



Procedure geneesmiddelen en dieetpreparaten Bijlage 2 Regeling Zorgverzekering

Op Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering staan vergoedingsvoorwaarden vermeld voor dieetpreparaten en een aantal geneesmiddelen. Deze middelen komen wettelijk enkel voor vergoeding uit de basisverzekering in aanmerking als voldaan wordt aan deze voorwaarden. De controle op deze voorwaarden is een verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars. In het verleden moest voor alle Bijlage-2-middelen op individueel niveau een machtiging worden aangevraagd. Om de administratieve lasten voor alle partijen te verminderen, hebben zorgverzekeraars voor een aantal Bijlage-2-middelen artsenverklaringen en/of apotheekinstructies opgesteld.

Zorgverzekeraars hebben de middelen van Bijlage 2 ingedeeld in vier groepen.

Groep 1: Geen toetsing vooraf door apotheker: declaratie vindt plaats op basis van het recept.

Groep 2: Controle van voorwaarden door apotheker door middel van een apotheekinstructie.

Groep 3: Controle van de voorwaarden door de arts en door de apotheker. De arts vult de betreffende artsenverklaring in. De apotheker volgt de apotheekinstructie.

Groep 4: Zorgverzekeraars hebben een eigen beleid met betrekking tot de toetsing.

Wat is coöperatie VGZ (cVGZ) met mij overeengekomen?

In de Bepalingen Zorgovereenkomst Farmaceutische Zorg welke onderdeel zijn van de overeenkomst die we met u gesloten hebben staat het volgende:

Artikel 7

13. *De Zorgaanbieder beoordeelt vóór terhandstelling de aanspraak van de verzekerde op een geneesmiddel waarvan de werkzame stof voorkomt op Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Daarbij volgt de Zorgaanbieder het beleid van de Zorgverzekeraar zoals terug te vinden is op www.znformulieren.nl. De Zorgaanbieder voert de in de apotheekinstructie vermelde controles uit en tekent voor deze controle op de artsenverklaring. Het getekende formulier wordt bij het recept in de apotheek bewaard ten behoeve van controle door de Zorgverzekeraar. Voor de hierin genoemde Groep 4 middelen gelden afwijkende procedures.*

Deze procedures staan hieronder verder beschreven.

Anticonceptiva

U kunt declaraties van anticonceptiva voor zowel de basisverzekering als de aanvullende verzekering rechtstreeks declareren zonder toetsing vooraf. Een eventuele GVS-eigen bijdrage blijft van kracht. U kunt, conform landelijke afspraken, het geneesmiddel inclusief de eventuele GVS-eigen bijdrage bij ons declareren.

Het preferentiebeleid met betrekking tot deze middelen geldt in ieder geval voor de basisverzekering. Uiteraard bent u vrij om dit ook voor de aanvullende verzekering te hanteren. cVGZ neemt voor iedere verzekerde het debiteurenrisico voor anticonceptiva volledig op zich.



Uitzondering:

Betreft het een vrouw vanaf 21 jaar met één van onderstaande indicaties?

- ter behandeling van endometriose indien de verzekerde hierop is aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard, of
- ter behandeling van menorrhagie waarbij sprake is van bloedarmoede, inhoudende een hemoglobinewaarde die lager is dan de referentiewaarden zoals gehanteerd in de richtlijnen van de desbetreffende beroepsgroepen.

U declareert de receptregel rechtstreeks op basis van het recept en een goedgekeurde machtiging met lokale code 97095011.

Dieetpreparaten

Heeft u met ons een overeenkomst voor het leveren van dieetpreparaten? Op www.znformulieren.nl vindt u de apotheekinstructie en de verklaring ter invulling door arts of diëtist.

Heeft u geen overeenkomst voor het leveren van dieetpreparaten? Verwijst u de verzekerde dan naar cVGZ. Wij beoordelen of er aanspraak farmaceutische zorg is en wijzen bij positieve beoordeling verzekerde op gecontracteerde zorgaanbieders waar volledige vergoeding plaatsvindt.

Epoprostenol, iloprost en treprostinil

Stuur een machtigingsaanvraag naar de afdeling machtigingen van cVGZ.

Let op: voor epoprostenol heeft coöperatie VGZ slechts met 1 leverancier een afspraak voor de bijbehorende hulpmiddelenzorg.

Hoe handel ik als het Bijlage-2-middel in groep 4 hierboven niet vermeld staat of nog niet is ingedeeld?

Er kunnen nieuwe middelen aan groep 4 worden toegevoegd. Het komt voor dat het middel in eerste instantie in groep 4 komt en al snel 'doorstroomt' naar groep 2 of 3. Als de afhandeling van het betreffende middel of groep niet hierboven staat vermeld, dan geldt dat verzekerde een machtiging aan moet vragen. Pas nadat wij toestemming hebben verleend, kunt u het betreffende middel declareren.