

Paramedische Zorg 2012

Wat er geregeld en vergoed wordt

Paramedische Zorg 2012

Met deze brochure informeren wij u over onze uitgebreide vergoedingsmogelijkheden voor paramedische zorg en wanneer u daarvoor in aanmerking komt.

Wat is paramedische zorg?

Onder paramedische zorg valt hulp door onder andere fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar/Mensendieck, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten.

Kwaliteit

Wij hebben met een grote groep paramedische zorgverleners goede afspraken gemaakt over de kwaliteit, toegankelijkheid en klantgerichtheid van de zorg. Ook rekenen deze zorgverleners direct met ons af voor de zorg waarvoor u verzekerd bent, zodat u geen rekeningen krijgt of hoeft voor te schieten.

Deze afspraken zijn vastgelegd in een overeenkomst. De gecontracteerde paramedische zorgverleners bij u in de buurt vindt u met behulp van de Zorgzoeker op onze website of kunt u telefonisch bij ons opvragen.

Overeenkomst belangrijk

Het is belangrijk dat uw zorgverlener een overeenkomst met ons heeft. Behandelingen die gegeven worden door een niet door ons gecontracteerde paramedische zorgverlener, vergoeden wij namelijk niet of slechts gedeeltelijk.

Bij deze niet gecontracteerde zorgverleners kunnen wij de toegankelijkheid, veiligheid en kwaliteit van de zorg niet garanderen. Het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Paramedische Zorg voor niet gecontracteerde zorg kunt u vinden op pagina 12.

Fysiotherapie en Oefentherapie

Fysiotherapeuten en oefentherapeuten worden bij zeer uiteenlopende gezondheidsproblemen geraadpleegd. Vaak gaat het om klachten waarbij de nek, de arm of de lage rug een rol spelen.

De oefentherapeut Cesar/Mensendieck leert u oefeningen om de klachten te verminderen. U leert tijdens de activiteiten van alledag op een goede manier met de klachten om te gaan. De oefentherapeut begeleidt u in het vinden van een evenwicht tussen wat u doet en wat uw lichaam aan kan. U leert optimaal gebruik te maken van uw eigen mogelijkheden, zodat u ook op lange termijn baat heeft bij de behandeling.

Een fysiotherapeut adviseert, begeleidt of behandelt klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat, bijvoorbeeld bij nek- en rugklachten en sportblessures. Ook bij problemen die te maken hebben met de ontwikkeling bij kinderen, incontinentie, oedeem, reuma of Parkinson kan fysiotherapie zinvol zijn.

Over PlusPraktijken

PlusPraktijken zijn fysio- en oefentherapiepraktijken die niet alleen voldoen aan alle kwaliteitseisen van de eigen beroepsvereniging, maar een stapje verder gaan. Met bijvoorbeeld aanvullende programma's, of met het inzichtelijk maken van de kwaliteit. Zo kan elke PlusPraktijk eenvoudig met andere praktijken vergeleken worden. Bij de kwaliteitseisen gaat het bijvoorbeeld om de deskundigheid van de fysiotherapeuten, het resultaat van klanttevredenheidsonderzoeken, een standaardprocedure voor het vastleggen van de klachten en het aantal behandelingen voor een bepaalde lichamelijke klacht. Andere voordelen van een PlusPraktijk zijn de bereikbaarheid, de openingstijden en de wachttijd.

Samenwerking

Vaak werken de zorgverleners van een PlusPraktijk ook samen met bijvoorbeeld artsen in ziekenhuizen, omdat sommige klachten een brede aanpak nodig hebben.

Hogere vergoeding

Wij vinden het belangrijk dat meer fysio- en oefentherapeuten hun praktijk omvormen naar een PlusPraktijk. Om dat te stimuleren, krijgen PlusPraktijken van ons een hogere vergoeding voor hun werkzaamheden dan andere praktijken. Zo leveren wij een bijdrage aan meer kwaliteit in de fysio- en oefentherapie. Deze PlusPraktijken kunt u met behulp van de Zorgzoeker vinden op onze website of bij ons opvragen.

Vergoeding vanuit de basisverzekering

De vergoeding vanuit de basisverzekering beperkt zich tot situaties zoals hieronder genoemd.

