

Verzekeringsreglement zorg behorend bij de polisvoorwaarden Confior ZorgPlan

Modelnummer Zvw 2.95.07

INHOUDSOPGAVE

	Pagina	
Artikel 1	Definities	3
Artikel 2	Algemene bepalingen	3
Artikel 3	Geneeskundige zorg	4
Artikel 3.1	Vergoeding DBC B-segment bij niet gecontracteerde zorgaanbieder	4
Artikel 3.2	Toestemming	4
Artikel 4	Paramedische zorg	4
Artikel 4.1	Tarieven Fysiotherapie/Huidtherapie niet gecontracteerde zorgaanbieder	4
Artikel 4.2	Wijze indienen declaratie niet gecontracteerde zorgaanbieder	4
Artikel 5	Mondzorg	4
Artikel 5.1	Mondzorg verleend door een tandarts	4
Artikel 5.2	Mondzorg verleend door een tandprotheticus	4
Artikel 5.3	Mondzorg verleend door een orthodontist	4
Artikel 5.4	Mondzorg verleend door een kaakchirurg	4
Artikel 5.5	Mondzorg verleend door een centrum bijzondere tandheelkunde (CBT)	4
Artikel 6	Farmaceutische zorg	4
Artikel 6.1	Aanwijzing geneesmiddelen	4
Artikel 6.2	Nadere voorwaarden	5
Artikel 6.3	Maximale vergoedingsperiode	5
Artikel 7	Hulpmiddelen zorg	5
Artikel 7.1	Nadere voorwaarden	5
Artikel 7.2	Toestemming	5
Artikel 7.3	Persoonsgebonden budget	5
Artikel 7.4	Gebruik	6
Artikel 8	Ziekenvervoer per auto of openbaar vervoer	6
Artikel 8.1	Nadere voorwaarden	6
Artikel 8.2	Vergoeding bij niet gecontracteerde zorg	6
	Overzicht tarieven Fysiotherapie/Huidtherapie	7
	Overzicht Farmacie	8
	Overzicht Hulpmiddelen naturapolis	10

VERZEKERINGSREGLEMENT ZORG NATURAPOLIS

ARTIKEL 1 DEFINITIES

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

- a Verzekerde: ieder die als zodanig op de zorgpolis is vermeld;
- b Zorgverzekeraar: Confior Zorgverzekeraar N.V.;
- c Zorgaanbieder: persoon of instelling die een of meer vormen van zorg kan aanbieden. Met een zorgaanbieder wordt gelijkgesteld een zorgaanbieder die buiten Nederland is gevestigd en die volgens het recht van het land van vestiging beschikt over kwalificaties die gelijkwaardig zijn aan die welke in Nederland gelden; kwalificaties die voldoen aan de Richtlijn 2001/19/EG, Pb EG L206, voor artsen, tandartsen, verloskundigen, verpleegkundigen en apothekers opgeleid binnen een van de EU-lidstaten worden geacht hieraan te voldoen;
- d Gecontracteerde zorgaanbieder: zorgaanbieder die met zorgverzekeraar een overeenkomst tot het verlenen van zorg aan verzekerde van zorgverzekeraar heeft gesloten;
- e Persoonsgebonden budget (PGB): een geldbedrag waarmee verzekerde zelf zorg kan inkopen.
- f Polis: Confior ZorgPlan modelnummer Zvw 2.95.07;
- g DBC b-segment: het geheel van activiteiten van ziekenhuis en medisch specialist voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de medisch-specialist in het ziekenhuis consulteert, zoals omschreven in besluiten van de Nederlandse Zorgautoriteit.en waarvoor geen tarief is vastgesteld;
- h Regeling zorgverzekering: Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1 september 2005, Z/VV-2611957, houdende regels terzake van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet, gepubliceerd in de Stcrt. 2005, 171, zoals deze thans luidt dan wel in de toekomst zal komen te luiden.

ARTIKEL 2 ALGEMENE BEPALINGEN

- 1 Dit Reglement heeft betrekking op de polis zoals genoemd in artikel 1 onder f. Verzekerde die een naturapolis heeft afgesloten, maakt aanspraak op zorg of een persoonsgebonden budget zoals in de polis is omschreven. Indien verzekerde met een naturapolis zich wendt tot een niet gecontracteerde zorgaanbieder maakt hij aanspraak op (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten van die zorg (voor zover deze in de polis is omschreven). Als verzekerde zich voor zorg wendt tot een niet gecontracteerde zorgaanbieder, is het bepaalde van artikel 11 onder e, f en g van de polis van toepassing.
- 2 Dit Reglement heeft betrekking op de volgende vormen van zorg:
 - a geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 8.4 van de polis;
 - b paramedische zorg zoals bedoeld in artikel 8.6 van de polis;
 - c mondzorg zoals bedoeld in artikel 8.7 van de polis;
 - d farmaceutische zorg zoals bedoeld in artikel 8.8 van de polis;
 - e hulpmiddelenzorg zoals bedoeld in artikel 8.9 van de polis;
 - f kraamzorg zoals bedoeld in artikel 8.12 van de polis;
 - g ziekenvervoer per auto of openbaar vervoer zoals bedoeld in artikel 8.14 van de polis.
- 3 Tenzij anders bepaald, voldoet verzekerde de op grond van de Regeling zorgverzekering verschuldigde eigen bijdrage aan zorgaanbieder.
- 4 In afwijking van het bepaalde in het voorgaande lid voldoet verzekerde de op grond van de Regeling zorgverzekering verschuldigde eigen bijdrage voor ziekenvervoer per auto of per openbaar vervoer aan zorgverzekeraar.
- 5 De navolgende overzichten maken deel uit van het Reglement:
 - a Overzicht Farmacie;
 - b Overzicht Hulpmiddelen;
 - c Overzicht Tarieven Fysiotherapie/Huidtherapie;
 - d Geldende lijst van preferente geneesmiddelen;
 - e Overzicht tarieven DBC b-segment.

