

NB:

*Uitsluitend de **laatste versie** van de artsenverklaring wordt geaccepteerd door de zorgverzekeraar.*



VERSIE:1.0

INGANGSDATUM: 01-11-2022

NUMMER: 139

STAP 1 **CONTROLE ARTSENVERKLARING**

- |            |  |   |
|------------|--|---|
| <b>1.1</b> | deel A (Verzekerdegegevens) is volledig ingevuld   | <b>JA</b> , ga naar <b>STAP 1.2</b><br><b>NEE</b> , 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   |
| <b>1.2</b> | bij deel B heeft voorschrijver 1 optie per vraag aangekruist EN er zijn geen toevoegingen/correcties aangebracht | <b>JA</b> , ga naar <b>STAP 1.3</b><br><b>NEE</b> , retourneer aan verzekerde met verzoek aan voorschrijver een nieuwe artsenverklaring CORRECT in te vullen  |
| <b>1.3</b> | deel C is volledig ingevuld, gedateerd en ondertekend  | <b>JA</b> , ga verder naar <b>STAP 1.4</b><br><b>NEE</b> , vul aan <i>indien mogelijk</i> (en ga door naar 1.4) OF retourneer aan verzekerde met verzoek aan voorschrijver alsnog zorg te dragen voor juiste, leesbare en gedateerde ondertekening van artsenverklaring |

**BEPAAAL VERGOEDINGSCODE ARTSENVERKLARING DEEL B**

STAP 2

Hanteer voor de aangekruiste vergoedingscode (kolom 1 &amp; 2) onderstaande tabel.

code	verklaring vergoedingscodes	
<b>X0</b>	Niet afleveren ten laste van de zorgverzekeraar	ga naar <b>STAP 4.2</b>
<b>36</b>	36 maanden ten laste van de zorgverzekeraar	ga naar <b>STAP 3</b>

STAP 3 **AANVULLENDE CONTROLES**

- |            |  |   |
|------------|--|---|
| <b>3.1</b> | Controleer of er meerdere geneesmiddelen tegen HIV-1 infectie in het verleden gebruikt zijn. | Is dat NIET het geval, dan niet afleveren ten laste van de zorgverzekeraar en ga naar STAP 4.2 is dat WEL het geval, ga naar STAP 3.2 |
| <b>3.2</b> | Controleer of verzekerde geen combinatie gebruikt van fostemsavir met lenacapavir.           | Is dat NIET het geval, dan niet afleveren ten laste van de zorgverzekeraar en ga naar STAP 4.2 is dat WEL het geval, ga naar STAP 4.1 |

STAP 4 **AFRONDING**

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