Voor verzekerden jonger dan 18 jaar

In de basisverzekering, zoals die voor iedereen in Nederland geldt, heeft u recht op vergoeding van maximaal 9 behandelingen per aandoening per kalenderjaar door een fysiotherapeut, geregistreerde kinderfysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Als u na deze 9 behandelingen nog steeds last heeft van de aandoening, vergoeden wij maximaal 9 extra behandelingen als dit medisch noodzakelijk is.

Het totaal komt dan op maximaal 18 behandelingen. Bij bepaalde aandoeningen, zoals vermeld in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (zie pagina 13 en 14), heeft u - na verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist - recht op vergoeding van alle noodzakelijke zorg.

Voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Alleen bij bepaalde aandoeningen zoals vermeld in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (zie pagina 13 en 14) heeft u - na verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist - recht op vergoeding vanaf de 21^e en daaropvolgende behandelingen door een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck.

Bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie

Bij urine-incontinentie heeft u - na verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist - recht op vergoeding van de eerste 9 behandelingen door een bekkenfysiotherapeut.

Vergoeding vanuit de aanvullende verzekering

Om deze beperkte vergoedingen vanuit de basisverzekering uit te breiden bieden wij u een ruime dekking van fysiotherapie en oefentherapie aan in onze aanvullende verzekeringen. Afhankelijk van uw aanvullende verzekering heeft u recht op vergoeding van een aantal extra behandelingen.

Raadpleeg hiervoor uw polisvoorwaarden op onze website of bel onze klantenservice.

Toelichting fysiotherapie en oefentherapie

Behandeling door een niet gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut

Als u kiest voor een therapeut waarmee wij geen overeenkomst hebben, moet u voorafgaand aan de behandeling schriftelijk toestemming van ons krijgen. Voor deze toestemming is een verwijzing van de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist nodig. Op deze verwijzing moet het volgende vermeld staan:

- De medische diagnose van de verwijzer;
- Diagnosecode ingevuld door de behandelend therapeut;
- Naam en praktijkadres van de behandelend therapeut.

U kunt ook op onze website een formulier ‘aanvraag paramedische hulp’ downloaden. Dit formulier laat u de verwijzend arts en de behandelend therapeut invullen.

U kunt deze toestemming schriftelijk bij ons aanvragen op het adres:

**Achmea Zorg & Gezondheid,
t.a.v. Declaratieservice - Paramedisch,
Postbus 444, 2300 AK te Leiden.**

Om uw declaratie van een therapeut waarmee wij geen overeenkomst hebben in behandeling te kunnen nemen moet het volgende minimaal op de nota vermeld staan:

- **Zorgverlener gegevens**
(naam + agbcode, praktijknaam + agbcode, adres praktijk)
- **Verzekerden gegevens**
(voorletter(s), achternaam, geboortedatum, adres, verzekerde nummer, BSN)
- **Factuurgegevens**
(factuurnummer, factuurdatum)
- **Declaratiegegevens**
(behandeldatum, diagnosecode, indicatiecode, prestatiecode, omschrijving geleverde zorg, uitvoerder, bedrag)

Verwijzing en directe toegankelijkheid

Wij vergoeden alleen de door paramedici geboden zorg als u bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uitzondering hierop zijn de fysiotherapeuten en de oefentherapeuten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toegankelijkheid. In dat geval kunt u zich namelijk - bij een niet-chronische aandoening - zonder verwijzing melden bij de hiervoor door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut. Wij vergoeden de zorg dan volgens uw polisvoorwaarden. Let u er wel op dat bij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/Oefentherapie) de screening als 1 behandeling en de intake en onderzoek na deze screening ook als 1 behandeling geldt. Indien u aan huis behandeld moet worden, dient er altijd een verwijzing aan de behandeling ten grondslag te liggen.

Screening en/of de intake/onderzoek na screening worden bij aan huis-behandeling niet door ons vergoed. Bij een aandoening die wordt vergoed vanuit de basisverzekering is een verwijzing altijd noodzakelijk. Heeft u klachten of twijfelt u over de oorzaak van de klachten? Dan adviseren wij u om eerst naar uw huisarts te gaan.