ARTIKEL 3 GENEESKUNDIGE ZORG

ARTIKEL 3.1 VERGOEDING DBC B-SEGMENT BIJ NIET GECONTRACTEERDE ZORGAANBIEDER

Indien verzekerde zich wendt tot een niet gecontracteerde zorgaanbieder, wordt de maximale vergoeding voor een behandeling uit het DBC b-segment vastgesteld conform het Overzicht tarieven DBC b-segment.

ARTIKEL 3.2 TOESTEMMING

Voorafgaande toestemming van zorgverzekeraar is vereist voor:

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

ARTIKEL 4 PARAMEDISCHE ZORG

ARTIKEL 4.1 TARIEVEN FYSIOTHERAPIE/HUIDTHERAPIE NIET GECONTRACTEERDE ZORGAANBIEDER

In het Overzicht Tarieven Fysiotherapie/Huidtherapie is de maximale vergoeding opgenomen waar een verzekerde aanspraak op kan maken indien deze zich wendt tot een niet gecontracteerde fysiotherapeut/huidtherapeut.

ARTIKEL 4.2 WIJZE INDIENEN DECLARATIE NIET GECONTRACTEERDE ZORGAANBIEDER

Indien verzekerde zich wendt tot een niet gecontracteerde fysiotherapeut dan wel oefentherapeut Cesar/Mensendieck dient de nota van de eerste behandeling voor een bepaalde indicatie vergezeld te gaan van de verwijzing zoals genoemd in artikel 8.6 van de polis.

ARTIKEL 5 MONDZORG

ARTIKEL 5.1 MONDZORG VERLEEND DOOR EEN TANDARTS

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

ARTIKEL 5.2 MONDZORG VERLEEND DOOR EEN NIET GECONTRACTEERDE TANDPROTHETICUS

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

ARTIKEL 5.3 MONDZORG VERLEEND DOOR EEN ORTHODONTIST

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

ARTIKEL 5.4 MONDZORG VERLEEND DOOR EEN KAAKCHIRURG

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

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

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

ARTIKEL 6 FARMACEUTISCHE ZORG

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

- 1 Op grond van artikel 8.8 van de polis heeft zorgverzekeraar de geneesmiddelen aangewezen als omschreven in artikel 2.5 van de Regeling zorgverzekering, behoudens voor zover deze behoren tot een productcategorie waarvoor zorgverzekeraar één of meer geneesmiddelen als preferent heeft aangewezen.
- 2 Onder productcategorie wordt verstaan: een groep van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, toedieningsweg en sterkte.
- 3 Indien zorgverzekeraar voor een productcategorie een of meer geneesmiddelen als preferent heeft aangewezen, worden de productcategorie en het (de) aangewezen geneesmiddel(en) vermeld in de door zorgverzekeraar vastgestelde 'lijst van preferente geneesmiddelen'.

- 4 De geldende 'lijst van preferente geneesmiddelen' kan geraadpleegd worden op de website van zorgverzekeraar en wordt op verzoek toegezonden.
- 5 Indien zorgverzekeraar voor een productcategorie een of meer geneesmiddelen als preferent heeft aangewezen, heeft verzekerde slechts recht op de als preferent aangewezen geneesmiddelen.
- 6 In afwijking van lid 4 heeft verzekerde recht op een niet als preferent aangewezen geneesmiddel voor zover behandeling met een als preferent aangewezen geneesmiddel voor verzekerde medisch niet verantwoord is.
- 7 Verzekerde dient bij de aflevering van een niet preferent geneesmiddel zoals bedoeld in lid 5 van dit artikel een verklaring van de voorschrijver te overleggen aan de zorgaanbieder waaruit blijkt dat behandeling met een aangewezen geneesmiddel voor verzekerde medisch niet verantwoord is.

ARTIKEL 6.2 NADERE VOORWAARDEN

- 1 Voor geneesmiddelen die in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering staan, gelden de daar genoemde indicatievoorwaarden. Voorts zijn in het Overzicht Farmacie voor (een deel van) deze geneesmiddelen door zorgverzekeraar nadere toegangsvoorwaarden (toestemmings- en voorschriftvereisten) gesteld.
- 2 Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering bepaalt dat uitsluitend verzekerde:
 - a die lijdt aan een ernstige slikstoornis, een ernstige passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis, of
 - b met een dreigende ondervoeding en die lijdt aan een chronisch obstructief longlijden, cystische fibrose of een ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen een dreigende groeiachterstand heeft
 aanspraak maakt op polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
 Daarnaast is schriftelijke toestemming vooraf door zorgverzekeraar vereist (hierbij dient gebruik gemaakt te worden van het specifieke aanvraagformulier; dit aanvraagformulier is te downloaden op de website van zorgverzekeraar en wordt op verzoek aan verzekerde toegezonden).
- 3 Een verzoek om toestemming dient vooraf door verzekerde te worden ingediend, vergezeld van een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van de behandelend arts. Verzekerde kan slechts aanspraak maken op de zorg, indien zorgverzekeraar vooraf schriftelijke toestemming heeft verleend.
- 4 Verzekerde dient bij de aanvraag voor toestemming gebruik te maken van een aanvraagformulier voor farmaceutische zorg. Deze formulieren zijn te downloaden op de website van zorgverzekeraar en worden op verzoek toegezonden.
- 5 Een aanvraag voor toestemming dient minimaal te bevatten:
 - naam, adres en telefoonnummer van verzekerde;
 - polisnummer en geboortedatum van verzekerde;
 - naam, werkadres, telefoonnummer en specialisatie van voorschrijver;
 - de indicatie/diagnose waarvoor de hulp wordt voorgeschreven;
 - de (verwachte) termijn waarvoor de hulp wordt voorgeschreven;
 - de dosering per dag/week/maand.

