AANVRAAGFORMULIER NIET-GECONTRACTEERDE VERPLEGING EN VERZORGING ZONDER VERBLIJF (WIJKVERPLEGING) ZORGVERZEKERINGSWET (ZVW)

Met dit formulier vraagt u een machtiging aan voor verpleging en verzorging thuis (wijkverpleging) bij een zorgaanbieder die niet door Stad Holland is gecontracteerd. Vul het formulier volledig in en stuur het samen met de gevraagde bijlagen op via het contactformulier (met onderwerp: Aanvraagformulier machtiging) op onze website.

- Uw aanvraag, de zorg en de zorgverleners moeten voldoen aan onze polisvoorwaarden.
- Heeft u een geldige CIZ-indicatie voor de Wet langdurige zorg? Dan raden wij u aan om contact op te nemen met het zorgkantoor van uw regio.
- Wij kunnen alleen een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier, inclusief alle gevraagde bijlagen, in behandeling nemen. Als dat niet het geval is, kan dit gevolgen hebben voor de ingangsdatum van uw zorg en/of vergoeding van uw zorg.
- Als de zorg niet goed onderbouwd is of er zijn te veel uren opgenomen, dan behoudt Stad Holland Zorgverzekeraar zich het recht voor om de machtiging (gedeeltelijk) niet af te geven.
- Wij geven een machtiging af voor de maximale duur van twee jaar. Als het om palliatief terminale zorg gaat, dan zal maximaal voor drie maanden toegekend worden.
- Zorg verleend door familieleden (een bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad) wordt niet vergoed.

Gegevens verzekerde

Naam verzekerde :	
Geboortedatum :	
Verzekerdennummer :	
Adres :	
Postcode :	
Woonplaats :	
E-mailadres :	

Gegevens indicerend verpleegkundige[1][2]

Volledige naam :	
BIG-nummer :	
Persoonlijke AGB-code :	
Naam opleiding en niveau :	
Telefoonnummer :	
E-mailadres :	
Naam zorgorganisatie Inciderend verpleegkundige :	
AGB-code zorgorganisatie indicerend verpleegkundige :	

[1] *Bachelor- of masteropgeleide verpleegkundige: zie normenkader V&VN*

[2] *De indicerend wijkverpleegkundige hoeft niet degene te zijn die de zorg gaat leveren.*

Reden aanvraag

Bij een 1e aanvraag wijkverpleging

- ☐ kortdurende zorgbehoefte (maximaal 3 maanden) bijv. na ziekenhuisopname
- ☐ tijdelijke zorgbehoefte (maximaal 1 jaar)
- ☐ langdurige zorgbehoefte (minimaal 1 jaar)
- ☐ terminale zorg (Neem in dit geval na het indienen van uw aanvraag contact met ons op, zodat we uw aanvraag tijdig kunnen afhandelen.)
- ☐ medische kindzorg

Bij een heraanvraag machtiging

- ☐ een nieuwe indicatie in verband met wijziging van de zorgbehoefte
- ☐ de machtiging is verlopen, maar het zorgplan is nog geldig
- ☐ de machtiging en indicatie zijn verlopen
- ☐ Stad Holland Zorgverzekeraar heeft om een herbeoordeling gevraagd[3]
- ☐ er is een second opinion volgens polisvoorwaarden door de verzekerde aangevraagd

Wat is de gemiddelde zorgbehoefte

	Indicatie per week (afgrond op 5 minuten)		**Startdatum zorgplan**	**Einddatum zorgplan**
Prestatiecode	**Uur**	**Minuten**		
Verpleging - VP (1002, 1003, 1004)				
Persoonlijke verzorging - PV (1000, 1001)				
Verpleging en verzorging tot 18 jaar (1049)				

Machtiging startdatum ____ Einddatum ____

Wie levert de zorg

Zorgaanbieder / Zorgverlener	**Zorgaanbieder AGB-code[4]**	**Persoonlijke AGB-code**	**Verpleging** Aantal minuten per week (afgerond op 5 minuten)	**Verzorging** Aantal minuten per week (afgerond op 5 minuten)

[3] *Als na de aanvulling en/of schriftelijke aanpassing de indicatie niet voldoet aan de beroepsnormen kan de zorgverzekeraar een herbeoordeling laten uitvoeren. De zorgverzekeraar brengt de verzekerde én (indicerend) wijkverpleegkundige hiervan op de hoogte en onderbouwt waarom dit noodzakelijk is.*
[4] *AGB-code waarmee gedeclareerd gaat worden. Deze AGB-code moet overeenkomen met de AGB-code op de nota's.*

Wat moet u aanleveren

In alle gevallen dient u de volgende stukken bij te voegen:

- een zorgplan dat voldoet aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging (V&VN normenkader). Dit plan is maximaal 3 maanden oud. U en uw wijkverpleegkundige hebben dit beiden ondertekend.
- een kopie van het diploma hbo-bachelor Verpleegkunde of master Verplegingswetenschappen van de wijkverpleegkundige die de indicatie heeft gesteld
- een anamnese (niet ouder dan 3 maanden)
- een recent overzicht van uw medicijnen (als u medicijnen gebruikt)
- bij een herindicatie: de zorginhoudelijke evaluatie
- bij zorg in de laatste levensfase (terminale zorg): een PTZ verklaring van de arts
- bij verpleging: een schriftelijke opdracht van de behandelend arts (uitvoeringsverzoek)
- bent u voogd, curator, mentor, bewindvoerder of door de notaris gemachtigde vertegenwoordiger? Stuur dan een kopie mee van de brief ('beschikking') van de rechtbank of van de notariële akte.

