AANVRAAGFORMULIER MACHTIGING GGZ VOOR INSTELLINGEN ZONDER CONTRACT

Gaat u voor een GGZ-behandeling naar een zorginstelling waarmee DSW geen contract heeft? Dan moet u vooraf toestemming (een machtiging) bij ons aanvragen. Dit geldt voor zowel ambulante behandelingen als behandelingen met verblijf. Gaat u naar een vrijgevestigde praktijk zonder contract, dan is een machtiging vooraf niet nodig.

Om een machtiging aan te vragen dient u dit formulier volledig in te vullen en samen met de gevraagde bijlagen via het contactformulier (met onderwerp: Aanvraagformulier machtiging) op onze webpagina in te dienen.

Gegevens verzekerde

Naam verzekerde :

Geboortedatum :

Verzekerdennummer :

Gegevens behandeling

Naam instelling :

AGB code instelling :

Locatie behandeling : ☐ Nederland ☐ Buitenland

AGB code regiebehandelaar :

Functie regiebehandelaar :

Functie medebehandelaar(s) :

Gestelde DSM-5-diagnose :

Startdatum :

Verwachte behandelperiode :

AGB code verwijzer :

Zorgvraagtype :

Verwacht aantal sessies : ☐ sessies

Verwacht aantal individuele behandelsessies : ☐ sessies

Verwacht aantal groepssessies : ☐ sessies

Groepsgrootte (aantal deelnemers) : ☐ aantal deelnemers

Verblijf A (lichte verzorgingsgraad) : ☐ aantal dagen

Verblijf B (midden verzorgingsgraad) : ☐ aantal dagen

Verblijf C (intensieve verzorgingsgraad) : ☐ aantal dagen

Setting : ☐ Sectie III - monodisciplinair ☐ Sectie III - multidisciplinair

☐ Outreachend ☐ Klinisch (excl. forensische en beveiligde zorg)

Belangrijk om te weten bij het indienen:

1. Timing: Dien uw aanvraag op tijd in: ná het intakegesprek, maar vóór de start van de behandeling. Aanvragen die achteraf worden ingediend, komen niet in aanmerking voor vergoeding.
2. Volledigheid: Wij beoordelen alleen aanvragen waarvan de onderstaande documenten/onderdelen volledig zijn aangeleverd.
3. Reactietermijn: Wij proberen aanvragen binnen drie weken te verwerken. Soms is extra informatie van u of van uw zorgverlener nodig. Hierdoor kan het langer duren voordat een aanvraag wordt verwerkt.

Wat moet u aanleveren?

Wettelijke toetsingsvoorwaarden: Op basis van de machtigingsaanvraag beoordelen wij of de zorg in aanmerking komt voor vergoeding vanuit de basisverzekering. Wij toetsen op drie wettelijke voorwaarden:

1. Het is zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen plegen te bieden.
2. De zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk.
3. De verzekerde is naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op de zorg.

Om de machtigingsaanvraag in behandeling te kunnen nemen, dient u onderstaande drie documenten aan te leveren.

De verwijsbrief

Een verwijsbrief dient te zijn opgesteld door een bevoegde verwijzer en moet verplicht de volgende gegevens bevatten:

- NAW-gegevens van de verzekerde
- De reden van verwijzing
- Naam, functie en AGB-code van de verwijzer
- Verwijsdatum (voorafgaand aan de start van de behandeling)
- (Vermoeden van) een vigerende DSM-5-diagnose
- Relevant GGZ-verleden/voorgeschiedenis van eerdere behandelingen
- Gegevens van de zorgaanbieder/instelling waarnaar is verwezen

Het behandelplan

Het op de persoon toegespitste behandelplan dient actuele en op maat gemaakte informatie te bevatten over:

- De gestelde voorlopige/beschrijvende DSM-5-diagnose en de onderbouwing daarvan.

