

Aanvraagformulier Verpleging en Verzorging Zorgverzekeringswet (Zvw)

- Dit aanvraagformulier is voor verzekerden die verpleging en verzorging thuis willen aanvragen bij zorgaanbieders die niet door Salland zijn gecontracteerd.
- Heeft u een geldige CIZ-indicatie voor de Wet langdurige zorg? Dan hoeft u dit formulier niet in te vullen. Neemt u in dat geval contact op met het zorgkantoor van uw regio.
- De wijkverpleegkundige¹ vult dit formulier samen in met u of uw (wettelijke) vertegenwoordiger.
- Wij kunnen alleen een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier 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.
- U dient bij de aanvraag de benodigde informatie toe te voegen op basis waarvan de aanspraak op wijkverpleging kan worden vastgesteld. Dit kan een zorgplan en indicatie zijn, die voldoet aan de normen voor indiceren en organiseren van Verpleging en Verzorging (V&VN Normenkader). Aan de hand hiervan stellen wij de vergoeding van zorg vast.
- Voor aanvullende vragen is het van belang dat u bereikbaar bent op het telefoonnummer en/of e-mailadres dat wordt doorgegeven aan ons.
- Als de zorg niet goed onderbouwd is met een actueel zorgplan of indicatiestelling of er zijn teveel uren opgenomen, dan behoudt Salland Zorgverzekeraar zich het recht voor om de machtiging (gedeeltelijk) niet af te geven.
- Wij geven een machtiging af voor de maximale duur van 1 jaar. Als het om een palliatief terminale situatie 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.

1. Gegevens verzekerde

Achternaam:

Voorletters:

Adres:

Postcode / woonplaats:

Geboortedatum:

BSN:

Telefoonnummer:

E-mail:

Polisnummer/Klantnummer/Relatienummer

Naam en telefoonnummer huisarts

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Paraaf verzekerde:

| |
|--|
| |
|--|

¹ Bachelor- of masteropleide verpleegkundige: zie normenkader V&VN <https://www.venvn.nl/thema-s/wijkverpleging/normenkader/>

2. Gegevens indicierend wijkverpleegkundige²

Naam (zoals vermeld in BIG-register):

Telefoonnummer³:

Bereikbaar (dagen / tijden):

Ma / di / wo / do / vr

E-mailadres :

BIG-nummer:

Niveau opleiding:

Persoonlijke AGB-code:

Naam werkgever⁴:

AGB-code werkgever:

In welke regio bent u werkzaam? (postcodegebied):

3. Reden aanvraag

1e aanvraag niet-gecontracteerde zorg

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Kortdurende zorgbehoefte (maximaal 3 maanden) bijv. na ziekenhuisopname |
| <input type="checkbox"/> | Tijdelijke zorgbehoefte (maximaal 1 jaar) |
| <input type="checkbox"/> | Langdurige zorgbehoefte (minimaal 1 jaar) |
| <input type="checkbox"/> | Terminale zorg |
| <input type="checkbox"/> | Kindzorg |

Heraanvraag machtiging

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | omdat de zorgbehoefte is gewijzigd |
| <input type="checkbox"/> | omdat uw zorgaanbieder/zorgverlener is gewijzigd |
| <input type="checkbox"/> | omdat de machtiging is verlopen en u nog een geldig zorgplan heeft |
| <input type="checkbox"/> | omdat uw machtiging en zorgplan zijn verlopen |
| <input type="checkbox"/> | omdat wij u om een herbeoordeling hebben gevraagd ⁵ |
| <input type="checkbox"/> | omdat u zelf een second opinion heeft aangevraagd ⁶ |

Paraaf verzekerde:

² De indicierend wijkverpleegkundige hoeft niet degene te zijn die de zorg gaat leveren.

³ Indien de zorgverzekeraar de rechtmatigheid en doelmatigheid van zorg niet kan vaststellen, kan de verzekeraar om een aanvulling/verheldering vragen bij de wijkverpleegkundige die de indicatie heeft gesteld.

⁴ Naam van de organisatie waar indicatiesteller werkzaam is.

⁵ Als na de aanvulling en/of schriftelijke aanpassing de indicatie niet voldoet aan de beroepsnormen (zie toetsingscriteria V&VN:

https://www.venvn.nl/media/fhybb4tg/toetsingscriteria_herbeoordeling_indicaties_juli2020.pdf), kan de zorgverzekeraar een herbeoordeling laten uitvoeren. De zorgverzekeraar brengt de verzekerde én (indicierend) verpleegkundige hiervan op de hoogte en onderbouwt waarom dit noodzakelijk is.

