

Toelichting

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

- Dit aanvraagformulier is voor verzekerden die verpleging en verzorging thuis willen aanvragen bij zorgaanbieders die niet door Salland zijn gecontracteerd.
- Heb je een geldige CIZ-indicatie voor de Wet langdurige zorg? Dan hoeft je dit formulier niet in te vullen. Neem in dat geval contact op met het zorgkantoor van jouw regio.
- De wijkverpleegkundige vult dit formulier samen in met jou of met jouw (wettelijke) vertegenwoordiger. De wijkverpleegkundige is een bachelor- of masteropgeleide verpleegkundige: zie [normenkader V&VN](#).
- 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 jouw zorg en/of vergoeding van jouw zorg.
- Voeg bij de aanvraag de benodigde informatie toe 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.
- Het is belangrijk dat je bereikbaar bent op het telefoonnummer en/of e-mailadres dat je aan ons hebt doorgegeven, zodat we eventueel aanvullende vragen kunnen stellen.
- 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.

Wat heb je nodig voor jouw aanvraag?

- Een indicatie door een BIG-geregistreerde wijkverpleegkundige.
- Een onderbouwing van jouw zorgvraag, bijvoorbeeld in de vorm van een zorgplan, bij akkoord is deze door jou en door de wijkverpleegkundige die het zorgplan heeft opgesteld ondertekend.
- 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.

Je bent zelf verantwoordelijk voor de betaling van de factuur aan de zorgaanbieder. Blijkt achteraf dat je zorg hebt gedeclareerd die niet verzekerd is, dan vergoeden wij deze niet of vragen wij dit bedrag aan jou terug. Afhankelijk van jouw polis vergoeden wij (een deel van) de rekening, die je bij ons declareert. Voor meer informatie over vergoedingen verwijzen wij naar www.salland.nl/verpleging.

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.

1. Gegevens verzekerde

Relatienummer

Achternaam

Voorletters

Adres

Postcode

Plaats

Geboortedatum

BSN

Telefoonnummer

E-mail

Huisarts

Naam + Telefoonnummer

2. Gegevens indicierend wijkverpleegkundige

Toelichting

Als 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.

Vul bij "Naam werkgever" de naam in van de organisatie waar indicatiesteller werkzaam is.

Naam

Telefoonnummer

Zoals vermeld in BIG-register

Bereikbaarheid

E-mailadres

dagen / tijden

BIG-nummer

Niveau opleiding

Persoonlijke AGB-code

Naam werkgever

AGB-code werkgever

In welke regio bent u werkzaam?

3. Reden aanvraag

1e aanvraag niet-gecontracteerde zorg

Kortdurende zorgbehoefte (maximaal 3 maanden)

Tijdelijke zorgbehoefte (maximaal 1 jaar)

Langdurige zorgbehoefte (minimaal 1 jaar)

Terminale zorg

Kindzorg

Waarom doe je een heraanvraag van de machtiging?

De zorgbehoefte is gewijzigd

Je zorgaanbieder is gewijzigd

De machtiging is verlopen en u nog een geldig zorgplan heeft

Je machtiging en zorgplan zijn verlopen

Wij hebben je om een herbeoordeling gevraagd.

Je hebt zelf een second opinion aangevraagd

Toelichting

Als na de aanvulling en/of schriftelijke aanpassing de indicatie niet voldoet aan de beroepsnormen (zie toetsingscriteria V&VN), kan de zorgverzekeraar een herbeoordeling laten uitvoeren. De zorgverzekeraar brengt de verzekerde én (indicerend) verpleegkundige hiervan op de hoogte en onderbouwt waarom dit noodzakelijk is.

Second opinion: verzekerde heeft medische/gezondheidssituatie door een tweede zorgprofessional laten beoordelen.

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

Toelichting

Een indicatietijd van meer dan 4 uur dient te worden onderbouwd.

Wat is de geïndiceerde functie?	1002 - Verpleging	
	1003 - Oproepbare verpleging	
	1004 - Gespecialiseerde verpleging	
	1000 - Persoonlijke verzorging	
	1001 - Oproepbare verzorging	
	1049 - Verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar	
Voorgaande indicatie		Huidige indicatie
	Minuten per week	Minuten per week
Startdatum zorgplan		Einddatum zorgplan
Hoeveel tijd heb je aan het stellen van de indicatie besteed?		Datum van indicatiestelling
Korte toelichting op gewijzigde indicatie		

5. Wie levert de zorg?

Toelichting

Een zorgaanbieder moet bevoegd en bekwaam zijn, zie polisvoorwaarden van Salland Zorgverzekeringen. Vul de AGB-code in waarmee gedeclareerd gaat worden. Deze AGB moet overeenkomen met de AGB-code op de rekeningen.

Zorgaanbieder		Opleidingsniveau zorgaanbieder	
Zorgaanbieder AGB-code		Persoonlijke AGB-code	
Verpleging		Verzorging	
	Aantal minuten per week afgerond op 5 minuten		Aantal minuten per week afgerond op 5 minuten

6. Ondertekening

Wijkverpleegkundige

Door ondertekening van dit formulier verklaar ik dat:

- de afgegeven indicatie en dossiervorming voldoet aan de eisen zoals gesteld in het meest recente Normenkader Indicatieproces, opgesteld door de Vereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (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 cliënt 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, en het actuele medicijnoverzicht (als 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 mogelijk door zorgverzekeraar toegekende) einddatum van mijn machtiging en dat ik, wanneer 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 start van de 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 verder toe te lichten aan Salland Zorgverzekeraar, als 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 al geleverde zorg;
- ik de toelichting heb gelezen en begrepen.

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 (je mag deze toestemming op elk moment weer intrekken).

Ik geef toestemming Ja Nee

Deze toestemming kan noodzakelijk zijn voor de beoordeling van jouw aanvraag

Als je een voogd, curator, mentor, bewindvoerder of door de notaris gemachtigde vertegenwoordiger bent, stuur dan een kopie mee van de brief ("beschikking") van de rechtbank of van de notariële akte. Dit is belangrijk, omdat wij jouw aanvraag anders niet kunnen behandelen.

Dit is niet nodig als je de ouder en daarmee de wettelijke vertegenwoordiger bent van een kind jonger dan 18 jaar. Dan is een kopie van een geldig identiteitsbewijs genoeg.

Stuur in alle gevallen de volgende stukken mee:

- 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.

Toelichting

Wij beoordelen jouw aanvraag op basis van jouw ingevulde gegevens. Soms hebben we meer informatie nodig. We kunnen jouw aanvraag pas afhandelen als we alle informatie hebben. Vanaf dat moment gaat de doorlooptijd in. Daarom is het belangrijk dat je alle vragen helemaal, juist en eerlijk invult. Blijkt achteraf dat je dat niet hebt gedaan? Dan kan je recht op vergoeding vervallen. De ingangsdatum van de machtiging (als we die afgeven) is de datum van ontvangst van jouw 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 volgens de polisvoorwaarden.

Naam verzekerde

Plaats

Datum

Handtekening
verzekerde

**Naam
Wijkverpleegkundige**

Plaats

Datum

Handtekening
Wijkverpleegkundige

Opsturen

Dit formulier opsturen naar:

Salland Zorgverzekeringen

Aanvraag wijkverpleging

Postbus 166

7400 AD Deventer

E-mail: toestemming@salland.nl