

Aanvraagformulier vergoeding zittend ziekenvervoer

Toelichting

Met dit formulier kunt u vergoeding voor zittend ziekenvervoer aanvragen. Als u vervoer vergoed wilt hebben, moet u **vooraf toestemming** vragen aan ons. De huisarts of behandelend arts moet punt 2 van dit formulier invullen en ondertekenen. De overige punten vult u zelf in. Onderteken daarna het formulier en stuur het op naar ons. Wij beoordelen aan de hand hiervan of u voor vergoeding van zittend ziekenvervoer in aanmerking komt en op welke vorm van vervoer. U ontvangt schriftelijk bericht of uw zittend ziekenvervoer wel of niet vergoed wordt. Voor zittend ziekenvervoer geldt een **wettelijke eigen bijdrage per verzekerde per kalenderjaar**. Deze wordt elk jaar opnieuw vastgesteld. Voor de inning van de eigen bijdrage ontvangt u een acceptgirokaart. Of Menzis verrekent deze met eventueel door u ingediende declaraties. Alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren kunnen in behandeling worden genomen.

___ Eerste aanvraag ___ Vervolg aanvraag

1. Verzekerde

Voorletter(s) en achternaam _____ M ___ V*
Verzekerdenummer _____ Geboortedatum ____/____/_____
Straat en huisnummer _____
Postcode en woonplaats _____
Telefoonnummer _____
Woont u (tijdelijk) in een verpleeg- of verzorgingshuis? ___ Ja ___ Nee

2. Verklaring van de arts

___ Verzekerde moet nierdialyse ondergaan in ziekenhuis of dialysecentrum
___ Verzekerde moet oncologische behandeling met chemotherapie of radiotherapie ondergaan
Welk geneesmiddel krijgt verzekerde toegediend indien sprake is van chemotherapie? _____
___ Verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen en heeft geen aangepast vervoer (permanent rolstoelgebonden)
___ Verzekerde is zeer slechtiend en kan zich niet zelfstandig of zonder begeleiding verplaatsen
- gecorrigeerde visus rechts (OD) _____
- gecorrigeerde visus links (OS) _____
___ Verzekerde is langdurig aangewezen op vervoer als gevolg van een langdurige ziekte of aandoening en doet een beroep op de zogenaamde hardheidsclausule [1].

Medische indicatie plus toelichting arts _____

Is voor het vervoer van verzekerde begeleiding medisch noodzakelijk? ___ Ja ___ Nee*
Begeleiding van kinderen tot 16 jaar is altijd toegestaan.

Naam arts _____
Woonplaats _____
AGB-code (huisarts/medisch specialist) _____

Datum _____ Handtekening arts: _____ Stempel arts: _____

Ga verder op de achterzijde.

* Aankruisen wat van toepassing is

3. Verklaring van de verzekerde

Bestemming(en) vervoer:	Naam instelling:	Plaats:	Frequentie (per week)	Eerste behandeldatum	Periode (in weken)	Reisafstand (enkele reis)
_____	_____	_____	___	____/____/____	___	_____
_____	_____	_____	___	____/____/____	___	_____
_____	_____	_____	___	____/____/____	___	_____
_____	_____	_____	___	____/____/____	___	_____

- Heeft de aanvraag betrekking op vervoer in verband met een inwendige orgaantransplantatie? Ja Nee*
Zo ja, welk orgaan betreft het en op welke datum wordt de transplantatie uitgevoerd?
_____/____/____
- Kunt u traplopen? Ja Nee*
- Gebruikt u bij het voortbewegen permanent een loophulpmiddel?
 rollator looprek krukken drie-/vierpoot anders _____
- Gebruikt u bij het voortbewegen een inklapbare rolstoel? Ja Nee*
Zo ja, stuur een kopie van de beschikking WMO [2] mee.
- Gebruikt u bij het voortbewegen een niet-inklapbare rolstoel? Ja Nee*
Zo ja, stuur een kopie van de beschikking WMO mee.
- Gebruikt u bij het voortbewegen een elektrische rolstoel? Ja Nee*
Zo ja, stuur een kopie van de beschikking WMO mee.
- Heeft u de beschikking over een scootmobiel? Ja Nee*
Zo ja, stuur een kopie van de beschikking WMO mee.
- Heeft u de beschikking over een aangepaste auto via de WMO? Ja Nee*
Zo ja, stuur een kopie van de beschikking WMO mee.
- Is uw maximale loopafstand minder dan 400 meter? Ja Nee*
- Is er sprake van een verstandelijke handicap of ernstig psychiatrisch toestandsbeeld? Ja Nee*
- Is sprake van vervoer naar psychiatrische deeltijdbehandeling? Ja Nee*
Zo ja, van welke vorm(en) van geneeskundige GGZ behandeling is er sprake?

- Kunt u reizen met openbaar vervoer (eventueel met begeleiding)? Ja Nee*
Zo nee, vult u hier dan de reden in _____
- Kunt u reizen met eigen vervoer (eventueel met begeleiding)? Ja Nee*
Zo nee, vult u hier dan de reden in _____
- Kunt u uitsluitend gebruik maken van (rolstoel)taxiervoer (eventueel met begeleiding) Ja Nee*

4. Ondertekening

Aldus naar waarheid ingevuld [3]

Naam verzekerde _____
Plaats _____
Datum _____ Handtekening verzekerde _____

Voor meer informatie over het onderwerp zittend ziekenvervoer kunt u terecht op onze website: www.anderzorg.nl of u kunt bellen met onze klantenservice.
Telefoonnummer 0900 161 61 60.

- 1) Als er beroep gedaan wordt op de hardheidsclausule dan moet er sprake zijn van een behandeling, langer dan 5 maanden en minimaal 2x per week, als gevolg van een langdurige ziekte of aandoening. Bovendien moet er sprake zijn van een minimale reisafstand van 25 kilometer of een autoreisijd van 1 uur van het huisadres naar de zorginstelling. Wanneer aan twee van de drie voorwaarden wordt voldaan, kan er een aangepaste weging plaatsvinden.
- 2) Wet Maatschappelijke ondersteuning (WMO) als uitgevoerd door de gemeente.
- 3) Let op: als u voor vergoeding van zittend ziekenvervoer in aanmerking komt op grond van onjuiste en/of onvolledig door of namens u verstrekte gegevens, kan het zijn dat u op een later tijdstip de vergoeding(en) aan ons terug moet betalen.

* Aankruisen wat van toepassing is