 jaar of ouder bent maar jonger dan 67.
- KNO-arts of audiologisch centrum als u geen hoortoestel draagt en 18 jaar of ouder bent maar jonger dan 67.
- Triage-audicien die geregistreerd is bij het StAr en/of het CvC als u 67 jaar of ouder bent.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- Voor een hoortoestel dat niet in de landelijke hoortoestellendatabase is opgenomen, heeft u een akkoordverklaring van ons nodig.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.
- Een niet-gecontracteerde zorgverlener is een triage audicien die geregistreerd is bij het StAr of het CvC Audiciensregister.

Deze zorgverlener werkt volgens de meest recente versie van het Hoorprotocol.

Wat krijgt u niet vergoed?

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

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Ringleidingen, infraroodapparatuur, FM-apparatuur en streamers.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor ringleidingen, infraroodapparatuur, FM-apparatuur en streamers.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

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

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Audiologisch centrum als u jonger bent dan 18 jaar.
- Triage audicien die geregistreerd is bij het StAr en/of het CvC Audiciensregister als u een hoortoestel draagt en 18 jaar of ouder bent maar jonger dan 67.
- KNO-arts of audiologisch centrum als u geen hoortoestel draagt en 18 jaar of ouder bent maar jonger dan 67.
- Triage-audicien die geregistreerd is bij het StAr en/of het CvC als u 67 jaar of ouder bent.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als er een extra voorziening nodig is.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie (artikel B.17.9.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie.
Het gaat hier om de algemene beschrijving waar meerdere niet concreet beschreven hulpmiddelen ter compensatie van de genoemde functiebeperking onder kunnen vallen.
Het hulpmiddel moet voldoen aan het criterium 'stand van wetenschap en praktijk'. Dat betekent dat het hulpmiddel op basis van objectief en wetenschappelijk onderzoek aantoonbaar en bewezen effectief en doelmatig moet zijn. Voor voorwaardelijke toegelaten zorg geldt een uitzondering, zie artikel 'Voorwaardelijke zorg'.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico voor hulpmiddelen in eigendom. Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt geen eigen risico behalve voor kosten van het gebruik en verbruiksartikelen bij dat hulpmiddel.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het hulpmiddel moet voldoen aan criterium 'stand van wetenschap en praktijk'
Dat betekent dat het hulpmiddel wetenschappelijk bewezen effectief en doelmatig moet zijn.
- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie.
Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De zorgverlener let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.

Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.

- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel.
Dit betekent dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruiksinstructie en kunnen toebehoren nodig zijn voor het functioneren.
Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn. Ook kan vergoeding of verstrekking van een reserve hulpmiddel worden gegeven als dat redelijkerwijs noodzakelijk is. U moet steeds de beschikking hebben over een werkend, gepast en/of geschikt hulpmiddel; de zorgverlener stelt vast of dit zo is.
- U zorgt goed voor het hulpmiddel dat u in eigendom of in bruikleen heeft.
U doet dit in ieder geval volgens de richtlijnen of de garantievoorwaarden van de fabrikant of de zorgverlener. Hierdoor zal vervanging binnen de gebruikstermijn niet nodig zijn. Schade (kosten van reparatie of vervanging) die is ontstaan door onjuist gebruik of door uw toerekenbare onachtzaamheid, moet u zelf betalen.
Bij diefstal van het hulpmiddel doet u aangifte bij de politie. U meldt de diefstal ook bij ons en bij de zorgverlener.

- Voor informatie, advies en begeleiding kunt u contact opnemen met onze afdeling Medische Beoordelingen.
- Afhankelijk van het hulpmiddel krijgt u dit in bruikleen of in eigendom.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Arts die hiertoe bevoegd is.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u denkt recht te hebben op een hulpmiddel dat wij niet noemen.
Wij beoordelen op grond van de aanvraag of wij het hulpmiddel in uw situatie toch vergoeden. Wij kunnen hiervoor aanvullende informatie van u nodig hebben.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u denkt recht te hebben op een hulpmiddel als u niet aan de genoemde voorwaarden voldoet.
Wij beoordelen op grond van de aanvraag of wij het hulpmiddel in uw situatie toch vergoeden. Wij kunnen hiervoor aanvullende informatie van u nodig hebben.
- Voor een reservehulpmiddel beoordeelt een gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden en of het hulpmiddel verzekerd is. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. In een aantal gevallen is een reservehulpmiddel wenselijk en nodig. Hiervoor moet een medische noodzaak zijn.
Als u een reservehulpmiddel wil aanschaffen bij een zorgverlener die niet gecontracteerd is moet u zelf bij ons een (vervolg)aanvraag voor een akkoordverklaring indienen.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

