

Machtiging en aanspraakbeperking

U heeft met uw medisch specialist over een behandeling gesproken. Deze ingreep wordt niet standaard vergoed door uw verzekering. Om voor vergoeding in aanmerking te komen, moet u voldoen aan bepaalde criteria. Deze criteria zijn landelijk vastgesteld door [Zorgverzekeraars Nederland](#). Er moet een aanvraag bij de verzekering gedaan worden, zodat de verzekering kan beoordelen of u aan deze regels voldoet (machtiging)

Machtiging

Als een machtiging nodig is, dan vraagt ZGT deze voor u aan bij uw zorgverzekeraar. Over het besluit wordt u door uw zorgverzekeraar geïnformeerd. ZGT wordt ook door uw zorgverzekeraar geïnformeerd.

De periode tussen het aanvragen van de machtiging en de reactie van uw zorgverzekeraar is per situatie verschillend en laat zich niet voorspellen. ZGT doet er alles aan om deze periode zo kort mogelijk te houden, bijvoorbeeld door aanvullende vragen van uw zorgverzekeraar direct te beantwoorden. Het is mogelijk dat de zorgverzekeraar ook aan u aanvullende vragen stelt. Het is belangrijk dat u die zo snel mogelijk beantwoordt.

Het besluit

Na de aanvraag zijn er twee mogelijkheden: de machtiging wordt toegekend of afgewezen.

De machtiging wordt toegekend door uw zorgverzekeraar

Wij nemen dan contact met u op om uw behandeling in te plannen. ZGT declareert de kosten voor uw behandeling rechtstreeks bij uw zorgverzekeraar.

De machtiging wordt afgewezen door uw zorgverzekeraar

Het is een besluit van de verzekering om geen vergoeding toe te kennen voor de behandeling.

Als u het niet eens met dit besluit, kunt u bezwaar maken bij uw verzekering.

ZGT heeft hier meestal geen invloed op.

Als u de ingreep toch wilt laten plaatsvinden stuurt ZGT de factuur naar u of uw zorgverzekeraar

Als u onze factuur ontvangt, dan betaalt u deze zelf aan ZGT. Mogelijk hebt u een aanvullende zorgverzekering waardoor u alsnog voor een (gedeeltelijke) vergoeding via uw zorgverzekeraar in aanmerking komt. Neemt u hiervoor contact op met uw zorgverzekeraar.

Om een keuze te maken, kunt u van tevoren een schatting van de kosten opvragen, zodat u weet wat de behandeling kost.

Veranderen van zorgverzekeraar

Als patiënt kunt u zelf uw zorgverzekeraar en uw aanvullende verzekeringen kiezen.

Veranderen van zorgverzekeraar of aanvullende verzekering kan betekenen dat u zelf minder hoeft te betalen voor de behandeling.

Waar moet u op letten als u van zorgverzekering verandert?

Als u van zorgverzekering verandert, dan is het belangrijk dat u rekening houdt met een aantal zaken.

- Let goed op de voorwaarden bij het afsluiten van een nieuwe en/of aanvullende verzekering. Als er bij het afsluiten van de verzekering al een vermoeden was van een aandoening, zou het kunnen dat u niet in aanmerking komt voor vergoeding.
- Voor het kunnen declareren van zorgkosten, werken Nederlandse ziekenhuizen met een diagnose-behandelcombinatie (dbc).
- In een dbc staan alle kosten van uw behandeling.
- Voor het sluiten van een dbc, zijn wettelijke regels opgesteld. Een dbc mag altijd maar een looptijd van een maximaal aantal dagen hebben.
- Wijzigen van zorgverzekeraar is geen reden om een dbc te mogen sluiten en dus een zorgproduct te mogen declareren. Het is wettelijk verplicht om de factuur van een dbc naar de verzekeraar te sturen.
- De startdatum van de DBC bepaalt naar welke zorgverzekeraar wij de DBC moeten sturen. Wilt u weten bij welke zorgverzekeraar de kosten gedeclareerd moeten worden? Neem dan contact op met ons financieel informatiepunt: facturen@zgt.nl.

Aanspraakbeperking

Naast de behandelingen waarvoor een machtiging aangevraagd moet worden, is er ook een aantal behandelingen met een aanspraakbeperking. Een aanspraakbeperking betekent dat uw medisch specialist eerst de ernst van uw aandoening beoordeelt om te bepalen of er een medische indicatie is en of de voorgestelde behandeling wetenschappelijk gezien de beste keuze is.

Hiervoor zijn landelijke richtlijnen opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland. Elke medisch specialist volgt deze richtlijnen. Op de website van Zorgverzekeraars Nederland vindt u meer informatie: ZN.nl.

Als niet wordt voldaan aan de voorwaarden, dan wordt de zorg niet uit uw basisverzekering vergoed. In dat geval gelden dezelfde regels als bij een afgewezen machtiging.

Als wel wordt voldaan aan de voorwaarden voor vergoeding uit de basisverzekering, dan hoeft u niets te doen. ZGT declareert de kosten voor uw behandeling rechtstreeks bij uw zorgverzekeraar.

Heeft u vragen?

Heeft u nog vragen naar aanleiding van deze informatie? Dan kunt u terecht bij de polikliniek van het specialisme waar u onder behandeling bent.

Let op: naast uw eigen bijdrage voor een behandeling, verrekent de zorgverzekeraar ook jaarlijks uw eigen risico volgens uw polisvoorwaarden. Heeft u vragen neem dan contact op met uw zorgverzekeraar.

Tip: Bekijk uw dossier op MijnZGT

MijnZGT is het patiëntenportaal van ZGT. U kunt op MijnZGT via uw computer, tablet of mobiel delen van uw medisch dossier inzien. Ook kunt u daar uw persoonlijke gegevens controleren en vragenlijsten invullen. Via de HiX Patiënt app op uw tablet of telefoon is MijnZGT ook te bekijken. Kijk voor meer informatie op: zgt.nl/mijnzgt.