4. Wat is de gemiddelde zorgbehoefte verpleging en/of verzorging per week?

| Geïndiceerde functies | | Voorgaande indicatie (indien van toepassing) | Huidige indicatie | Startdatum zorgplan | Einddatum zorgplan |
|--|--|--|-------------------|---------------------|--------------------|
| | | Minuten per week | Minuten per week | | |
| <input type="checkbox"/> | 1002 - Verpleging | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 1003 - Oproepbare verpleging | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 1004 - Gespecialiseerde verpleging | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 1000 - Persoonlijke verzorging | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 1001 - Oproepbare verzorging | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 1049 - Verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar | | | | |
| Hoeveel tijd heeft u aan het stellen van de indicatie besteed? | | | | | |
| Datum indicatiestelling: | | | tijdsduur*: | | |
| Korte toelichting op gewijzigde indicatie (in geval van gewijzigde zorgbehoefte): | | | | | |

5. Wie levert de zorg?

| Zorgaanbieder/ Zorgverlener | Opleidingsniveau zorgverlener ⁸ | Zorgaanbieder AGB-code ⁹ | Persoonlijke AGB-code | Verpleging Aantal minuten per week (afgerond op 5 minuten) | Verzorging Aantal minuten per week (afgerond op 5 minuten) |
|-----------------------------|--|-------------------------------------|-----------------------|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Paraaf verzekerde:

- * Een tijdsduur van meer dan 3 uur moet onderbouwd worden door de wijkverpleegkundige.
- ⁶ Second opinion: verzekerde heeft medische/gezondheidssituatie door een tweede zorgprofessional laten beoordelen.
- ⁷ Een indicatietijd van meer dan 4 uur dient te worden onderbouwd.
- ⁸ Zorgverlener dient bevoegd en bekwaam te zijn. Zie polisvoorwaarden van Salland.
- ⁹ AGB-code waarmee gedeclareerd gaat worden. Deze AGB moet overeenkomen met de AGB-code op de nota's.

6. Ondertekening door wijkverpleegkundige en verzekerde

Wijkverpleegkundige

Door ondertekening van dit formulier verklaar ik dat:

- de afgegeven indicatie en dossiervorming voldoet aan de eisen zoals gesteld in het normenkader 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van de V&VN;
- de zorgbehoefte in de eigen omgeving en in aanwezigheid van de zorgvrager (verzekerde, zowel onder als boven de 18 jaar) en de aanwezigheid van de (wettelijk) vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor) is beoordeeld;
- de zorg binnen het domein van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de aanspraak Wijkverpleging valt; bij twijfel of wanneer er sprake is van een grensvlak heb ik navolgbaar afgewogen waarom ik de Zvw als de aangewezen financieringsstroom heb aangemerkt;
- ik de indicatie heb gesteld vanuit het uitgangspunt van zelfredzaamheid. Dat betekent dat ik ervoor zorg dat de client zoveel mogelijk met hulpmiddelen, technologieën en het sociaal netwerk zijn zorgvraag opvangt en dat ik professionele zorg pas indiceer als dit echt niet anders kan;
- ik kennis heb genomen van de medische diagnose gesteld door de huisarts/medisch specialist, alsook het actuele medicijnoverzicht (indien er sprake is van medicatie) en dit alles heb meegewogen in mijn indicatiestelling;
- ik bereid ben om de zorgvraag nader toe te lichten aan Salland, indien Salland daarom vraagt;
- ik alle gegevens naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid, heb ingevuld en dat ik geen bijzonderheden met betrekking tot deze aanvraag heb verzwegen;
- ik weet dat verzwijging van de voor Salland belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van deze aanvraag ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt;
- er bij de indicatiestelling de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg is gehanteerd bij het bepalen of er noodzaak is tot het gebruik van een tolk.

Verzekerde

Door ondertekening van dit formulier verklaar ik dat:

- de inhoud van het zorgplan en dit aanvraagformulier met mij, in mijn eigen thuissituatie, zijn besproken door de wijkverpleegkundige;
- de wijkverpleegkundige die mijn indicatie heeft gesteld en dit aanvraagformulier heeft ingevuld, mij hierover persoonlijk heeft gesproken;
- ik wijzigingen in mijn zorgvraag of andere wijzigingen die van invloed zouden kunnen zijn op de machtiging uiterlijk binnen 10 werkdagen kenbaar maak aan Salland 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 6 weken voor het einde van de lopende machtiging een nieuwe aanvraag doe;
- de wijziging of nieuwe aanvraag op tijd (maximaal 10 werkdagen na aanvang gewijzigde of nieuwe zorgvraag) gesteld is;
- 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 Salland Zorgverzekeraar, indien Salland Zorgverzekeraar hierom vraagt;
- ik alle gegevens naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid, heb ingevuld en dat ik geen bijzonderheden met betrekking tot deze aanvraag heb verzwegen;
- ik weet dat verzwijging van de voor Salland 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 de toelichting heb gelezen en begrepen.

