

Declaratieformulier voor ambulante verslavingszorg

Waarom dit formulier?

U krijgt een behandeling voor een verslaving, waarvoor u niet bent opgenomen in een instelling. Dit heet ambulante verslavingszorg. Voor de kosten van deze behandeling heeft u een rekening ontvangen van de zorgverlener. U kunt deze rekening op 2 manieren voldoen:

- u betaalt de rekening zelf en declareert de kosten zelf bij OHRA.
- u laat OHRA rechtstreeks aan de zorgverlener betalen. Dit kan alleen als uw zorgverlener hiervoor een betaalovereenkomst met OHRA heeft afgesloten. Informeer bij uw zorgverlener of dat zo is.

Kiest u voor 2? Vult u dan dit formulier in

Met dit formulier kunt u ervoor zorgen dat OHRA het bedrag voor deze nota en voor de volgende nota's voor uw behandeling, rechtstreeks aan uw zorgverlener overmaakt. U hoeft dit formulier alleen bij de eerste nota voor uw behandeling in te vullen.

OHRA betaalt aan de zorgverlener het bedrag waar u recht op heeft op basis van uw polis. Dit is het bedrag waarvoor u verzekerd bent, inclusief het eventuele eigen risico. Het eigen risico wordt vervolgens door OHRA bij u geïncasseerd. De eigen bijdrage als gevolg van zorg bij een niet-gecontracteerde zorgverlener, wordt door OHRA niet betaald. Dit kan betekenen dat OHRA de rekening niet volledig vergoedt en u nog een gedeelte zelf aan uw zorgverlener moet betalen.

Vragen over uw rekening

Het is belangrijk dat u controleert of de rekening klopt. Beantwoord daarom onderstaande vragen.

Klopt de datum van de behandeling?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, eventuele toelichting
Herkent u, indien dit vermeld staat, de namen van de behandelaar c.q. behandelaren op de rekening?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, eventuele toelichting
Klopt de duur van het vermelde consult?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, eventuele toelichting

Vragen over uw behandelplan

Van uw behandelaar heeft u gehoord hoeveel behandelingen u nodig heeft. Het is belangrijk dat wij weten of de rekeningen voor de behandelingen straks kloppen. Beantwoord daarom onderstaande vragen.

Heeft u een behandelplan ontvangen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, eventuele toelichting
Wat is het aantal behandelingen dat uw behandelaar denkt dat nodig is?	

Ondertekening

Ik verklaar dat ik akkoord ben met bijgaande rekening en met het aantal toekomstige behandelingen. Ik verklaar toekomstige nota's voor mijn behandeling ook goed te controleren. Ik vraag OHRA om de vergoeding voor mijn behandeling ambulante verslavingszorg over te maken naar mijn zorgverlener. Ik heb deze gegevens naar waarheid ingevuld.

Naam	
Geboortedatum	
Datum van uw rekening	
Factuurnummer van de rekening	
AGB/naam zorgaanbieder	
Datum ondertekening (dd-mm-jjjj)	
Handtekening	

Vergeet u niet de achterkant van dit formulier in te vullen en te ondertekenen.

Stuur dit formulier naar ggz.declaratieformulier@ohra-zorg.nl.

N.B. Wanneer de zorgaanbieder dit formulier namens u mailt naar OHRA, moet dit een aparte mail zijn waar geen informatie gebundeld met andere verzekerden dan wel bestaat uit andere vragen.

Toestemmingsformulier opvragen gegevens

Soms is het nodig dat wij bij een zorgverlener een extra controle uitvoeren naar aanleiding van de rekening of de informatie die u op dit formulier heeft gegeven. Daarvoor moeten wij gegevens van u opvragen bij uw zorgverlener. Bijvoorbeeld uw persoonsgegevens of informatie uit uw medisch dossier. Dit doen wij alleen als u hiervoor toestemming geeft. Vult u hieronder in of u hieraan wilt meewerken.

Toestemming

<input type="checkbox"/> Ja, ik geef OHRA toestemming om, namens mij, aan mijn zorgverlener mijn persoonsgegevens te vragen, waaronder gegevens over mijn gezondheid en gegevens uit het medisch dossier. Deze toestemming geldt alleen voor een extra controle naar aanleiding van deze nota (die u indient bij dit formulier) en toekomstige nota's van deze zorgverlener in het behandeltraject.	
<input type="checkbox"/> Nee, ik geef geen toestemming aan OHRA om gegevens op te vragen.	
Naam	
Geboortedatum	
Datum van uw rekening	
Naam zorgverlener	
Datum ondertekening (dd-mm-jjjj)	
Handtekening	

Vergeet u niet op de voorkant het declaratieformulier in te vullen en te ondertekenen.