ARTIKEL 6.3 MAXIMALE VERGOEDINGSPERIODE PER VOORSCHRIFT

- 1 a Per voorschrift is er aanspraak op de vergoeding van kosten van geneesmiddelen voor een periode van maximaal:
 - i vijftien dagen, indien het een voor verzekerde nieuwe medicatie betreft;
 - ii vijftien dagen, indien het een geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica betreft;
 - iii drie maanden, indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten, met uitzondering van hypnotica en anxiolytica;

- iv een jaar, indien het orale anticonceptiva betreft;
 - v een maand in overige gevallen.
- b Onder nieuwe medicatie wordt verstaan medicatie waarop verzekerde gedurende de voorafgaande 12 maanden niet is ingesteld.
 - c In afwijking van sub a onder iv heeft verzekerde aanspraak op maximaal drie maanden bij eerste uitgifte van orale anticonceptiva.
- 2 Vloeibare bereidingen worden bij de eerste uitgifte in de kleinste handelsverpakking afgeleverd.

ARTIKEL 7 HULPMIDDELENZORG

ARTIKEL 7.1 NADERE VOORWAARDEN

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

ARTIKEL 7.2 TOESTEMMING

- 1 Voorafgaande schriftelijke toestemming van zorgverzekeraar voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel is vereist, tenzij uit het Overzicht Hulpmiddelen het tegendeel blijkt.
- 2 Indien verzekerde zich wil wenden tot een niet gecontracteerde zorgaanbieder of gebruik wil maken van de mogelijkheid van een persoonsgebonden budget voor de daartoe in de polisvoorwaarden aangewezen hulpmiddelen, dient dit op de aanvraag te worden vermeld.
- 3 Indien zorgverzekeraar slechts één zorgaanbieder voor een bepaald soort hulpmiddelen heeft gecontracteerd, of in geval van medische noodzaak de verstrekking van het hulpmiddel niet langer op zich kan laten wachten, behoudt zorgverzekeraar zich het recht voor de schriftelijk gegeven toestemming (in kopie) rechtstreeks aan zorgaanbieder te zenden.
- 4 Voor het al dan niet gelijktijdig verschaffen van een tweede exemplaar van een hulpmiddel is voorafgaande toestemming vereist.

ARTIKEL 7.3 PERSOONSGEBONDEN BUDGET

- 1 Verzekerde kan een persoonsgebonden budget aanvragen voor de volgende hulpmiddelen, voorzover verzekerde deze nodig heeft ter compensatie van een ernstige visuele beperking: oogprothesen, gezichtshulpmiddelen, mobiliteitshulpmiddelen, informatie- en communicatie hulpmiddelen, beeldschermloepen, tactiel leesapparaat en blindengeleidehonden inclusief de daarbij behorende tegemoetkoming in de gebruikskosten.
- 2 Bij de aanvraag voor een persoonsgebonden budget dient een indicatiestelling gevoegd te worden van een gespecialiseerd instituut voor blinden en slechtzienden (Sensis, Visio of Bartimëus) waaruit blijkt dat verzekerde een ernstige visuele beperking heeft en op welke hulpmiddelenzorg voor blinden en slechtzienden verzekerde is aangewezen.
- 3 Voor de vaststelling van de hoogte van het persoonsgebonden budget wordt uitgegaan van de kosten van aanschaf en - in het geval van een blindengeleidehond - de tegemoetkoming in de gebruikskosten van de in lid 1 genoemde hulpmiddelen, voor zover deze in de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten. Zorgverzekeraar betreft in zijn vaststelling de gebruikelijke kosten zoals zorgaanbieders van de geïndiceerde hulpmiddelenzorg die in rekening brengen, en de redelijkheid gegeven de omstandigheden.

- 4 De gemiddelde gebruiksduur van de hulpmiddelen die door verzekerde door middel van het persoonsgebonden budget worden aangeschaft, wordt geacht gelijk te zijn aan de gemiddelde gebruikstermijnen zoals die voor deze hulpmiddelen zijn opgenomen in onderdeel B van het Overzicht hulpmiddelen, artikel 7.1 lid 1 is hierbij van toepassing.
- 5 De tegemoetkoming in de gebruikskosten bij aanschaf van een blindengeleidehond en de kosten van onderhoud van de overige hulpmiddelen, zijn bij het persoonsgebonden budget inbegrepen.
- 6 Voor de tegemoetkoming van de gebruikskosten voor een blindengeleidehond dient verzekerde jaarlijks, in de jaren volgend op het jaar waarin de blindengeleidehond werd aangeschaft, opnieuw een persoonsgebonden budget aan te vragen. Bij de aanvraag dienen een verklaring van de hondenschool, waaruit blijkt dat verzekerde de blindengeleidehond nog als zodanig in gebruik heeft en een kopie van de afgesloten ziektekostenverzekering voor de blindengeleidehond gevoegd te zijn.
- 7 De hoogte van de tegemoetkoming van de gebruikskosten voor een blindengeleidehond is gelijk aan het bedrag dat hiervoor is vastgesteld in het Overzicht Hulpmiddelen behorend bij het Reglement van het jaar waarvoor dit persoonsgebonden budget wordt aangevraagd.
- 8 Verzekerde dient voor 31 december van het kalenderjaar waarover het persoonsgebonden budget is uitgekeerd verantwoording af te leggen aan zorgverzekeraar over de besteding van het uitgekeerde persoonsgebonden budget. Bij de verantwoording dienen de originele nota's overlegd te worden, waaruit blijkt dat de hulpmiddelenzorg waarvoor het persoonsgebonden budget is verstrekt, door verzekerde is ingekocht en de bijbehorende nota('s) is (zijn) voldaan.
- 9 Indien uit de verantwoording blijkt dat verzekerde het over dat kalenderjaar uitgekeerde persoonsgebonden budget niet of niet volledig heeft besteed aan de daarvoor bestemde hulpmiddelenzorg, is verzekeraar gerechtigd het persoonsgebonden budget of een gedeelte daarvan terug te vorderen.

ARTIKEL 7.4 GEBRUIK

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

ARTIKEL 8 ZIEKENVERVOER PER AUTO OF PER OPENBAAR VERVOER

ARTIKEL 8.1 NADERE VOORWAARDEN

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

ARTIKEL 8.2 VERGOEDING BIJ NIET GECONTRACTEERDE ZORG

Indien verzekerde zich wendt tot een niet gecontracteerde zorgaanbieder is de vergoeding maximaal € 0,95 per beladen kilometer.

OVERZICHT TARIEVEN FYSIOTHERAPIE/HUIDTHERAPIE

Tarieven Fysiotherapie

In onderstaande tabel zijn de maximale vergoedingen opgenomen voor behandelingen verzorgd door een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut of een oedeemtherapeut met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten en waarvoor geen tarief is vastgesteld krachtens de Wet Tarieven Gezondheidszorg.

Bezoek aan een fysiotherapeut

Maximale vergoeding in geval de patiënt de praktijkruimte van de fysiotherapeut voor individuele behandeling bezoekt:	Vergoeding:
• Reguliere zitting	€ 21,00
• Onder voorwaarden zitting manuele therapie/oedeemtherapie/bekken therapie	€ 31,70
• Een eenmalig rapport kinderfysiotherapie	€ 21,00
• Onder voorwaarden zitting kinderfysiotherapie	€ 31,70
• Instructie/overleg kinderfysiotherapie met ouders van een patiënt	€ 31,70
• Een eenmalig fysiotherapeutisch onderzoek (op medische indicatie)	€ 42,40
• Een lange zitting	€ 31,70
• Intake en onderzoek na verwijzing	€ 21,00

Bezoek van een fysiotherapeut

In geval de fysiotherapeut de patiënt bezoekt (uitbehandeling) wordt de vergoeding per hierboven genoemde zitting verhoogd met de toeslag voor uitbehandeling/inrichtingstoelage:	Vergoeding:
• Toeslag voor uitbehandeling	€ 10,20
• Inrichtingstoelage	€ 4,90

Tarieven Huidtherapie

In onderstaande tabel zijn de maximale vergoedingen opgenomen voor behandelingen lymfoedeemtherapie, verzorgd door een huidtherapeut met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten en waarvoor geen tarief is vastgesteld krachtens de Wet Tarieven Gezondheidszorg.

Maximale vergoeding in geval de patiënt de praktijkruimte van de huidtherapeut voor individuele behandeling bezoekt:	Vergoeding:
• Oedeemtherapie	€ 31,70

OVERZICHT FARMACIE

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

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

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

OVERZICHT HULPMIDDELEN NATURAPOLIS

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

A. Gecontracteerde aanbieder (vergoeding 100% behoudens de wettelijke eigen bijdragen en maximale vergoedingen)

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

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

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

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

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

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

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

B. Niet-gecontracteerde aanbieder

In het onderstaande overzicht zijn, per hulpmiddel, opgenomen de nadere voorwaarden en vergoedingen indien het hulpmiddel wordt betrokken bij een niet-gecontracteerde aanbieder.

Regeling zorgverzekering Artikel	Hulpmiddel	Vooraf toestemming door zorgverzekeraar vereist?	Toelichting verplicht en van wie en offerte zorgaanbieder?	Gemiddelde gebruiksduur en gebruiksaantallen	Kwaliteits-/ deskundigheids-eisen aan zorgaanbieder verplicht en overige bijzonderheden	Vergoeding en overige voorwaarden indien geen gebruik gemaakt wordt van bruikleen
Art. 2.6 en art 2.8	prothesen voor schouder, arm, hand, been of voet, algemeen gangbare hulp- en aanzetstukken voor armprothesen en een oplaadinrichting en batterijen indien de prothese voor schouder, arm of hand in bekrachtigde uitvoering is	ja	behandelend revalidatiearts/ orthoeped + offerte	3 jaar	- SEMH gecertificeerd - zorgaanbieder is aangesloten bij Orthobanda	maximaal: uurtarief: € 56,55 per uur € 1,35 per eenheid 5% opslag op halffabrikaten exclusief 6% BTW
Art. 2.6 en art. 2.9	mammaprothesen: gebruiksklaar	ja	behandelend specialist	2,5 jaar	SEMH gecertificeerd	gebruiksklare mammaprothese: maximaal € 190
	afzonderlijk vervaardigd	ja	behandelend specialist + offerte + toelichting zorgaanbieder	2,5 jaar	SEMH gecertificeerd	afzonderlijk vervaardigde mammaprothese op basis van offerte
Art. 2.6 en art. 2.10	gelaatsprothesen	ja	behandelend specialist + offerte			op basis van offerte tot maximaal het bedrag voor zover dat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten
Art. 2.6 en art. 2.11	oogprothesen	ja	behandelend specialist + offerte			op basis van offerte tot maximaal het bedrag voor zover dat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten
Art. 2.6 en art. 2.12	1) orthesen voor romp, arm, been, voet, hoofd en hals	1) ja	1) behandelend specialist + offerte	1) 2 jaar	1) - SEMH gecertificeerd - zorgaanbieder is aangesloten bij Orthobanda	1) maximaal: uurtarief: € 56,55 per uur € 1,35 per eenheid 5% opslag op halffabrikaten exclusief 6% BTW
	2) breukbanden	2) ja	2) behandelend specialist + offerte	2) 1 jaar		2) op basis van offerte tot maximaal het bedrag voor zover dat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten
	3) sta tafel	3) ja	3) revalidatiearts + offerte	3) 5 jaar		3) op basis van offerte tot maximaal het bedrag voor zover dat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten

Regeling zorgverzekering Artikel	Hulpmiddel	Vooraf toestemming door zorgverzekeraar vereist?	Toelichting verplicht en van wie en offerte zorgaanbieder?	Gemiddelde gebruiksduur en gebruiksaantallen	Kwaliteits-/ deskundigheids-eisen aan zorgaanbieder verplicht en overige bijzonderheden	Vergoeding en overige voorwaarden indien geen gebruik gemaakt wordt van bruikleen
Art. 2.6 en art. 2.12	kappen ter bescherming van de schedel	ja	behandelend specialist + offerte	2 jaar		op basis van offerte tot maximaal het bedrag voor zover dat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten
Art. 2.6 en art. 2.12	trachea canule	ja	behandelend specialist			AIP* zoals opgenomen in de G-standaard vermeerderd met 8% en BTW
Art. 2.6 en art. 2.12	stemprothesen of spraakversterker	ja	behandelend specialist			AIP* zoals opgenomen in de G-standaard vermeerderd met 8% en BTW
Art. 2.6 en art. 2.12	orthopedisch schoeisel en orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen	ja	revalidatiearts/orthopeed + offerte	voor verzekerden jonger dan 16 jaar: 9 maanden voor verzekerden van 16 jaar en ouder: 15 maanden	- SEMH gecertificeerd - zorgaanbieder is aangesloten bij de NVOS	maximaal: uurtarief: € 54,50 excl. 6% BTW eigen bijdrage: conform de Regeling zorgverzekering voor verzekerden van 16 jaar en ouder: € 110 voor verzekerden jonger dan 16 jaar: € 55
Art. 2.6 en art. 2.13	gezichtshulpmiddelen	ja	behandelend specialist + offerte	bijzondere optische hulpmiddelen: 5 jaar		op basis van offerte tot maximaal het bedrag voor zover dat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten

Regeling zorgverzekering Artikel	Hulpmiddel	Vooraf toestemming door zorgverzekeraar vereist?	Toelichting verplicht en van wie en offerte zorgaanbieder?	Gemiddelde gebruiksduur en gebruiksaantallen	Kwaliteits-/ deskundigheids-eisen aan zorgaanbieder verplicht en overige bijzonderheden	Vergoeding en overige voorwaarden indien geen gebruik gemaakt wordt van bruikleen
Art. 2.6 en art. 2.14	- hoortoestellen - oorstukjes	ja ja	KNO arts of audiologisch centrum	gebruiksduur: 5 jaar gebruiksduur oorstukjes voor verzekerden van 16 jaar en ouder: 2 jaar		maximale vergoeding conform de Regeling zorgverzekering: voor verzekerden van 16 jaar en ouder bij een gebruiksduur: tussen 0 - 6 jaar € 4,76 tussen 6 - 7 jaar € 566,50 langer dan 7 jaar € 657,50 voor verzekerden jonger dan 16 jaar: € 657,50 opname hoortoestel in brilmontuur: maximale vergoeding vermeerderd met € 61,50 - AHO: AchterHetOor maximaal € 25,75 - IHO: InHetOor maximaal € 40,70 - bijzondere uitvoering zoals vergulden etc. maximaal € 50 - bij eerste aanschaf 6 batterijen: 100% vergoeding
Art. 2.6 en art. 2.14	ringleidingen, infrarood-apparatuur, FM-apparatuur en maskeerders alsmede de verschaffing en vervanging van oorstukjes	ja	KNO arts of audiologisch centrum + (indien van toepassing) offerte	gebruiksduur ringleidingen, infraroodapparatuur FM-apparatuur en maskeerders: 5 jaar gebruiksduur oorstukjes voor verzekerden van 16 jaar en ouder: 2 jaar		ringleiding maximaal € 199 FM-apparatuur en maskeerders op basis van offerte tot maximaal het bedrag voor zover dat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten - AHO: AchterHetOor maximaal € 25,75 - IHO: InHetOor maximaal € 40,70 - bijzondere uitvoering zoals vergulden etc. maximaal € 50 - bij eerste aanschaf 6 batterijen: 100% vergoeding
Art. 2.6 en art. 2.15	urine-opvangzakken met de noodzakelijke hulpstukken ter bevestiging aan bed of been, catheters en toebehoren en spoelapparatuur voor anaalpoelen	ja	behandelend arts of gespecialiseerd verpleegkundige			AIP* zoals opgenomen in de G-standaard verminderd met 10% en vermeerderd met BTW

Regeling zorgverzekering Artikel	Hulpmiddel	Vooraf toestemming door zorgverzekeraar vereist?	Toelichting verplicht en van wie en offerte zorgaanbieder?	Gemiddelde gebruiksduur en gebruiksaantallen	Kwaliteits-/ deskundigheids-eisen aan zorgaanbieder verplicht en overige bijzonderheden	Vergoeding en overige voorwaarden indien geen gebruik gemaakt wordt van bruikleen
Art. 2.6 en art. 2.15	stomamaterialen	ja	behandelend arts of gespecialiseerd verpleegkundige	<p>gebruiksaantallen:</p> <p>colostoma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tweedelig: 4 plakken per week/ 4 zakjes per dag - eendelig: 4 zakjes per dag <p>irrigatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - spoelsets: eerste jaar 2 spoelsets, voorts 1 spoelset per jaar - spoelpomp: <ul style="list-style-type: none"> gebruiksduur: 3 jaar - 1 irrigatiesleeve per dag - na elke spoelbeurt kunnen 2 stomapleisters of colostomie-zakjes gebruikt worden <p>stomapluggen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tweedelig: 1 plak en 4 pluggen per dag - eendelig: 4 pluggen per dag <p>ileostoma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tweedelig: 4 plakken per week/ 2 zakjes per dag - eendelig: 2 zakjes per dag <p>urostoma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tweedelig: 4 plakken per week/ 2 zakjes per dag - eendelig: 2 zakjes per dag <p>continentstoma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - afdekpleisters en catheters: 2-6 per dag afhankelijk van voorschrift <p>stomasteunbandage:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 stuks per jaar 		AIP* zoals opgenomen in de G-standaard vermeerderd met 2,5% en BTW