Paraaf verzekerde:

Toestemming

Ik stem ermee in dat Salland contact opneemt met de indicerende wijkverpleegkundige, mijn huisarts en/of mijn medisch specialist(en) over mijn (medische) situatie als dit voor Salland noodzakelijk is voor een zorgvuldige beoordeling van deze aanvraag (u mag deze toestemming op elk moment weer intrekken);

- ja
 nee

Deze toestemming kan noodzakelijk zijn voor de beoordeling van uw aanvraag

Als u voogd, curator, mentor, bewindvoerder of door de notaris gemachtigde vertegenwoordiger bent, stuurt u een kopie mee van de brief ('beschikking') van de rechtbank of van de notariële akte. Dit is belangrijk, omdat wij uw aanvraag anders niet kunnen behandelen.

Dit is niet nodig als u de ouder en daarmee de wettelijke vertegenwoordiger bent van een kind jonger dan 18 jaar, dan volstaat een kopie van een geldig identiteitsbewijs.

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

- Een kopie van het diploma hbo-bachelor Verpleegkunde of master Verplegingswetenschappen van de wijkverpleegkundige die de indicatie heeft gesteld.
- Een zorgplan (ondertekend door wijkverpleegkundige en verzekerde), dat voldoet aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging (V&VN normenkader).
- Bij een herindicatie: de zorginhoudelijke evaluatie.
- In geval van Verpleging en Verzorging tot 18 jaar:
 - Diploma kinderverpleegkunde van de kinderverpleegkundige die de indicatie heeft gesteld of de eventuele kinderaantekening.

| | |
|---|--|
| Datum | |
| Naam wijkverpleegkundige | |
| Handtekening wijkverpleegkundige | |
| Naam verzekerde en/of (wettelijk) vertegenwoordiger | |
| Handtekening verzekerde en/of (wettelijk) vertegenwoordiger | |

Paraaf verzekerde:

Toelichting aanvraag machtiging verpleging en verzorging (Zvw)

Salland heeft contracten afgesloten met veel zorgaanbieders, waaronder ook met wijkverpleegkundigen. Als u gebruik wilt maken van een zorgaanbieder waar wij geen contract mee hebben dan moet u eerst toestemming (een machtiging) aanvragen. Wij vergoeden alleen niet-gecontracteerde wijkverpleging als wij hiervoor vooraf een machtiging hebben afgegeven.

Wat heeft u nodig voor uw aanvraag?

- Een indicatie door een BIG-geregistreeerde wijkverpleegkundige.
- Een onderbouwing van uw zorgvraag, bijvoorbeeld in de vorm van een zorgplan, bij akkoord is deze ondertekend en gedateerd door u en de wijkverpleegkundige die het zorgplan heeft opgesteld.
- Kopie diploma van de wijkverpleegkundige die de indicatie heeft gesteld (tenzij deze al bij in ons bezit is).
- Een volledig ingevuld, gedateerd en ondertekend aanvraagformulier.
- Eventuele extra documenten als deze in het aanvraagformulier gevraagd worden.

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

Voor meer informatie over vergoedingen verwijzen wij u naar www.salland.nl/verpleging

Toestemming

Wij beoordelen uw aanvraag op basis van uw ingevulde gegevens. Soms hebben we meer informatie nodig. We kunnen uw aanvraag pas afhandelen als we alle informatie hebben. Vanaf dat moment gaat de doorlooptijd in. Daarom is het belangrijk dat u alle vragen helemaal, juist en eerlijk invult. Blijkt achteraf dat u dat niet heeft gedaan? Dan kan uw recht op vergoeding vervallen.

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

Zorgcontrole

Wij kunnen achteraf controleren of de gedeclareerde prestatie ook daadwerkelijk geleverd is (zowel kwantitatief als inhoudelijk) conform 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 Salland het bedrag van de declaraties (deels) terugvragen of (deels) niet betalen.

Stuur het ingevulde formulier op naar toestemming@salland.nl. U kunt het formulier ook per post sturen naar:

Salland Zorgverzekeringen
Aanvraag wijkverpleging
Postbus 166
7400 AD Deventer

Paraaf verzekerde: