



Aanvraagformulier Vergoeding voor het uitvullen van insulinereservoirs

Wij verzoeken u deze aanvraag volledig in te vullen. Niet volledig ingevulde formulieren worden niet in behandeling genomen.
Dit formulier is bestemd voor aanvragen door een arts of apotheker waarmee wij een overeenkomst hebben.

Gegevens verzekerde

Achternaam
Voorletters man vrouw
Geboortedatum
BSN

1 Moet de insuline verdund worden?

- Ja, ga naar 1a
 Nee, ga naar 2

1a Betreft het een kind en de dosering is dusdanig laag dat een pomp de dosering niet kan uitvoeren?

- Ja, ga naar 1b
 Nee → **MBZ**

1b Er wordt verdund met:

- geconcentreerde verdunningsvloeistof → **Akkoord**
 anders → **MBZ**

2 Heeft de patiënt een visuele beperking?

- Ja, ga naar 2a
 Nee, ga naar 3

2a en er is adequate mantelzorg aanwezig?

- Ja → **Niet akkoord**
 Nee, ga naar 2b

2b Verklaring

.....
..... → **MBZ**

3 Heeft de patiënt een motorische beperking?

- Ja, ga naar 3a
- Nee, ga naar 4

3a en er is adequate mantelzorg aanwezig?

- Ja → **Niet akkoord**
- Nee, ga naar 3b

3b Verklaring

.....
..... → **MBZ**

4 Anders, nl

.....
..... → **MBZ**

Verklarende codelijst:

Akkoord: U kunt het magistraal bereidingstarief 1x per maand declareren. Dit formulier hoeft niet opgestuurd aan de zorgverzekeraar.

Niet akkoord: U kunt geen magistraal bereidingstarief declareren. Dit formulier hoeft niet opgestuurd aan de zorgverzekeraar.

MBZ: De zorgverzekeraar beoordeelt of het magistraal bereidingstarief gedeclareerd kan worden. Stuur dit formulier op naar onderstaand adres.

Ondertekening

Datum

Handtekening uitvoerend apotheker

Handtekening aanvrager

Stempel huisarts/specialist

U kunt dit formulier opsturen naar CZ t.a.v. afd. MBZ, Ringbaan West 236, Postbus 90152, 5000 LD TILBURG