*AIP (Apothekers Inkoop Prijs)

Regeling zorgverzekering Artikel	Hulpmiddel	Vooraf toestemming door zorgverzekeraar vereist?	Toelichting verplicht en van wie en offerte zorgaanbieder?	Gemiddelde gebruiksduur en gebruiksaantallen	Kwaliteits-/ deskundigheids-eisen aan zorgaanbieder verplicht en overige bijzonderheden	Vergoeding en overige voorwaarden indien geen gebruik gemaakt wordt van bruikleen
Art. 2.6 en art. 2.15	incontinentie-absorptie-materialen	ja	behandelend arts of gespecialiseerd verpleegkundige	genormeerd aantal eenmalig te gebruiken inlegluiers en/of luierbroeken: 455 stuks per kwartaal. Genormeerd aantal eenmalig te gebruiken onderleggers: 455 stuks per kwartaal. Gecombineerd gebruik van inlegluiers en/of luierbroeken en/ of onderleggers: 455 stuks per kwartaal. Genormeerd aantal wasbare inlegluiers of luierbroeken: 10 stuks per jaar.		AIP* zoals opgenomen in de G-standaard verminderd met 15% en vermeerderd met BTW
Art. 2.6 en art. 2.15	stompkousen	ja	revalidatiearts/orthopeed + offerte	maximaal 4 stuks per jaar	- SEMH gecertificeerd - zorgaanbieder is aangesloten bij Orthobanda	op basis van offerte tot maximaal het bedrag voor zover dat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten
Art. 2.6 en art. 2.15	slijmuitzuigapparatuur	ja	behandelend arts of specialist			zowel huur als koop: uitzuigapparatuur standaard: maximaal € 666,40 incl. BTW per dag; uitzuigapparatuur mobiel: maximaal € 1.124,55 incl. BTW; disposables kunnen apart gedeclareerd worden
Art. 2.6 en art. 2.16	hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden voor verzekerden tot 21 jaar (pessaria en koperhoudende spiraaltjes)	nee	behandelend arts			AIP* zoals opgenomen in de G-standaard vermeerderd met 2,5% en BTW

<i>Regeling zorgverzekering Artikel</i>	<i>Hulpmiddel</i>	<i>Vooraf toestemming door zorgverzekeraar vereist?</i>	<i>Toelichting verplicht en van wie en offerte zorgaanbieder?</i>	<i>Gemiddelde gebruiksduur en gebruiks aantallen</i>	<i>Kwaliteits-/ deskundigheids-eisen aan zorgaanbieder verplicht en overige bijzonderheden</i>	<i>Vergoeding en overige voorwaarden indien geen gebruik gemaakt wordt van bruikleen</i>
<i>Art. 2.6 en art. 2.17</i>	<i>krukken, loophulpen met 3 of 4 poten, looprekken, rollators, loopwagens, serveerwagens</i>	<i>ja</i>	<i>behandelend arts/specialist + offerte</i>	<i>4 jaar</i>		<i>standaard krukken: maximaal € 21 niet standaard krukken op basis van offerte loophulpen met 3 of 4 poten: maximaal € 18 looprekken: maximaal € 35 standaard rollator: maximaal € 40 lichtgewicht rollator: maximaal € 75 loopwagen op basis van offerte serveerwagen: maximaal € 150 hulpmiddelen voor kinderen op basis van offerte tot maximaal het bedrag voor zover dat in de Nederlandse marktoms tandigheden passend is te achten</i>
<i>Art. 2.6 en art. 2.17</i>	<i>trippelstoelen en loopfietsen</i>	<i>ja</i>	<i>behandelend arts + offerte de zorgverzekeraar kan een ergo-therapeutisch rapport verlangen</i>	<i>5 jaar</i>		<i>trippelstoel manueel: maximaal € 461 trippelstoel elektrisch: maximaal € 1.005 loopfiets: maximaal € 1.980 hulpmiddelen voor kinderen op basis van offerte tot maximaal het bedrag voor zover dat in de Nederlandse marktoms tandigheden passend is te achten</i>
<i>Art. 2.6 en art. 2.17</i>	<i>blindentaststokken</i>	<i>ja</i>	<i>behandelend arts/specialist offerte</i>	<i>3 jaar</i>		<i>standaard taststok: maximaal € 19,50 niet standaard taststokken op basis van offerte tot maximaal het bedrag voor zover dat in de Nederlandse marktoms tandigheden passend is te achten</i>
<i>Art. 2.6 en art. 2.18</i>	<i>pruiken</i>	<i>ja</i>	<i>behandelend arts</i>	<i>1 jaar</i>		<i>maximale vergoeding conform de Regeling zorgverzekering: € 264,50</i>

Regeling zorgverzekering Artikel	Hulpmiddel	Vooraf toestemming door zorgverzekeraar vereist?	Toelichting verplicht en van wie en offerte zorgaanbieder?	Gemiddelde gebruiksduur en gebruiksaantallen	Kwaliteits-/ deskundigheids-eisen aan zorgaanbieder verplicht en overige bijzonderheden	Vergoeding en overige voorwaarden indien geen gebruik gemaakt wordt van bruikleen
Art. 2.6 en art. 2.19	injectiespuiten en toebehoren	ja	behandelend arts of gespecialiseerd verpleegkundige			AIP* zoals opgenomen in de G-standaard vermeerderd met 1,25% en BTW
Art 2.6 onderdeel m	therapeutisch elastische kousen en aan- en uittrekhelp lymfeoedeem compressie-apparatuur	ja ja	behandelend arts + offerte behandelend specialist + offerte	gebruiksduur en aantallen elastische kousen: - 1 ^o verstrekking; maximaal 2 (paar) kousen - volgende verstrekking; 14 maanden na vorige verstrekking 2 (paar) kousen gebruiksduur aan- en uittrekhelp: 24 maanden 5 jaar	SEMH gecertificeerd	aanmeetvergoeding per levering: maximaal € 38 inkoopopslag per levering: maximaal € 2,90 alles excl. 6% BTW aan- en uittrekhelp: maximaal € 20 op basis van offerte tot maximaal het bedrag voor zover dat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten
Art. 2.6 en art. 2.20	hulpmiddelen bij diabetes	ja	behandelend arts of gespecialiseerd verpleegkundige	gebruiksduur: - bloedglucosemeter: 3 jaar - apparatuur voor het afnemen van bloed: 2 jaar - draagbare uitwendige infuuspomp: 4 jaar gebruiksaantallen: - teststrips: 100 – 400 per kwartaal, afhankelijk van het voorschrift - lancetten: 100 – 400 per kwartaal, afhankelijk van het voorschrift		AIP* zoals opgenomen in de G-standaard verminderd met 11,25%, vermeerderd met BTW
Art. 2.6 en art. 2.21	apparatuur voor positieve uitademingsdruk	nee	behandelend specialist			maximaal € 80 incl. BTW

