

Machtiging zorgverzekeraar

Plastische chirurgie

U komt in aanmerking voor een operatie, waarbij de zorgverzekeraar vooraf goedkeuring moet geven voor de vergoeding van de ingreep. Dit gebeurt met een zogeheten machtiging, die de arts voor u aanvraagt bij uw zorgverzekeraar. Alleen als de zorgverzekeraar de aanvraag goedkeurt, wordt de ingreep volgens uw polisvoorwaarden (geheel of gedeeltelijk) vergoed. De operatie kan helaas niet worden ingepland voordat u antwoord heeft gehad van uw zorgverzekeraar over uw aanvraag voor een machtiging.

In deze folder leest u hoe het aanvragen van een machtiging precies in z'n werk gaat, en wat de vervolgstappen zijn voor het inplannen van de operatie. Ook vindt u hier informatie over wat u kunt doen als de zorgverzekeraar uw aanvraag voor een machtiging afwijst.

Aanvragen machtiging

Na uw gesprek op de polikliniek vraagt de plastisch chirurg digitaal een machtiging aan bij uw zorgverzekeraar voor de operatie waarvoor u in aanmerking wilt komen. U ontvangt binnen 6 weken bericht van uw zorgverzekeraar of uw aanvraag voor een machtiging is goed- of afgekeurd.

Als u bericht heeft gehad van de zorgverzekeraar, neemt u contact op met de polikliniekmedewerker Plastische Chirurgie, telefoon 0495 - 57 26 00. Het is belangrijk dat u een kopie van het bericht van uw zorgverzekeraar opstuurt of afgeeft op de polikliniek.

Goedkeuring

Is uw aanvraag goedgekeurd, dan kan de operatie ingepland worden. De polikliniekmedewerker neemt hiervoor contact op met de afdeling Zorgplanning. Een medewerker van de Zorgplanning belt u zo snel mogelijk met een operatiedatum.

Ook als uw aanvraag is goedgekeurd, is het belangrijk om de machtiging zorgvuldig door te lezen. Soms geeft de zorgverzekeraar aan dat voldaan moet worden aan een aantal extra voorwaarden, of wordt slechts toestemming verleend voor een deel van de operatie. Ook betekent het verkrijgen van een machtiging niet vanzelfsprekend dat de ingreep geheel vergoed wordt; soms moet u zelf bijbetalen. Dit hangt onder andere af van uw verzekering en polisvoorwaarden. Het goed doornemen van de informatie voorkomt vervelende verrassingen achteraf. Als u vragen heeft over de hoogte van uw vergoeding, kunt u contact opnemen met uw zorgverzekeraar.

Bezwaar maken

Als de zorgverzekeraar uw aanvraag heeft afgekeurd, kunt u bezwaar maken tegen deze beslissing. Bij de afwijzing dient de zorgverzekeraar te vermelden hoe u tegen dit besluit in beroep kunt gaan. U gaat in eerste instantie in beroep bij de zorgverzekeraar zelf. U kunt een persoonlijke brief schrijven, waarin u uw probleem nogmaals uitlegt. Ook kunt u een gesprek met de medisch adviseur van de zorgverzekeraar aanvragen.

Als de zorgverzekeraar ook na uw beroep geen machtiging verleent, kunt u zich nog wenden tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering (SKGZ). Kijk op de website www.skgz.nl voor meer informatie.

U bent als patiënt zelf verantwoordelijk voor het aantekenen van bezwaar tegen de afwijzing van uw machtigingsaanvraag; het ziekenhuis kan hier helaas niets in betekenen.

Let erop dat u op tijd reageert als u in beroep gaat. Hiervoor staat een wettelijke termijn van 6 weken. Als uw zorgverzekeraar om aanvullende informatie vraagt (bijvoorbeeld foto's), moet u hier ook zelf binnen deze termijn voor zorgen.

Als de operatie niet wordt vergoed

Als uw zorgverzekeraar de operatie niet vergoedt, neem dan contact op met de poli Plastische Chirurgie. De polikliniekmedewerker maakt voor u een telefonische afspraak met de arts om eventuele andere mogelijkheden te bespreken.

Vragen

Heeft u vragen over het aanvragen van een machtiging voor plastisch chirurgische ingrepen? Neem dan contact op met de poli Plastische Chirurgie, telefoon 0495 – 57 26 00. Voor vragen over uw verzekeringsvoorwaarden en vergoedingen kunt u het beste contact opnemen met uw zorgverzekeraar.