

Aanvraag geneesmiddelen bij stoppen met roken

Achmea, Avéro, DVZ, FBTO, Interpolis, OZF Achmea, Zilveren Kruis, AGIS, Pro Life, Take Care Now, CZ, Delta Lloyd, OHRA, De Amersfoortse, De Friesland, DSW, StadHolland, Salland, HollandZorg, energiek, Zorg en Zekerheid

In te vullen door behandelaar; aankruisen indien van toepassing. Eén middel per formulier.

De verzekerde dient dit aanvraagformulier aan de apotheek te overhandigen. Bij voortgezette behandeling en bij wijzigingen in sterkte of toedieningsvorm is een nieuw formulier vereist.

A Gegevens verzekerde:

naam:

adres:

woonplaats:

geboortedatum:

verzekerdenummer:

B Ondergetekende

- 1 geeft bovengenoemde verzekerde gedragsmatige ondersteuning bij stoppen met roken conform de zorgmodule stoppen met roken en de CBO-conceptrichtlijn Behandeling van tabaksverslaving.

Startdatum programma:

- 2 en adviseert daarbij het gebruik van de volgende nicotinevervangende middelen:

	middel	sterkte	aantal ¹	geadviseerd daggebruik
2a	<input type="radio"/> nicotinepleisters			
2b	<input type="radio"/> nicotine zuigtabletten			
2c	<input type="radio"/> nicotine kauwtabletten			
2d	<input type="radio"/> nicotine sublinguale tabletten			

¹ Pleisters voor totaal max. 3 mnd. Tabletten voor max. 3 mnd per aanvraag en totaal max. 6 mnd.

- 3 verklaart dat gedragsmatige ondersteuning in combinatie met nicotinevervangende middelen onvoldoende effect heeft bij deze verzekerde

Voor vergoeding van een receptgeneesmiddel dient het tweede deel van dit formulier te worden ingevuld (z.o.z.); geef het formulier zo nodig mee aan de verzekerde.

C Gegevens zorgverlener:

praktijkstempel

naam:

adres:

woonplaats:

contract/afsprake met verzekeraar voor stoppen-met-rokenprogramma: JA/NEE²

² Nee: Verzekerde kan (tenzij de verzekeraar een machtiging heeft verleend) de apotheeknota naar de verzekeraar sturen; deze wordt afgehandeld conform de polisvoorwaarden.

D Handtekening zorgverlener

Onderstaande aanvraag is alleen geldig indien ook de voorzijde volledig is ingevuld (alleen B2 uiteraard niet), door de zorgverlener die deze verzekerde gedragsmatige ondersteuning biedt.

E Ondergetekende, (huis)arts,

- 1 schrijft het volgende receptgeneesmiddel voor als farmacotherapeutische ondersteuning bij stoppen met roken:

begin bovenaan met aankruisen!

2	nortriptyline (Nortrilen®)	<input type="radio"/> JA ¹ <input type="radio"/> NEE: door naar 3a
3a	bupropion (Zyban®)	<input type="radio"/> JA: door naar 3b <input type="radio"/> NEE: door naar 4a
3b	gebruik van nortriptyline is bij bovengenoemde verzekerde onvoldoende effectief c.q. niet mogelijk vanwege een absolute contra-indicatie	<input type="radio"/> JA ¹ <input type="radio"/> NEE ²
4a	varenicline (Champix®)	<input type="radio"/> JA: door naar 4b
4b	gebruik van nortriptyline of bupropion is bij bovengenoemde verzekerde onvoldoende effectief c.q. niet mogelijk vanwege een absolute contra-indicatie	<input type="radio"/> JA ¹ <input type="radio"/> NEE ²

¹ Vergoeding per recept + aanvraag voor max. 30 dagen en totaal max. 3 mnd.

² Dit middel wordt in deze situatie niet vergoed.

F Gegevens (huis)arts:

praktijkstempel

naam:

adres:

woonplaats:

G Handtekening (huis)arts

Apotheekinstructie

Stap 1A Nicotinevervangende middelen

1A.1	Gegevens verzekerde (A) en zorgverlener (C) volledig ingevuld? Formulier ondertekend (D)?	JA: naar 1A.2 NEE: vul aan indien mogelijk of retourneer aan verzekerde ter aanvulling door zorgverlener
1A.2	Gegevens nicotinevervangende middelen (B) volledig ingevuld?	JA: naar 1A.3 NEE: vul aan indien mogelijk of retourneer aan verzekerde ter aanvulling door zorgverlener
1A.3	B1 aangekruist?	JA: naar 2.1 NEE: niet afleveren voor rekening zorgverzekeraar en ga naar 2.3

Stap 1B Receptplichtige geneesmiddelen

1B.1	Gegevens verzekerde (A) en voorschrijver (F) volledig ingevuld? Gegevens gedragsmatige ondersteuning (B1, B3 en C) volledig ingevuld? Formulier ondertekend (D en G)?	JA: naar 1B.2 NEE: vul aan indien mogelijk of retourneer aan verzekerde ter aanvulling door zorgverlener
1B.2	Gegevens geneesmiddelen (E) volledig ingevuld?	JA: naar 1B.3 NEE: vul aan indien mogelijk of retourneer aan verzekerde ter aanvulling door zorgverlener
1B.3	E1 aangekruist?	JA: naar 1B.4 NEE: niet afleveren voor rekening van zorgverzekeraar en ga naar 2.3
1B.4	Controleer of verzekerde eerst nicotinevervangende middelen heeft gebruikt	JA: naar 2.1 NEE: niet afleveren voor rekening van zorgverzekeraar en ga naar 2.3

Stap 2

2.1	Heeft zorgverlener C een stoppen-met-rokencontract/-afpraak met verzekeraar (check op website verzekeraar)?	JA: afleveren voor rekening zorgverzekeraar ¹ en ga naar 2.3 NEE: naar 2.2
2.2	Heeft verzekerde een machtiging van de zorgverzekeraar?	JA: afleveren voor rekening zorgverzekeraar ¹ en ga naar 2.3 NEE: niet afleveren voor rekening zorgverzekeraar en ga naar 2.3
2.3	Archiveer het aanvraagformulier voor controle door zorgverzekeraar. Is niet voor rekening zorgverzekeraar afgeleverd, geef het aanvraagformulier dan retour aan verzekerde.	

¹ Afleveren voor max. 30 dagen tegelijk, eerste aflevering voor max. 14 dagen. Op één aanvraagformulier gedurende max. 3 mnd nicotinevervangende middelen afleveren en max. 1 mnd receptgeneesmiddelen. Totaal per verzekerde per programma voor max. 3mnd pleisters, max. 6 mnd tabletten en max. 3mnd receptgeneesmiddelen afleveren. Neem contact op met verzekeraar bij een aanvraag die deze maxima overschrijdt.