*AIP (Apothekers Inkoop Prijs)

Regeling zorgverzekering Artikel	Hulpmiddel	Vooraf toestemming door zorgverzekeraar vereist?	Toelichting verplicht en van wie en offerte zorgaanbieder?	Gemiddelde gebruiksduur en gebruiksaantallen	Kwaliteits-/ deskundigheids-eisen aan zorgaanbieder verplicht en overige bijzonderheden	Vergoeding en overige voorwaarden indien geen gebruik gemaakt wordt van bruikleen
Art. 2.6 en art. 2.22	draagbare uitwendige infuuspompen met toebehoren	ja	behandelend arts			zowel bij koop als huur: infuuspompen: maximaal € 2.142 incl. BTW; grootvolumetrische infuuspompen: maximaal € 2.856 incl. BTW; cassettepompen: maximaal € 5.355 incl. BTW exclusief medische cassettes flolanpompen: maximaal € 5.950 incl. BTW disposables kunnen apart gedeclareerd worden
Art. 2.6 en art. 2.23	verbanden	ja	behandelend specialist	6 maanden	- SEMH gecertificeerd - zorgaanbieder is aangesloten bij de NVOS	maximale vergoeding conform de Regeling zorgverzekering € 136,50
Art. 2.6 en art. 2.23	allergeenvrije schoenen	ja	behandelend specialist + offerte	gebruiksduur: voor verzekerden jonger dan 16 jaar: 9 maanden voor verzekerden van 16 jaar en ouder: 15 maanden	- SEMH gecertificeerd - zorgaanbieder is aangesloten bij de NVOS	maximale vergoeding en eigen bijdrage conform de Regeling zorgverzekering: voor verzekerden van 16 jaar en ouder: eigen bijdrage € 110 per paar, vermeerderd met het verschil tussen de aanschaffingskosten en € 287,50 voor verzekerden jonger dan 16 jaar: eigen bijdrage € 55 per paar, vermeerderd met het verschil tussen de aanschaffingskosten en € 232,50
Art. 2.6 en art. 2.24	niet-klinisch ingebrachte sonden met toebehoren en uitwendige toebehoren benodigd bij de toediening van parenterale voeding	ja	behandelend arts			AIP* zoals opgenomen in de G-standaard vermeerderd met 2,5% en BTW
Art. 2.6 en art. 2.24	uitwendige voedingspompen en toebehoren	ja	behandelend arts	4 jaar		maximaal € 1.499,40 incl. BTW (zowel bij koop als huur) disposables kunnen apart gedeclareerd worden

*AIP (Apothekers Inkoop Prijs)

<i>Regeling zorgverzekering Artikel</i>	<i>Hulpmiddel</i>	<i>Vooraf toestemming door zorgverzekeraar vereist?</i>	<i>Toelichting verplicht en van wie en offerte zorgaanbieder?</i>	<i>Gemiddelde gebruiksduur en gebruiksaantallen</i>	<i>Kwaliteits-/ deskundigheids-eisen aan zorgaanbieder verplicht en overige bijzonderheden</i>	<i>Vergoeding en overige voorwaarden indien geen gebruik gemaakt wordt van bruikleen</i>
<i>Art. 2.6 en art. 2.24</i>	<i>eetapparaten</i>	<i>ja</i>	<i>behandelend arts + offerte</i>			<i>op basis van offerte tot maximaal het bedrag voor zover dat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten</i>
<i>Art. 2.6 en art. 2.25</i>	<i>allergeenvrije en stofdichte hoezen</i>	<i>ja</i>	<i>behandelend arts</i>	<i>10 jaar</i>		<i>maximale vergoedingen: kussenhoes: € 7,75 dekbedovertrek: - 1 persoons € 21 - 2 persoons € 33 matrashoes: - 1 persoons € 33 - 2 persoons € 42</i>
<i>Art. 2.6 en art. 2.26</i>	<i>hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering;</i>	<i>ja</i>	<i>behandelend specialist/arts + offerte</i>	<i>5 jaar</i>		<i>op basis van offerte tot maximaal het bedrag voor zover dat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten fax: maximale vergoeding conform Regeling zorgverzekering: € 95</i>
<i>Art. 2.6 en art. 2.27</i>	<i>zuurstofapparaten dan wel -concentratoren met toebehoren</i>	<i>ja</i>	<i>behandelend specialist</i>			<i>huur zuurstofapparatuur dan wel zuurstofconcentratoren en toebehoren: maximaal € 3,69 incl. BTW per dag, stroomkosten (indien van toepassing) in verband met het gebruik van een zuurstofconcentrator kunnen apart gedeclareerd worden</i>
<i>Art. 2.6 onderdeel v</i>	<i>longvibrators</i>	<i>ja</i>	<i>behandelend specialist + offerte</i>	<i>5 jaar</i>		<i>op basis van offerte tot maximaal het bedrag voor zover dat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten</i>
<i>Art. 2.6 onderdeel w</i>	<i>vernevelaars met toebehoren</i>	<i>ja</i>	<i>behandelend specialist + offerte</i>	<i>5 jaar</i>		<i>op basis van offerte tot maximaal het bedrag voor zover dat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten</i>
<i>Art. 2.6 onderdeel x</i>	<i>beeldschermloepen</i>	<i>ja</i>	<i>behandelend specialist + offerte</i>	<i>5 jaar</i>		<i>maximaal € 1.103</i>