- Hulpmiddelen die onder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) vallen.
- Hulpmiddelen tijdens een opname of een medisch specialistische behandeling.
Zie hiervoor het artikel 'Medisch specialistische zorg'.
- Kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel zoals energieverbruik en vervanging van accu's en batterijen.
- Hulpmiddelen die algemeen gebruikelijk zijn of die algemeen gebruikelijke hulpmiddelen vervangen. Dit zijn hulpmiddelen die geen vaste relatie hebben met een beperking of stoornis of duurzame hulpmiddelen waarvan de kosten beperkt zijn. Bijvoorbeeld: computers, mobiele telefoons, petten, sjaals en mutsjes, rollators, aangepast eetgerei, opener voor potjes of grijpstok voor oprapen.
- Hulpmiddelen (of aanpassing daarvan) die alleen of vooral worden gebruikt in de werk- of onderwijsomgeving.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

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

Spoelapparatuur voor anaal-spoelen en toebehoren (artikel B.17.9.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Spoelapparatuur voor anaal-spoelen en toebehoren.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor spoelapparatuur voor anaal-spoelen en toebehoren.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Er moet sprake zijn van een medische indicatie.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- U heeft een verwijzing met medische diagnose van de behandelend arts nodig.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- Voor de eerste verstrekking van spoelapparatuur in een bijzondere uitvoering heeft u een akkoordverklaring van ons nodig.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.

Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Incontinentiemateriaal (artikel B.17.9.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Incontinentiemateriaal.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor incontinentiemateriaal.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

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

Wat zijn de voorwaarden?

- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie. Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De zorgverlener let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.

Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.

- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel. Dit betekent dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruiksinstructie en kunnen toebehoren nodig zijn voor het functioneren. Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn. Ook kan vergoeding of verstrekking van een reserve hulpmiddel worden gegeven als dat redelijkerwijs noodzakelijk is. U moet steeds de beschikking hebben over een werkend, gepast en/of geschikt hulpmiddel; de zorgverlener stelt vast of dit zo is.
- Als bekkenbodetherapie zou kunnen helpen bij uw vorm van incontinentie dan is vergoeding pas mogelijk op het moment dat u met deze therapie start. Afhankelijk van de aard van de incontinentie, kan bekkenbodetherapie uw klachten verhelpen. Absorberende incontinentiematerialen die u op uw lichaam draagt kunnen we akkoord geven als u ook daadwerkelijk bereid bent deze therapie te volgen. Het moet dan wel gaan om situaties waarin het volgen van deze therapie redelijkerwijs van u verlangd mag worden. Bent u hier niet toe bereid dan bent u niet aangewezen op incontinentiemateriaal want dan is dit niet doelmatig.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Medisch specialist.
- Physician assistant.
- Verpleegkundig specialist Master niveau 6.
- UCS verpleegkundige HBO 5. Deze zorgverlener mag een verwijsbrief schrijven, maar mag niet de aard van de behandeling bepalen.
- Continentieverpleegkundige MBO 4. Deze zorgverlener mag een verwijsbrief schrijven, maar mag niet de aard van de behandeling bepalen.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- Voor de eerste levering voor kinderen tussen de 3 en 5 jaar oud heeft u een akkoordverklaring van ons nodig.

- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

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

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Stomavoorzieningen (artikel B.17.9.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Stomavoorzieningen.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor stomavoorzieningen.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Medisch specialist.
- Stomaverpleegkundige.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerd zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.

- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.
- Een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft minimaal SEMH certificaat onderdeel stoma.

Wat krijgt u niet vergoed?

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

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Orthopedische schoenen tot en met 15 jaar (artikel B.17.10.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Orthopedische schoenen.

Wat is uw vergoeding?

