

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



VERSIE: 2 Controleer dit op <http://www.znformulieren.nl>
INGANGSDATUM: 01-12-2024

NUMMER: 181

STAP 1 **CONTROLE ARTSENVERKLARING**

| | | |
|------------|--|---|
| 1.1 | deel A (Verzekerde gegevens) is volledig ingevuld | JA , ga naar STAP 1.2 NEE , vul aan <i>indien mogelijk</i> (en ga naar STAP 1.2) OF retourneer aan verzekerde met verzoek aan voorschrijver verzekerde gegevens 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 STAP 1.3 NEE , retourneer aan verzekerde met verzoek aan voorschrijver een nieuwe artsenverklaring CORRECT in te vullen |
| 1.3 | deel C is volledig ingevuld, gedateerd en ondertekend. De voorschrijver is dermatoloog. | JA , ga naar STAP 2 NEE , vul aan <i>indien mogelijk</i> (en ga naar STAP 2) OF retourneer aan verzekerde met verzoek aan voorschrijver alsnog zorg te dragen voor juiste, leesbare en gedateerde ondertekening van artsenverklaring |

BEPAAAL VERGOEDINGS-CODE ARTSENVERKLARING DEEL B

STAP 2 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 |
| 06 | 6 maanden ten laste van de zorgverzekeraar | ga naar STAP 4.1 |
| 36 | 36 maanden ten laste van de zorgverzekeraar | ga naar STAP 4.1 |

AANVULLENDE CONTROLES

| | | |
|---------------|---|---|
| STAP 3 | Controleer of de patiënt ten minste één systemisch immunosuppressivum (methotrexaat, ciclosporine, prednison oraal of i.m.) in het verleden heeft gebruikt in een adequate dosis voor een passende behandelduur of een bewezen contra-indicatie of bijwerkingen zijn van deze middelen. | JA , ga verder naar STAP 4.1 NEE , informeer verzekerde dat het geneesmiddel niet ten laste van zorgverzekeraar afgeleverd kan worden en ga verder naar STAP 4.2 |
|---------------|---|---|

AFRONDING

| | | |
|---------------|---|--|
| STAP 4 | | |
| 4.1 | lever af overeenkomstig de tabel bij STAP 2 | ga naar 4.2 |
| 4.2 | vul deel D van de artsenverklaring 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 | archiveer de artsenverklaring voor eventuele latere controle door zorgverzekeraar geef artsenverklaring retour aan verzekerde geef artsenverklaring retour aan verzekerde |