De medische indicatiestelling:

- Behandeldoelen
- In te zetten behandelinterventies/-methoden (volgens de geldende richtlijnen/zorgstandaarden)
- Behandelduur en -intensiteit
- Het te verwachten aantal behandelminuten en de uit te voeren activiteiten en verrichtingen
- Het toe te passen zorgprogramma en zorgpad
- Voorgeschiedenis: een overzicht per jaartal van eerdere ambulante of klinische behandelingen
- Locatie van zorgverlening: Duidelijke vermelding van de exacte locatie waar de zorg daadwerkelijk plaats gaat vinden.
- De zorgaanbieder onderschrijft en onderbouwt expliciet in het behandelplan of en hoe wordt voldaan aan het principe dat de

regiebehandelaar aantoonbaar en structureel direct betrokken is bij de intake, diagnostiek en behandelfase van dit zorgtraject. Hierbij geldt dat de regiebehandelaar op periodieke basis directe tijd schrijft (gedefinieerd als daadwerkelijk behandelcontact met de cliënt), waardoor langdurige afwezigheid binnen het traject is uitgesloten. Enkel indirecte betrokkenheid, zoals administratieve goedkeuring achteraf, is niet voldoende.

In geval van klinisch verblijf/opname, aanvullend:

- Een gemotiveerde toelichting over de noodzaak tot klinische opname conform de door de beroepsgroep vastgestelde richtlijnen.
- Een uitgewerkt dag- of weekprogramma
- Locatie van het verblijf: Specifieke vermelding van de verblijfslocatie (inclusief of dit een andere locatie is dan de ambulante zorg/voorafgaande zorg).
- Ingeschaalde/verwachte zorgzwaarte van de cliënt (uitgedrukt in verzorgingsgraden van de bedden: A/B/C etc.).
- Crisisprotocol: De wijze waarop 24-uurs toezicht ten behoeve van de veiligheid van patiënten en de beheersing van mogelijke crisissituaties is georganiseerd.

In geval van een verslavingsbehandeling, aanvullend:

- Een ingevulde MATE van desbetreffende cliënt (incl. scoreformulier)
- Plaats en wijze van detoxificatie (indien van toepassing)
- Het beoogde/geplande nazorgtraject: persoonlijk intakeverslag/behandelplan van de organisatie die het nazorgtraject verzorgt. Indien er sprake is van een safehouse: de naam van de organisatie en de locatie (gemeente/stad).

In geval van Genderzorg, aanvullend:

- De specifieke voorwaarden uit de polisvoorwaarden met betrekking tot genderzorg zijn van toepassing. In de aanvraag moet hier uitdrukkelijk informatie over verstrekt worden en aan de gestelde polisvoorwaarden worden voldaan.

De offerte & kostenbegroting

Een gespecificeerde offerte/kostenbegroting opgesteld volgens de spelregels van het Zorgprestatiemodel, met daarin:

- Kwalificaties, namen, functies en BIG-registratienummers van alle betrokken zorgverleners, met een expliciete benoeming van wie de regiebehandelaar is en welke rol/verantwoordelijkheden zij of hij neemt.
- Zorgvraagtypering
- Specificatie van de te verwachten zorgprestaties: aantal en duur van de sessies, uitgedrukt in prestaties en benoemt of dit diagnostiek of behandeling betreft.
- Vorm van behandeling: individueel en/of in een groep (bij groepen inclusief groepsgrootte, aantal behandelaren per groep en hun beroepscategorieën)
- Inhoudelijke onderbouwing van de te declareren deelprestatie in relatie tot het behandelplan (inclusief eventuele inzet van VOV-personeel in relatie tot de stoornis)
- Totale kostenbegroting voor de behandeling (en bij verblijf: inclusief de gespecificeerde verblijfsprestaties)
- Vermelding van de eigen bijdrage die de verzekerde (optioneel) zelf moet betalen

Datum :	
Naam verzekerde :	
Handtekening verzekerde:	