- Tot en met 15 jaar: vergoeding van 100 % voor orthopedische schoenen tot en met 15 jaar.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage € 65,- per paar.
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie.
Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De zorgverlener let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.

Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.

- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel.
Dit betekent dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruiksinstructie en kunnen toebehoren nodig zijn voor het functioneren.
Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn. Ook kan vergoeding of verstrekking van een reserve hulpmiddel worden gegeven als dat redelijkerwijs noodzakelijk is. U moet steeds de beschikking hebben over een werkend, gepast en/of geschikt hulpmiddel; de zorgverlener stelt vast of dit zo is.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Bij laagcomplex zorg: huisarts of podotherapeut.
- Bij hoogcomplex zorg: orthopedisch chirurg, revalidatiearts, reumatoloog, specialist ouderengeneeskunde, physician assistant of verpleegkundig specialist.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig bij vervanging binnen de gebruikstermijn.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor voorlopige orthopedische schoenen (VLOS).
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig bij overige aanpassingen aan gewone (confectie)schoenen (OVAC) boven de € 400,-.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.

Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.
- Een niet-gecontracteerde zorgverlener moet erkend zijn volgens de Erkenningregeling Orthopedische SchoenTechnische Bedrijven (OSTB).

Wat krijgt u niet vergoed?

- Werkschoenen.
- Hulpmiddelen die alleen bij sporten gebruikt worden.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Orthopedische schoenen vanaf 16 jaar (artikel B.17.10.1.)**Voor welke zorg bent u verzekerd?**

- Orthopedische schoenen.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 16 jaar: vergoeding van 100 % voor orthopedische schoenen vanaf 16 jaar.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage € 130,- per paar.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie.
Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De zorgverlener let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.

Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.

- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel.
Dit betekent dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruiksinstructie en kunnen toebehoren nodig zijn voor het functioneren.
Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn. Ook kan vergoeding of verstrekking van een reserve hulpmiddel worden gegeven als dat redelijkerwijs noodzakelijk is. U moet steeds de beschikking hebben over een werkend, gepast en/of geschikt hulpmiddel; de zorgverlener stelt vast of dit zo is.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Bij laagcomplexiteit zorg: huisarts of podotherapeut.
- Bij hoogcomplexiteit zorg: orthopedisch chirurg, revalidatiearts, reumatoloog, specialist ouderengeneeskunde, physician assistant of verpleegkundig specialist.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig bij vervanging binnen de gebruikstermijn.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor voorlopige orthopedische schoenen (VLOS).
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig bij overige aanpassingen aan gewone (confectie)schoenen (OVAC) boven de € 400,-.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.
- Een niet-gecontracteerde zorgverlener moet erkend zijn volgens de Erkenningregeling Orthopedische SchoenTechnische Bedrijven (OSTB).

Wat krijgt u niet vergoed?

- Werkschoenen.
- Hulpmiddelen die alleen bij sporten gebruikt worden.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Contactlenzen, scleralenzen, bandagelenzen en gekleurde en ingekleurde contactlenzen bij pathologische myopie tot en met 17 jaar (artikel B.17.11.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Contactlenzen.

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

Wat is uw vergoeding?

- Tot en met 17 jaar: vergoeding van 100 % voor contactlenzen, scleralenzen, bandagelenzen en gekleurde en ingekleurde contactlenzen bij pathologische myopie tot en met 17 jaar.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage € 61,- per kalenderjaar bij eenzijdige aanpassing.
- Wettelijke eigen bijdrage € 122,- per kalenderjaar bij tweezijdige aanpassing.
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een pathologische myopie met een refractieafwijking van ten minste -6 dioptrieën.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

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

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking van bandagelenzen of contactlenzen bij bepaalde indicaties heeft u een akkoordverklaring van ons nodig.
Uw zorgverlener informeert u hier verder over.
- Voor de eerste levering van scleralenzen, gekleurde en ingekleurde contactlenzen beoordeelt een gecontracteerd zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

- Een niet-gecontracteerde zorgverlener moet een opticien zijn met een diploma contactlensspecialist of optometrist.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Contactlenzen, scleralenzen, bandagelenzen en gekleurde en ingekleurde contactlenzen bij een medische aandoening of trauma (artikel B.17.11.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

