

Vul dit formulier in met blauwe of zwarte pen en in blokletters.

Dit aanvraagformulier is voor verzekerden die verpleging en verzorging thuis willen aanvragen bij zorgaanbieders die niet door Interpolis 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 wijkverpleegkundige 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 Interpolis 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.

Kijk op interpolis.nl/zorg/machtigingen voor meer informatie.

Heeft u een geldige CIZ -indicatie (Centrum Indicatiestelling Zorg) voor de Wet langdurige zorg?

- Ja; neem contact op met het Zorgkantoor.
- Nee; het formulier vult u of (wettelijke) vertegenwoordiger samen in met de HBO-wijkverpleegkundige.

1 Gegevens verzekerde

Voorletter(s) Tussenvoegsel Achternaam

Geboortedatum - - Man Vrouw

Straatnaam Huisnr. Toevoeging

Postcode Woonplaats Land

Telefoon privé Telefoon mobiel

Relatienummer

E-mailadres

Naam huisarts Telefoon huisarts

2 Gegevens wijkverpleegkundige

Naam (zoals vermeld in BIG register) die samen met u de indicatie heeft gesteld

Telefoonnummer

E-mailadres

BIG-nummer

Niveau opleiding

Naam organisatie van indicerende wijkverpleegkundige

AGB-code organisatie van indicerende wijkverpleegkundige

Wilt u bij deze machtigingsaanvraag een kopie van het diploma HBO Bachelor Verpleegkunde of Master Verplegingswetenschappen van uw indicerende wijkverpleegkundige toevoegen (dit is niet van toepassing als het diploma al verstrekt is aan de Zorgverzekeraar).

Paraaf verzekerde

3 Indicatie gegevens

Wat is de reden van deze machtigingsaanvraag?

- 1e aanvraag ongecontracteerde zorg
 - Kort durende zorg (maximaal 2 maanden) bijv. na ziekenhuisopname
 - Tijdelijk (maximaal 6 maanden)
 - Langdurige zorgbehoefte (minimaal 1 jaar)
 - Palliatief Terminale Zorg
 - Kindzorg

- Heraanvraag van de machtiging:
 - omdat de zorgbehoefte en/of uw zorgorganisatie/zorgverlener is gewijzigd
 - omdat de machtiging is verlopen en u nog een geldig zorgplan heeft
 - omdat uw machtiging en zorgplan zijn verlopen
 - omdat wij u om een herbeoordeling hebben gevraagd
 - omdat u zelf een second opinion heeft gevraagd

4 Wat is de gemiddelde zorgbehoefte verpleging en verzorging per week?*

Indicatiestelling (Opstellen en Evalueren van het zorgplan)

(uren/minuten per week)

Begindatum (dd-mm-jjjj)

Einddatum (dd-mm-jjjj)

Uren

Minuten

Aantal¹⁾

Verpleging (1002, 1003, 1004)*

(uren/minuten per week)

Begindatum (dd-mm-jjjj)

Einddatum (dd-mm-jjjj)

Uren

Minuten

Aantal¹⁾

Verzorging (1000, 1001)*

(uren/minuten per week)

Begindatum (dd-mm-jjjj)

Einddatum (dd-mm-jjjj)

Uren

Minuten

Aantal¹⁾

Verpleging en verzorging tot 18 jaar (1049)*

(uren/minuten per week)

Begindatum (dd-mm-jjjj)

Einddatum (dd-mm-jjjj)

Uren

Minuten

Aantal¹⁾

**) Wij geven maximaal voor 1 jaar een machtiging af. Heeft u nog een geldig zorgplan of indicatie? Dan dient u alleen een nieuwe machtigingsaanvraag in bij ons.

*) Is de zorg niet goed onderbouwd of zijn er teveel uren (etc.) opgenomen, behoudt Interpolis zich het recht voor om de machtiging (gedeeltelijk) niet af te geven.

Korte toelichting op gewijzigde indicatie (in geval van gewijzigde zorgbehoefte):

Paraaf verzekerde

Door ondertekening van dit formulier verklaar ik dat:

Verzekerde

- 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 4 weken kenbaar maak aan Interpolis, 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 5 dagen na afloop van de machtiging) gesteld is en dat deze aansluitend 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 Interpolis, indien Interpolis 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 Interpolis 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.

Toestemming

Ik stem ermee in dat Interpolis contact opneemt met de indicerende wijkverpleegkundige, mijn huisarts en/of mijn medisch specialist(en) over mijn (medische) situatie als dit voor Interpolis 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

Datum - -

Naam verzekerde

Ik verklaar dat de zorgbehoefte in mijn eigen thuissituatie is beoordeeld.

Naam verpleegkundige

Ik verklaar dat de zorgbehoefte met cliënt is afgestemd

Handtekening verzekerde

Handtekening verpleegkundige

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

- een kopie van het diploma HBO Bachelor Verpleegkunde of Master Verplegingswetenschappen van wijkverpleegkundige die de indicatie heeft gesteld (indien dit nog niet eerder is verstuurd naar Interpolis);
- een zorgplan (ondertekend door wijkverpleegkundige en cliënt), dat voldoet aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging (V&VN normen kader).

In geval van Verpleging en Verzorging tot 18 jaar:

- diploma kinderverpleegkunde van de kinderverpleegkundige die de indicatie heeft gesteld (indien dit nog niet eerder is verstuurd naar Interpolis Zorgverzekeringen) of de eventuele kinderaantekening.
- handtekening van een van de ouders of beide ouders indien beide ouders de ouderlijke macht hebben.

In geval van PTZ:

- Het bewijs van de vastlegging van de verpleegkundige in het dossier dat de behandelend arts (naam, specialisme, BIG-nummer en datum) heeft vastgesteld dat de palliatief terminale fase is aangebroken.

Paraaf verzekerde

Toelichting aanvraag machtiging verpleging en verzorging (Zvw)

Interpolis 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-geregistreerde wijkverpleegkundige.
- Een onderbouwing van uw zorgvraag, bijvoorbeeld in de vorm van een zorgplan, die 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 onze website.

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 Interpolis het bedrag van de declaraties (deels) terugvragen of (deels) niet betalen.

Stuur het ingevulde formulier op naar Team Wijkverpleging, postbus 444, 2300 AK Leiden.

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens in overeenstemming met het privacystatement www.interpolis.nl/privacy-statement van Interpolis. Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.