



delta lloyd

OHRA Direct geregeld

VERKLARING

NB: Dit formulier is bestemd voor de leverancier of apothek, niet naar de zorgverzekeraar of ZN sturen !

B IN TE VULLEN DOOR DE BEHANDELEND ARTS OF DIËTIST
doorloop onderstaande criteria en kruis aan, teken dit formulier bij 'C',
toevoegingen/correcties maken dit formulier ongeldig.

C HANDTEKENING ARTS/DIËTIST
zorg voor juiste, leesbare en gedateerde handtekening

POLYMERE, OLIGOMERE, MONOMERE OF MODULAIRE DIEETPREPARATEN

NB: Uitsluitend de laatste versie van de (artsen) verklaring wordt geaccepteerd door de zorgverzekeraar. Controleer dit op <http://www.znformulieren.nl>

VERSIE: 2.0
INGANGSDATUM: 01-09-2009
NUMMER: 001

A VERZEKERDEGEGEVENS vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekerdenummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje



type dieetpreparaat: _____ dosering: _____

Een polymeer, oligomeer, monomeer of modulair dieetpreparaat is voorgeschreven omdat

1 de verzekerde niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding
 JA, NIET ,mogelijk, ga naar 2
 NEE, WEL mogelijk **X0**

2 EN omdat de verzekerde niet kan uitkomen met andere producten van bijzondere voeding
 JA, NIET ,mogelijk, ga naar 3
 NEE, WEL mogelijk **X0**

3 verzekerde lijdt aan:

3a een stofwisselingsstoornis
 JA, ga naar 5
 NEE, ga naar 3b

3b een voedselallergie
 JA, ga naar 5
 NEE, ga naar 3c

3c een resorptiestoornis
 JA, ga naar 5
 NEE, ga naar 3d

3d een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop
 JA, ga naar 5
 NEE, ga naar 4

4 de verzekerde, overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard, is aangewezen op een polymeer, oligomeer, monomeer of modulair dieetpreparaat.
 JA, ga naar 5
 NEE, andere indicatie* **X0**

5 als de behandelaar van de verzekerde, wens ik nu (herhaling is mogelijk) voor te schrijven voor de duur van:
 1 maand
 2 maanden
 3 maanden
 6 maanden
 12 maanden **01**
02
03
06
12

Deze verklaring is naar waarheid ingevuld

naam:

praktijkadres:

telefoon:

datum:

handtekening arts/diëtist:

D IN TE VULLEN DOOR APOTHEEK OF ANDERE LEVERANCIER

Het voorgeschreven dieetpreparaat is o.b.v deze verklaring en de bijbehorende afleverinstructie:

- a) afgeleverd, ten laste van de zorgverzekeraar
- b) afgeleverd, NIET ten laste van de zorgverzekeraar
- c) NIET afgeleverd

AGB code apothek/leverancier:

datum:

handtekening:



1. Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen wel aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in nummer 1 van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.
2. Indicaties eindigend in kolom 2 voldoen hier niet aan.
3. Een verklarende lijst voor de vergoedingscodes in kolom 1 en 2 kunt u vinden op www.znformulieren.nl.
4. Voor eventuele aanvullende instructies bij: "NEE, andere indicatie", kijkt u op www.znformulieren.nl.

Zorgverzekeraars Nederland





POLYMERE, OLIGOMERE, MONOMERE OF MODULAIRE DIEETPREPARATEN

AFLEVERINSTRUCTIE

NB: Uitsluitend de laatste versie van de verklaring wordt geaccepteerd door de zorgverzekeraar.
Controleer dit op <http://www.znformulieren.nl>

Zorgverzekeraars Nederland



VERSIE: 2.0 INGANGSDATUM: 01-09-2009 NUMMER: 001

STAP 1 CONTROLE
VERKLARING

1.1 deel A (Verzekerdegegevens) is volledig ingevuld	JA, ga naar 1.2 NEE, vul aan <i>indien mogelijk</i> (en ga door naar 1.2) OF retourneer aan verzekerde met verzoek aan voorschrijver verzekerdegegevens alsnog VOLLEDIG in te vullen
1.2 bij deel B heeft voorschrijver 1 optie per vraag aangekruist EN er zijn geen toevoegingen/correcties aangebracht	JA, ga naar 1.3 NEE, retourneer aan verzekerde met verzoek aan voorschrijver een nieuwe verklaring CORRECT in te vullen
1.3 deel C is volledig ingevuld, gedateerd en ondertekend	JA, ga verder naar STAP 2 NEE, vul aan <i>indien mogelijk</i> (en ga door naar STAP 2) OF retourneer aan verzekerde met verzoek aan voorschrijver alsnog zorg te dragen voor juiste, leesbare en gedateerde ondertekening van verklaring

STAP 2 BEPAAL VERGOEDINGSCODE VERKLARING DEEL B
Hanteer voor de aangekruiste vergoedingscode (kolom 1 & 2) onderstaande tabel

code	verklaring vergoedingscodes	
X0	Niet afleveren ten laste van de zorgverzekeraar	ga naar STAP 4.2
XZ	Niet afleveren ten laste van de zorgverzekeraar (ten laste budget ziekenhuis)	ga naar STAP 4.2
01	1 maand ten laste van de zorgverzekeraar	ga naar STAP 3
02	2 maanden ten laste van de zorgverzekeraar	ga naar STAP 3
03	3 maanden ten laste van de zorgverzekeraar	ga naar STAP 3
06	6 maanden ten laste van de zorgverzekeraar	ga naar STAP 3
12	12 maanden ten laste van de zorgverzekeraar	ga naar STAP 3
24	24 maanden ten laste van de zorgverzekeraar	ga naar STAP 3
∞	Ten laste van de zorgverzekeraar, zonder einddatum	ga naar STAP 3

STAP 3 AANVULLENDE CONTROLES

3.1 geen aanvullende controles	ga naar STAP 4
--------------------------------	----------------

STAP 4 AFRONDING

4.1 lever af overeenkomstig de tabel bij STAP 2	ga naar 4.2
4.2 vul deel D van de verklaring in	ga naar 4.3
4.3 a) afgeleverd, ten laste van de zorgverzekeraar b) afgeleverd, NIET ten laste van de zorgverzekeraar c) NIET afgeleverd	archiver de verklaring voor eventuele latere controle door zorgverzekeraar geef verklaring retour aan verzekerde geef verklaring retour aan verzekerde