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

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor contactlenzen, scleralenzen, bandagelenzen en gekleurde en ingekleurde contactlenzen bij een medische aandoening of trauma.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage € 61,- per kalenderjaar bij eenzijdige aanpassing.
- Wettelijke eigen bijdrage € 122,- per kalenderjaar bij tweezijdige aanpassing.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een medische aandoening of trauma waarbij met lenzen meer verbetering mogelijk is dan met brillenglazen.Het gaat om verbetering in gezichtsscherpte of kwaliteit van visus.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

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

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking van bandagelenzen of contactlenzen bij bepaalde indicaties heeft u een akkoordverklaring van ons nodig.
Uw zorgverlener informeert u hier verder over.
- Voor de eerste levering van scleralenzen, gekleurde en ingekleurde contactlenzen beoordeelt een gecontracteerd zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Brillenglazen en filterglazen tot en met 17 jaar (artikel B.17.11.)**Voor welke zorg bent u verzekerd?**

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

Wat is uw vergoeding?

- Tot en met 17 jaar: vergoeding van 100 % voor brillenglazen en filterglazen tot en met 17 jaar.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage € 61,- per kalenderjaar bij eenzijdige aanpassing.
- Wettelijke eigen bijdrage € 122,- per kalenderjaar bij tweezijdige aanpassing.
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een indicatie voor lenzen, maar dragen van lenzen is niet wenselijk omdat sprake is van:

- een indicatie voor lenzen (bij een pathologische myopie met een refractieafwijking van ten minste -6 dioptrieën) maar het dragen van lenzen heeft niet de voorkeur; óf
- ondergane operatie aan één of beide ogen vanwege een lensafwijking; óf
- een zuivere accommodatieve esotropie.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

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

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking heeft u een akkoordverklaring van ons nodig.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.

Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

- Brilmontuur.
- Meekleurende glazen, zonnebrilglazen.
- Bewerkingen van het glas zoals coatings en ontspiegeling.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden (artikel B.17.13.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden.

Het gaat hier om de algemene beschrijving waar meerdere niet concreet beschreven hulpmiddelen ter compensatie van de genoemde functiebeperking onder kunnen vallen.

Het hulpmiddel moet voldoen aan het criterium 'stand van wetenschap en praktijk'. Dat betekent dat het hulpmiddel op basis van objectief en wetenschappelijk onderzoek aantoonbaar en bewezen effectief en doelmatig moet zijn. Voor voorwaardelijke toegelaten zorg geldt een uitzondering, zie artikel 'Voorwaardelijke zorg'.

Wat is uw vergoeding?

- Tot en met 20 jaar: vergoeding van 100 % voor hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico voor hulpmiddelen in eigendom. Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt geen eigen risico behalve voor kosten van het gebruik en verbruiksartikelen bij dat hulpmiddel.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het hulpmiddel moet voldoen aan criterium 'stand van wetenschap en praktijk'. Dat betekent dat het hulpmiddel wetenschappelijk bewezen effectief en doelmatig moet zijn.
- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie. Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De zorgverlener let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.

Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.

- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel.
Dit betekent dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruiksinstructie en kunnen toebehoren nodig zijn voor het functioneren.
Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn. Ook kan vergoeding of verstrekking van een reserve hulpmiddel worden gegeven als dat redelijkerwijs noodzakelijk is. U moet steeds de beschikking hebben over een werkend, gepast en/of geschikt hulpmiddel; de zorgverlener stelt vast of dit zo is.
- U zorgt goed voor het hulpmiddel dat u in eigendom of in bruikleen heeft.
U doet dit in ieder geval volgens de richtlijnen of de garantievoorzwaarden van de fabrikant of de zorgverlener. Hierdoor zal vervanging binnen de gebruiksstermijn niet nodig zijn. Schade (kosten van reparatie of vervanging) die is ontstaan door onjuist gebruik of door uw toerekenbare onachtzaamheid, moet u zelf betalen.
Bij diefstal van het hulpmiddel doet u aangifte bij de politie. U meldt de diefstal ook bij ons en bij de zorgverlener.
- Voor informatie, advies en begeleiding kunt u contact opnemen met onze afdeling Medische Beoordelingen.
- Afhankelijk van het hulpmiddel krijgt u dit in bruikleen of in eigendom.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Arts die hiertoe bevoegd is.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u denkt recht te hebben op een hulpmiddel dat wij niet noemen.
Wij beoordelen op grond van de aanvraag of wij het hulpmiddel in uw situatie toch vergoeden. Wij kunnen hiervoor aanvullende informatie van u nodig hebben.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u denkt recht te hebben op een hulpmiddel als u niet aan de genoemde voorwaarden voldoet.
Wij beoordelen op grond van de aanvraag of wij het hulpmiddel in uw situatie toch vergoeden. Wij kunnen hiervoor aanvullende informatie van u nodig hebben.
- Voor een reservehulpmiddel beoordeelt een gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden en of het hulpmiddel verzekerd is. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. In een aantal gevallen is een reservehulpmiddel wenselijk en nodig. Hiervoor moet een medische noodzaak zijn.
Als u een reservehulpmiddel wil aanschaffen bij een zorgverlener die niet gecontracteerd is moet u zelf bij ons een (vervolg)aanvraag voor een akkoordverklaring indienen.

- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

- Hulpmiddelen die onder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) vallen.
- Hulpmiddelen tijdens een opname of een medisch specialistische behandeling.
Zie hiervoor het artikel 'Medisch specialistische zorg'.
- Kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel zoals energieverbruik en vervanging van accu's en batterijen.
- Hulpmiddelen die algemeen gebruikelijk zijn of die algemeen gebruikelijke hulpmiddelen vervangen.
Dit zijn hulpmiddelen die geen vaste relatie hebben met een beperking of stoornis of duurzame hulpmiddelen waarvan de kosten beperkt zijn. Bijvoorbeeld: computers, mobiele telefoons, petten, sjaals en mutsjes, rollators, aangepast eetgerei, opener voor potjes of grijpstok voor oprapen.
- Hulpmiddelen (of aanpassing daarvan) die alleen of vooral worden gebruikt in de werk- of onderwijsomgeving.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

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

Pessaria en koperhoudende spiraaltjes (artikel B.17.13.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Pessaria en koperhoudende spiraaltjes.

Wat is uw vergoeding?

- Tot en met 20 jaar: vergoeding van 100 % voor pessaria en koperhoudende spiraaltjes.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Behandelend arts.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Hulpmiddelen bij controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel (artikel B.17.19.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel.
Het gaat hier om de algemene beschrijving waar meerdere niet concreet beschreven hulpmiddelen ter compensatie van de genoemde functiebeperking onder kunnen vallen.
Het hulpmiddel moet voldoen aan het criterium 'stand van wetenschap en praktijk'. Dat betekent dat het hulpmiddel op basis van objectief en wetenschappelijk onderzoek aantoonbaar en bewezen effectief en doelmatig moet zijn. Voor voorwaardelijke toegelaten zorg geldt een uitzondering, zie artikel 'Voorwaardelijke zorg'.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor hulpmiddelen bij controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico voor hulpmiddelen in eigendom. Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt geen eigen risico behalve voor kosten van het gebruik en verbruiksartikelen bij dat hulpmiddel.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het hulpmiddel moet voldoen aan criterium 'stand van wetenschap en praktijk'
Dat betekent dat het hulpmiddel wetenschappelijk bewezen effectief en doelmatig moet zijn.

- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie.
Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De zorgverlener let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.

Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.

- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel.
Dit betekent dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruiksinstructie en kunnen toebehoren nodig zijn voor het functioneren.
Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn. Ook kan vergoeding of verstrekking van een reserve hulpmiddel worden gegeven als dat redelijkerwijs noodzakelijk is. U moet steeds de beschikking hebben over een werkend, gepast en/of geschikt hulpmiddel; de zorgverlener stelt vast of dit zo is.
- U zorgt goed voor het hulpmiddel dat u in eigendom of in bruikleen heeft.
U doet dit in ieder geval volgens de richtlijnen of de garantievoorwaarden van de fabrikant of de zorgverlener. Hierdoor zal vervanging binnen de gebruikstermijn niet nodig zijn. Schade (kosten van reparatie of vervanging) die is ontstaan door onjuist gebruik of door uw toerekenbare onachtzaamheid, moet u zelf betalen.
Bij diefstal van het hulpmiddel doet u aangifte bij de politie. U meldt de diefstal ook bij ons en bij de zorgverlener.
- Voor informatie, advies en begeleiding kunt u contact opnemen met onze afdeling Medische Beoordelingen.
- Afhankelijk van het hulpmiddel krijgt u dit in bruikleen of in eigendom.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Arts die hiertoe bevoegd is.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u denkt recht te hebben op een hulpmiddel dat wij niet noemen.
Wij beoordelen op grond van de aanvraag of wij het hulpmiddel in uw situatie toch vergoeden. Wij kunnen hiervoor aanvullende informatie van u nodig hebben.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u denkt recht te hebben op een hulpmiddel als u niet aan de genoemde voorwaarden voldoet.
Wij beoordelen op grond van de aanvraag of wij het hulpmiddel in uw situatie toch vergoeden. Wij kunnen hiervoor aanvullende informatie van u nodig hebben.
- Voor een reservehulpmiddel beoordeelt een gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden en of het hulpmiddel verzekerd is. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. In een aantal gevallen is een reservehulpmiddel wenselijk en nodig. Hiervoor moet een medische noodzaak zijn.
Als u een reservehulpmiddel wil aanschaffen bij een zorgverlener die niet gecontracteerd is moet u zelf bij ons een (vervolg)aanvraag voor een akkoordverklaring indienen.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

- Hulpmiddelen die onder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) vallen.

- Hulpmiddelen tijdens een opname of een medisch specialistische behandeling.
Zie hiervoor het artikel 'Medisch specialistische zorg'.
- Kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel zoals energieverbruik en vervanging van accu's en batterijen.
- Hulpmiddelen die algemeen gebruikelijk zijn of die algemeen gebruikelijke hulpmiddelen vervangen.
Dit zijn hulpmiddelen die geen vaste relatie hebben met een beperking of stoornis of duurzame hulpmiddelen waarvan de kosten beperkt zijn. Bijvoorbeeld: computers, mobiele telefoons, petten, sjaals en mutsjes, rollators, aangepast eetgerei, opener voor potjes of grijpstok voor oprapen.
- Hulpmiddelen (of aanpassing daarvan) die alleen of vooral worden gebruikt in de werk- of onderwijsomgeving.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

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

Flash Glucose Monitoring (artikel B.17.19.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Flash Glucose Monitoring.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor Flash Glucose Monitoring.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

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

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Kinderarts.
- Internist.
- Endocrinoloog.
- Diabetoloog.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerd zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Real time Continue Glucose Monitoring (artikel B.17.19.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Real time Continu Glucose Monitoring.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor real time Continue Glucose Monitoring.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

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

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Kinderarts.

- Internist.
- Endocrinoloog.
- Diabetoloog.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerd zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Insulinepomp met toebehoren (artikel B.17.19.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Insulinepomp met toebehoren.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor insulinepomp met toebehoren.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico voor hulpmiddelen in eigendom. Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt geen eigen risico behalve voor kosten van het gebruik en verbruiksartikelen bij dat hulpmiddel.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Kinderarts.
- Internist.
- Endocrinoloog.
- Diabetoloog.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerd zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.

- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

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

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

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

Diabetes materialen (artikel B.17.19.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Diabetes-materiaal:
 - apparatuur voor zelf bloedafname + bijhorende lancetten;
 - bloedglucosemeter + bijbehorende teststrips;
 - injectiemateriaal (prikpen);
 - een aangepaste uitvoering.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor diabetes materialen.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

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

Wat zijn de voorwaarden?

- Bloedglucosemeters moeten voldoen aan de eisen uit het consensusdocument kwaliteitscriteria voor optimale en doelmatige inzet diabeteshulpmiddelen.

- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie.
Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De zorgverlener let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.

Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.

- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel.
Dit betekent dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruiksinstructie en kunnen toebehoren nodig zijn voor het functioneren.
Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn. Ook kan vergoeding of verstrekking van een reserve hulpmiddel worden gegeven als dat redelijkerwijs noodzakelijk is. U moet steeds de beschikking hebben over een werkend, gepast en/of geschikt hulpmiddel; de zorgverlener stelt vast of dit zo is.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Kinderarts.
- Internist.
- Endocrinoloog.
- Diabetoloog.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Persoonlijke alarmeringsapparatuur (artikel B.17.23.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Persoonlijke alarmeringsapparatuur.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor persoonlijke alarmeringsapparatuur.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

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

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

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

Wat zijn de voorwaarden?