Ondertekening verzekerde

Door ondertekening van dit formulier verklaar ik dat:

- ik op de hoogte ben dat de zorg moet worden geleverd door: een verpleegkundig specialist (hbo-master), een verpleegkundige (hbo-bachelor), een verpleegkundige niveau 4 of een verzorgende (individuele gezondheidszorg) niveau 3;
- de wijkverpleegkundige bij mij thuis is geweest om het zorgplan met mij te bespreken.
- de wijkverpleegkundige die mijn indicatie heeft gesteld, mij hierover persoonlijk heeft gesproken;
- ik veranderingen in mijn zorg of andere veranderingen die van invloed zouden kunnen zijn op de machtiging uiterlijk binnen vier weken doorgeef aan Stad Holland Zorgverzekeraar, in de vorm van een nieuwe aanvraag;
- ik op de hoogte ben van de aangevraagde (en indien door zorgverzekeraar toegekende) einddatum van mijn machtiging en dat ik, indien nodig, uiterlijk binnen zes weken voor het einde van de lopende machtiging een nieuwe aanvraag doe;
- ik niet in het bezit ben van een indicatie voor de Wet langdurige zorg (Wlz);
- ik bereid ben om mijn zorgvraag nader toe te lichten aan Stad Holland Zorgverzekeraar, indien daarom gevraagd wordt;
- ik alle vragen naar waarheid en volledig heb ingevuld en dat ik geen bijzonderheden met betrekking tot deze aanvraag heb verzwegen;
- ik weet dat verzwijging van de voor Stad Holland Zorgverzekeraar belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van deze aanvraag ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt;
- ik weet dat ik bij een afwijzing van deze machtigingsaanvraag, ik (mogelijk) geen aanspraak maak op vergoeding vanuit de zorgverzekering voor eventueel reeds geleverde zorg;
- ik weet dat de vergoeding plaatsvindt volgens de polisvoorwaarden;
- ik de toelichting heb gelezen en begrepen.

Toestemming

Ik geef Stad Holland Zorgverzekeraar toestemming om persoonsgegevens, waaronder gegevens betreffende de gezondheid, uit te wisselen met de indicerende wijkverpleegkundige die is genoemd op dit formulier, mijn huisarts en/of mijn behandelend medisch specialist(en) als dit noodzakelijk is om te kunnen beslissen op deze aanvraag (u mag deze toestemming op elk moment weer intrekken): ☐ Ja ☐ Nee

Ik geef Stad Holland Zorgverzekeraar toestemming om bij het uitvoeren van controles over de declaraties die op basis van de af te geven machtiging zijn ingediend, mijn persoonsgegevens, waaronder gegevens betreffende de gezondheid, die noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van deze controles rechtstreeks bij de desbetreffende zorgaanbieder op te vragen (u mag deze toestemming op elk moment weer intrekken). ☐ Ja ☐ Nee

Datum :	
Naam verzekerde en/of (wettelijk) vertegenwoordiger :	
Hantekening verzekerde en/of (wettelijk) vertegenwoordiger:	

Toelichting aanvraag machtiging verpleging en verzorging zonder verblijf (wijkverpleging) Zorgverzekeringswet (Zvw)

Stad Holland Zorgverzekeraar heeft contracten afgesloten met veel zorgaanbieders, waaronder ook met thuiszorgorganisaties. Als u zorg wilt ontvangen van een zorgaanbieder zonder contract dan moet u eerst toestemming (een machtiging) aanvragen om vergoeding te krijgen.

Wat heeft u nodig voor uw aanvraag?

- Een indicatie door een BIG-geregistreerde hbo-(kinder-)wijkverpleegkundige.
- Kopie diploma van de wijkverpleegkundige die de indicatie heeft gesteld.
- Een onderbouwing van uw zorgvraag in de vorm van een zorgplan die voor akkoord is ondertekend en gedateerd door u en de wijkverpleegkundige die het zorgplan heeft opgesteld.
- Een volledig ingevuld, gedateerd en ondertekend aanvraagformulier.
- Eventuele extra documenten als u deze moet inleveren.

U ontvangt de factuur van de zorgaanbieder die u bij ons declareert. Volgens de polisvoorwaarden vergoeden wij (een deel van) de rekening aan u. U bent zelf verantwoordelijk voor de betaling aan de aanbieder. Als achteraf blijkt dat u zorg heeft gedeclareerd die niet verzekerd is, dan vergoeden wij deze niet of vragen wij dit bedrag aan u terug.

Voor meer informatie over vergoedingen verwijzen wij u naar onze website.

Toestemming

Uw aanvraag wordt beoordeeld op basis van de door u ingevulde gegevens en bijgevoegde documenten. We kunnen de aanvraag pas afhandelen wanneer wij alle informatie hebben. De doorlooptijd gaat vanaf dat moment in. Het is belangrijk dat u de gegevens juist, correct en volledig invult. Uw recht op vergoeding kan vervallen wanneer blijkt dat u dat niet heeft gedaan.

De ingangsdatum van de machtiging (als we die afgeven) is de datum van ontvangst van uw volledig ingevulde en ondertekende aanvraag inclusief bijbehorende documenten, tenzij in het formulier wordt aangegeven dat de ingangsdatum later moet ingaan. Als de zorg eerder gestart is, dan vergoeden wij conform de polisvoorwaarden, dus tot maximaal 10 werkdagen voor indiening van de machtiging.

Zorgcontrole

Wij kunnen achteraf controleren of de gedeclareerde prestatie ook daadwerkelijk geleverd is (zowel kwantitatief als inhoudelijk) volgens de NZa-beleidsregels en of de geleverde zorg het meest is aangewezen, gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde.

Als uit deze controle blijkt dat niet is voldaan aan feitelijke en/of terechte levering, zal Stad Holland Zorgverzekeraar het bedrag van de declaraties (deels) terugvragen of (deels) niet betalen.