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

Regeling zorgverzekering Artikel	Hulpmiddel	Vooraf toestemming door zorgverzekeraar vereist?	Toelichting verplicht en van wie en offerte zorgaanbieder?	Gemiddelde gebruiksduur en gebruiks aantallen	Kwaliteits-/ deskundigheids-eisen aan zorgaanbieder verplicht en overige bijzonderheden	Vergoeding en overige voorwaarden indien geen gebruik gemaakt wordt van bruikleen
Art. 2.6 en art. 2.33	aangepaste tafels, aangepaste stoelen, anti-decubituszitkussens, bedden in speciale uitvoering, anti- decubitus-bedden, -matrassen, -overtrekken, dekenbogen, onrusthekken, bedgalgen, papegaaien, portalen, bedverkorters en -verlengers	ja	behandelend arts + offerte de zorgverzekeraar kan een ergotherapeutisch rapport verlangen	5 jaar		<ul style="list-style-type: none"> - bed(lee)s tafels: maximaal € 85 - overige aangepaste tafels: op basis van offerte - sta-op stoelen: maximaal € 772 - overige aangepaste stoelen: op basis van offerte - anti-decubituszitkussens: maximaal € 70 - hoog/laag bedden: maximaal € 712 - overige bedden in speciale uitvoering en anti-decubitus- bedden: op basis van offerte tot maximaal het bedrag voor zover dat in de Nederlandse markt-omstandigheden passend is te achten - matrassen: maximaal € 156 - anti-decubitusmatrassen - overtrekken: huur of koop huurprijzen per dag - preventief € 2,10 tot een maximum van € 925 - curatief € 4,25 tot een maximum van € 1.500 de maximumbedragen bij huur zijn tevens de maximale vergoedingen bij koop. - dekenbogen: maximaal € 31 - onrusthekken: maximaal € 107 per paar - bedgalgen/papegaaien: maximaal € 90 - portalen, bedverkorters en -verlengers maximaal € 76 - hulpmiddelen voor kinderen op basis van offerte tot maximaal het bedrag voor zover dat in de Nederlandse markt-omstandigheden passend is te achten

Regeling zorgverzekering Artikel	Hulpmiddel	Vooraf toestemming door zorgverzekeraar vereist?	Toelichting verplicht en van wie en offerte zorgaanbieder?	Gemiddelde gebruiksduur en gebruiksaantallen	Kwaliteits-/ deskundigheids-eisen aan zorgaanbieder verplicht en overige bijzonderheden	Vergoeding en overige voorwaarden indien geen gebruik gemaakt wordt van bruikleen
Art. 2.6 en art. 2.34	geleidehond gebruikskosten	ja ja	hulphond: revalidatiearts blindengeleidehond: één van de volgende centra - Sensis - Visio - Bartiméus hondenschool kopie van de afgesloten ziektekostenverzekering - tegemoetkoming dient voor de eerste keer aanvraagt te worden binnen 3 maanden nadat de hond bij verzekerde geplaatst is of na het afronden van een teamtraining de tegemoetkoming moet jaarlijks opnieuw aangevraagd worden	5 jaar	de hondenschool dient minimaal te voldoen aan de eisen zoals gesteld in het kwaliteitshandboek van de Internationale Federatie van Geleidehondenscholen	geleidehond: maximaal € 12.800 na positieve beoordeling door zorgverzekeraar op basis van de medische indicatie, dient ook de hondenschool een positieve praktische indicatie aan zorgverzekeraar af te geven alvorens zorgverzekeraar voorafgaande toestemming verleend voor de aanschaf van een geleidehond gebruikskosten maximaal € 1.000 per jaar voor: - het levensonderhoud; - voor de verzorging; en - voor de speciale ziektekostenverzekering
Art. 2.6 en art. 2.35	hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand- en vingerfunctie	ja	revalidatiearts + offerte robotmanipulator: één van de volgende centra - UMCG (locatie Beatrixoord) te Haren - Amstelrade te Amstelveen - St. Maartens-kliniek te Nijmegen - St. Revalidatie Limburg te Valkenburg + offerte	5 jaar		op basis van offerte tot maximaal het bedrag voor zover dat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten
Art. 2.6 en art. 2.36	thuisdialyse-apparatuur	ja	toelichting van behandelend arts dialyse centrum			op basis van offerte tot maximaal het bedrag voor zover dat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten, voor zover niet opgenomen in CTG tarief
Art. 2.6	verbandmiddelen	nee	behandelend arts			AIP* zoals opgenomen in de G-standaard vermeerderd met 4,8% en BTW

*AIP (Apothekers Inkoop Prijs)



zorg en inkomen

Confor. Onderdeel van Menzis.

Statutaire naam: Confor Zorgverzekeraar N.V. Adres: Westblaak 67, 3072 KE Rotterdam.
Handelsnaam: Confor Zorgverzekeraar N.V. Aard van de dienstverlening: Aanbieden schadeverzekeringen. AFM registratienummer: 12000508

Statutaire naam: Onderlinge Waarborgmaatschappij Menzis U.A. Adres: Winschoterdiep 70, 9723 AB Groningen.
Handelsnamen: Onderlinge Waarborgmaatschappij Menzis U.A. Aard van de dienstverlening: Aanbieden schadeverzekeringen. AFM registratienummer: 12000575