- U krijgt dit hulpmiddel in bruikleen.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Behandelend arts.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking heeft u een akkoordverklaring van ons nodig.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.

Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.
- Een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft het certificaat Ketenkeurmerk Persoonsgebonden Alarmeringsdiensten.

Deze zorgverlener is volgens dit keurmerk van WDTM-QAEH gecertificeerd voor minimaal de rol van Aanbieder. Hij werkt samen met partijen die gecertificeerd zijn voor de rol van Leverancier (fabrikant), Installateur en Zorgcentrale binnen dit keurmerk. Deze samenwerking is contractueel vastgelegd en aantoonbaar aan ons.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Abonnementskosten van de alarmcentrale.
- De alarmeringsapparatuur als u een Wlz-indicatie heeft.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in bruikleen](#) (begrippen)

Zie ook:

- (begrippen)
- (begrippen)

Schouder-, arm- en handprothesen (artikel B.17.6.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Schouder-, arm- en handprothesen.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor schouder-, arm- en handprothesen.

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

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Revalidatiecentrum dat werkt volgens PPP-arm protocol.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor een reparatie vanaf € 750,-.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor aanpassing van de prothese voor kinderen tot 17 jaar vanaf € 750,-.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig bij aanschaf van een extra exemplaar.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat. Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Revalidatiecentrum PPP-arm: een revalidatiecentrum dat werkt met het PPP-arm protocol.
- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.
- Een niet-gecontracteerde zorgverlener moet erkend zijn volgens de Erkenningsregeling Orthopedische Instrumentmakerijen.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Hulpmiddelen die uitsluitend gebruikt worden voor werk of opleiding.

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Beenprothese: been of voet (artikel B.17.6.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Beenprothese: been of voet.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor beenprothese: been of voet.

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

Wat betaalt u zelf?

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

Wat zijn de voorwaarden?

- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom als u 16 jaar of jonger bent.
- U krijgt dit hulpmiddel in bruikleen als u 17 jaar of ouder bent.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Revalidatiearts.
- Physician assistant prothesiologie.
die werkt volgens het PPP-Been protocol

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor een reparatie vanaf € 750,-.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor aanpassing van de prothese voor kinderen tot 17 jaar vanaf € 750,-.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor een tweede verstrekking.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig in specifieke gevallen. Als dat zo is geeft de gecontracteerde zorgverlener dat aan.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat. Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.
- Een niet-gecontracteerde zorgverlener moet erkend zijn volgens de Erkenningsregeling Orthopedische Instrumentmakerijen.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Hulpmiddelen die uitsluitend gebruikt worden voor werk of opleiding.

Beenprothese: heup/bekken (artikel B.17.6.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Beenprothese: heup/bekken.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor beenprothese: heup/bekken.

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

Wat betaalt u zelf?

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

Wat zijn de voorwaarden?

- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom als u 16 jaar of jonger bent.
- U krijgt dit hulpmiddel in bruikleen als u 17 jaar of ouder bent.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Revalidatiearts.
- Physician assistant prothesiologie.
die werkt volgens het PPP-Been protocol

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor de eerste verstrekking.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor een reparatie vanaf € 750,-.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor aanpassing van de prothese voor kinderen tot 17 jaar vanaf € 750,-.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor een tweede verstrekking.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor herhaling van het hulpmiddel.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor gewijzigde vervolgaanvragen.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u wilt veranderen van zorgverlener.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.
- Een niet-gecontracteerde zorgverlener moet erkend zijn volgens de Erkenningsregeling Orthopedische Instrumentmakerijen.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Hulpmiddelen die uitsluitend gebruikt worden voor werk of opleiding.

Mamma- (borst)prothese (artikel B.17.6.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Mamma- (borst)prothese.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor mamma- (borst)prothese.

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

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- U heeft recht op een individueel gemaakte prothese als een gebruiksklaar exemplaar redelijkerwijs niet mogelijk of niet verantwoord is.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Behandelend arts.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?