

Machtigingsformulier voor aanvraag GGZ bij niet-gecontracteerde instelling

Datum --

1. Aanvrager

Voorletters en achternaam (verplicht) _____ m v

Straat _____ Huisnummer _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Geboortedatum (verplicht) _____ Relatienummer (verplicht) _____

Telefoon _____

E-mailadres _____

2. Gegevens instelling

Naam instelling _____

AGB-code instelling _____

Straat _____ Huisnummer _____

Postcode _____ Woonplaats _____

3. Verwijzing

Verwijzing als bijlage toevoegen z.o.z

Naam verwijzer (verplicht) _____

AGB code (indien beschikbaar) _____

Specialisme verwijzer (verplicht) _____

4a. Regiebehandelaar indicierend die u heeft gezien voor diagnostiek en behandelplan

naam /AGB/ BIG (verplicht) _____

4b. Regiebehandelaar coördinerend

naam /AGB/ BIG (verplicht) _____

5. Offerte met zorgprestaties

Behandelplan en offerte als bijlage toevoegen z.o.z.

Zorgtraject: nummer _____

Verwachte Zorgprestaties _____

Startdatum Zorgprestaties --

Verwachte einddatum Zorgprestaties --

6. Aanvraag gedaan namens verzekerde door behandelaar (indien van toepassing)

(Voorletters en achternaam (verplicht) _____

AGB code (gewenst) _____

Handtekening aanvrager:

Handtekening verzekerde voor akkoord:



Toelichting formulier aanvraag machtiging voor niet-gecontracteerde GGZ behandelingen

Het doel van een machtigingsaanvraag is om vooraf vast te stellen of u bent aangewezen op de te verlenen zorg en of de behandeling voor vergoeding uit het verzekerde basispakket in aanmerking komt. Daarmee wordt voorkomen dat u achteraf met hoge kosten zit als blijkt dat de behandeling niet onder de vergoeding van de zorgverzekeringswet valt.

De aanmelding, intake, diagnostiek en indicatiestelling kunnen altijd zonder machtiging worden uitgevoerd. Hiervoor is alleen een verwijzing nodig, die aan de eisen in onze polisvoorwaarden voldoet. Indien na intake en diagnostiek de zorgverlener een indicatie stelt voor een behandeling, is het noodzakelijk dat u zelf of de zorgverlener namens u vóór de start van de behandeling een machtiging aanvraagt. Voor ieder zorgtraject moet een nieuwe machtigingsaanvraag worden ingediend.

Gaat het om een machtigingsaanvraag waarbij de regiebehandelaar na de intake en diagnostiek van oordeel is dat behandeling niet nodig is? Dan is een machtigingsaanvraag niet nodig.

Verplichte bijlagen bij het machtigingsformulier

1. Verwijsbrief

met daarin:

- indicatie verwijzing/ vermoeden van DSM stoornis
- verwijzdatum
- de gegevens van de zorgverlener naar wie verwezen is

2. Actueel behandelplan

De informatie over het voorgestelde behandeltraject met vermelding van:

- het zorgtrajectnummer (zelfde als eerste zorgprestatie van de intake en/of diagnostiek)
- zo nodig het verplichte zorglabel
- de startdatum van behandeling en verwachte einddatum van de behandeling
- Is er sprake van stepped care of matched care en geef toelichting
- de DSM-5 classificatie met hoofdclassificatie
- het geadviseerde zorgvraagtype en het gekozen zorgvraagtype
- de behandelinterventies
- het aantal behandelingen door welke behandelaar worden gepland, individueel of in een groep
- per soort behandeling:
 - de betrokken zorgverlener (naam, beroep en BIG-nummer)
 - het totaal aantal consulten en duur van de consulten (met vermelding individueel/ groep(en) grootte van de groep)
- of en welke nazorg nodig is en wie deze nazorg levert

Indien verblijf/opname noodzakelijk dan ook

- de (klinische) behandelindicatie
- de locatie waar het verblijf zal plaatsvinden
- of en welke nazorg noodzakelijk is en wie deze nazorg levert

3. De offerte voor de totale behandeling op basis van het zorgprestatie-model

- de verwachte kosten op basis van het behandelplan en de prestatiecodes

Met deze informatie verwachten wij vast te kunnen stellen of u bent aangewezen op de voorgestelde GGZ behandeling en of dat de meest doelmatige optie is. Hierbij beoordelen wij ook of volgens de geldende richtlijnen van de beroepsgroep wordt gewerkt.

Is alles ingevuld? Dan het ingevulde formulier inclusief bijlagen beveiligd opsturen.

Per e-mail: machtigingen@zorgenzekerheid.nl ter attentie van het Team Machtigingen GGZ.

Per post: Zorg en Zekerheid, t.a.v. Team Machtigingen GGZ, Postbus 400, 2300 AK Leiden. Duidelijk op de envelop zetten: 'Medisch Geheim'. Zorg en Zekerheid werkt volgens de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars.



Postbus 400
2300 AK Leiden



zorgenzekerheid.nl
071 - 582 58 25



K.v.K. 28050216
AFM nummer 12001019

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.
Vestigingen: Alphen aan den Rijn, Hoofddorp en Leiden.