



Geachte heer, mevrouw,

U staat op het punt om een OSAS-hulpmiddel (bijv. een CPAP of BiPAP) via uw zorgverzekering te huren ter vermindering of voorkoming van uw slaapapneu. Dit is een soort luchtpomp met een gezichtsmasker, die zorgt voor een geringe overdruk, waardoor 's nachts uw luchtwegen worden opgehouden. Uw zorgverzekeraar heeft de afspraak gemaakt om na te gaan of er niet eerder een hulpmiddel is ingezet voor deze diagnose. Zo kan het zijn dat u eerder een andere CPAP of een MRA-beugel hebt gehad. Een MRA-beugel is een apparaat dat de luchtweg openhoudt door de tong en de kaak naar voren te plaatsen.

Een dubbele voorziening wordt door uw zorgverzekeraar niet vergoed, behalve als er sprake is van een medische noodzaak. Indien deze medische noodzaak door uw behandelend specialist wordt geconstateerd, dient hiervoor vooraf door(invullen naam zorgaanbieder) een aanvraag met medische motivatie ingediend te worden bij uw zorgverzekeraar. Ook wanneer u in de afgelopen vijf jaar al een CPAP hebt gehad, moet(invullen naam zorgaanbieder) eerst voor u een aanvraag voor een nieuwe CPAP indienen bij uw zorgverzekeraar.

Daarom stellen wij u hierbij een aantal vragen. Wij verzoeken u vriendelijk onderstaande vragen naar waarheid in te vullen en het formulier daarna ondertekend aan ons te retourneren.

1. Heeft u momenteel al een MRA-beugel in eigendom?

- Nee → Ga door naar vraag 4.
- Ja

2. Wenst u deze MRA-beugel te blijven gebruiken naast een CPAP?

- Nee → Ga door naar vraag 3.
- Ja → Wij zullen namens u eerst een aanvraag indienen bij CZ. Ga door naar vraag 4.

3. Heeft u toestemming van uw behandelend specialist om te stoppen met uw MRA-beugel?

- Nee → Wij adviseren u om contact op te nemen met uw behandelend arts om uw wens te bespreken. Indien uw arts ook vindt dat u het gebruik kunt stoppen, verzoeken wij u dit direct aan ons kenbaar te maken, zodat wij uw aanvraag voor een CPAP verder in behandeling kunnen nemen.
- Ja → Graag ontvangen wij van de schriftelijke toestemming, zodat wij CZ kunnen vragen uw aanvraag voor een CPAP verder in behandeling te nemen.

4. Heeft u al een CPAP in uw bezit of er in de afgelopen zes jaar één gehad?

- Nee → Einde vragenlijst, u hoeft vraag 5 en 6 niet meer te beantwoorden. Wij verzoeken u wel om onderaan het formulier uw naam, de plaats, de datum in te vullen en het formulier te ondertekenen. Na inlevering van dit formulier nemen wij uw aanvraag voor een CPAP verder in behandeling.
- Ja → Wij zullen namens u eerst een aanvraag indienen bij CZ. Na akkoord van CZ nemen wij uw aanvraag voor een CPAP verder in behandeling.



5. Indien u al een CPAP in bezit heeft, hoe vaak gebruikt u deze momenteel?

- Dagelijks Regelmatig; x per week Soms Helemaal niet meer

6. Wat is de reden voor vervanging van uw CPAP?

Indien achteraf blijkt dat dit formulier niet naar waarheid is ingevuld en er dus wel al een hulpmiddel voor uw slaapapneu is verstrekt zonder dat u een akkoordverklaring heeft van uw zorgverzekeraar voor een tweede hulpmiddel, kunnen de gemaakte kosten voor het MRA door uw zorgverzekeraar alsnog bij u verhaald worden.

Door middel van de ondertekening van dit aanvraagformulier geeft u ons(*naam zorgaanbieder invullen*) toestemming om deze (persoons)gegevens te gebruiken bij het bepalen van uw recht op vergoeding (namens de zorgverzekeraar). Daarnaast geeft u ons toestemming om deze (persoons)gegevens te delen met uw zorgverzekeraar bij een eventuele (na)controle op het recht van vergoeding.

Ondertekening:

Naam verzekerde : _____

Plaats : _____

Datum : _____

Handtekening : _____

Wij danken u hartelijk voor uw medewerking.