

AANVRAAG FORMULIER

Algemene info	
Naam formulier	Aanvraagformulier Ongevallen
Datum	01-05-2024
Versie	1.5
Auteur	Werkgroep MZ

Disclaimer

De inhoud van dit formulier is gebaseerd op praktijkervaring van specialisten van zorgverzekeraars. Uitgangspunt is dat niet meer persoonsgegevens worden verzameld dan noodzakelijk. Gelet op het doel waarvoor de gegevens worden verzameld - namelijk de beoordeling van een machtigingsaanvraag - worden slechts vragen in het formulier opgenomen die ter zake dienend en niet bovenmatig zijn voor de beoordeling van een aanvraag

Vragenlijst

START VRAGENLIJST

Als er geen vergoeding mogelijk is uit de Basisverzekering voor een ongeval, dan kan er eventueel aanspraak gemaakt worden op vergoeding uit de aanvullende verzekering.

1. Formulier beginnen met deze mededeling/vraag:		
Let op: De begindatum van deze aanvraag moet hetzelfde zijn als de datum ongeval		

2. Wanneer heeft het ongeval plaatsgevonden?		
Verplicht datum veld (dag-maand-jaar)		

3. Is er al eerder een machtiging verleend met betrekking tot dit ongeval (bij uw praktijk of een andere zorgverlener)		
Ja Nee Onbekend		

4. Beschrijving van het ongeval		
Verplicht tekstveld		

5. Is er sprake van één of meerdere van de volgende situaties? (meerdere opties mogelijk)		
Checkbox		
1. Kosten als gevolg van ziekte of ziekelijke afwijking van de verzekerde 2. Kosten als gevolg van grove schuld of roekeloosheid 3. Kosten als gevolg van het nuttigen van voedsel of drank 4. Kosten als gevolg van gebruik van alcohol of verdovende middelen 5. Kosten als gevolg van een vechtpartij en/of geweldpleging, anders dan uit zelfverdediging 6. Kosten die reeds voorzien waren voordat het ongeval plaatsvond en/of geen directe relatie hebben met het ongeval 7. Kosten voor planbare zorg in het buitenland 8. Kosten van orthodontische zorg 9. Nee		

6. Is er sprake van schade veroorzaakt door een derde partij?		
Radiobutton		
Ja, derde partij onbekend bij verzekerde Ja, derde partij bekend bij verzekerde Nee		

7. Welke elementnummers zijn beschadigd door het ongeval?		
Checkbox		
Kwadrant 1: <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18		
Kwadrant 2: <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28		
Kwadrant 3: <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38		
Kwadrant 4: <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 48		

8. Hoe was de situatie van de beschadigde elementen <u>voor</u> het ongeval?		
Let op: Bent u de eigen tandarts: Graag op het einde van deze aanvraag het patiëntendossier en röntgenfoto's van voor het ongeval toevoegen als bijlage. Nota bene; dit geldt niet voor de spoeddienststandarts.		
verplicht tekstveld		

9. Hoe is de situatie van de beschadigde elementen <u>na</u> het ongeval?		
verplicht tekstveld		

10. Beschrijving behandelplan met vermelding van elementnummers		
verplicht tekstveld		

11. Is de kaakchirurg betrokken bij de behandeling van het letsel van het ongeval		
Ja Nee		

12. Zijn er al behandelingen uitgevoerd die betrekking hebben op het ongeval?		
Ja Nee		

13. Zijn deze behandelingen uitgevoerd door uw praktijk?		
Ja Nee		

14.		
Uw patiënt kan aan de betreffende behandelaar vragen om hem of haar een machtigingsaanvraag in te laten dienen via Vecozo om de behandelingen die uitgevoerd zijn bij een andere praktijk, vanuit zijn of haar ongevallenverzekering vergoed te krijgen		

15. Zijn deze behandelingen al gedeclareerd?		
Ja		
Nee		

16.		
Vraag alle tot nu toe uitgevoerde behandelingen aan in deze machtigingsaanvraag, zodat deze vanuit de ongevallenverzekering gedeclareerd kunnen worden.		

17. Welke behandelingen heeft u uitgevoerd en zijn al gedeclareerd? Graag per datum de prestatiecode(s) en elementnummer(s) vermelden.		
Verplicht tekstveld		

18. Graag zien we de volgende documenten meegestuurd en vinkt u aan welke beschikbaar zijn:		
19. Indien van toepassing, graag noodzakelijke bestanden uploaden		
Upload bestanden		

20. Welke prestatiecode(s) vraagt u aan?		
Selectie PC		

EINDE VRAGENLIJST