Fysiotherapeuten of oefentherapeuten waar wij geen overeenkomst mee hebben zijn niet direct toegankelijk. U heeft altijd een verwijzing nodig om uw behandelingen bij deze hiervoor niet door ons gecontracteerde zorgverleners vergoed te krijgen. Gaat u wel rechtstreeks, dus zonder verwijzing, naar een niet door ons gecontracteerde fysio- of oefentherapeut? Dan komen uw behandelingen niet voor vergoeding in aanmerking. Zoekt u een fysiotherapeut of oefentherapeut waar u rechtstreeks terecht kunt bij u in de buurt? U kunt deze met behulp van de Zorgzoeker vinden op onze website of bij ons opvragen.

Behandelingen

Een zitting is een onafgebroken tijdspanne, waarin de zorgverlener de patiënt voor één of meer indicaties begeleidt, adviseert en/of behandelt. Dit is ongeacht de inhoud van de behandeling en de tijdsduur van de behandeling.

Voorwaarde voor vergoeding van de behandeling fysiotherapie of oefentherapie is dat de behandeling individueel heeft plaatsgevonden. Bij de bepaling van het maximum aantal te vergoeden behandelingen tellen alle prestaties fysiotherapie en oefentherapie (met uitzondering van de toeslagen voor behandeling aan huis en/of inrichting) voor 1 behandeling mee.

Verbijzonderde therapieën

Manuele therapie, kinderfysiotherapie, kinderoefentherapie, oedeemtherapie, bekkenfysiotherapie psychosomatische fysiotherapie, psychosomatische oefentherapie en geriatrie fysiotherapie kan wettelijk alleen voor vergoeding in aanmerking komen als de desbetreffende fysiotherapeut of oefentherapeut staat ingeschreven in het desbetreffende verbijzonderde register. Oedeemtherapie kan ook gegeven worden door een huidtherapeut.

Manuele therapie gegeven door een fysiotherapeut valt onder de dekking van het artikel Fysiotherapie en oefentherapie. Er is geen vergoeding mogelijk volgens het artikel Alternatieve geneeswijzen in de aanvullende verzekering.

Groepsbehandeling

Sommige fysiotherapeuten of oefentherapeuten geven groepsbehandelingen. Wij vergoeden deze behandelingen alleen als hierover afspraken zijn gemaakt met de fysiotherapeut of oefentherapeut.

Raadpleeg met behulp van de Zorgzoeker onze website om te weten bij welke fysiotherapeuten en/of oefentherapeuten u terecht kunt voor groepsbehandelingen. Wij vergoeden niet de kosten van een groepsbehandeling die slechts ten doel heeft om de conditie door middel van training te bevorderen.

Meerdere behandelingen en/of meerdere behandelaren (op 1 dag)

Wettelijk is bepaald dat per dag per patiënt maar 1 behandeling fysiotherapie en/of oefentherapie gedeclareerd kan worden. Alleen als er een medische noodzaak bestaat voor meerdere behandelingen op één dag én er een verantwoorde spreiding heeft plaatsgevonden, dat wil zeggen dat een tijdsduur tussen elk van die behandelingen van ten minste twee uur heeft bestaan, komen meerdere behandelingen (op 1 dag) voor vergoeding in aanmerking. De medische noodzaak voor meerdere behandelingen of meerdere behandelaren (op 1 dag) moet uit een gerichte verwijzing door de arts blijken. Wij moeten u voorafgaand aan de behandeling toestemming hebben gegeven.

U kunt deze toestemming schriftelijk bij ons aanvragen op het adres:

**Achmea Zorg & Gezondheid,
t.a.v. Declaratieservice - Paramedisch,
Postbus 444, 2300 AK te Leiden.**

Beweegprogramma's

Vanuit een aantal van onze aanvullende verzekeringen vergoeden wij voor:

- verzekerden met obesitas (BMI>30);
- revaliderende verzekerden met voormalig hartfalen;
- patiënten met diabetes type 2;
- patiënten met COPD in de stadia Gold 1 en 2 met een longwaarde van FEV1/VC>60%

een bijdrage in de kosten van beweegprogramma's bij de hiervoor door ons gecontracteerde fysiotherapeuten, oefentherapeuten of andere zorgverleners of instanties.

De kosten komen voor vergoeding in aanmerking als u bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Bewegen in extra verwarmd water

Wij vergoeden vanuit een aantal van onze aanvullende verzekeringen voor verzekerden met reuma een gedeelte van de kosten van oefentherapie in extra verwarmd water in een zwembad.

Voorwaarde voor vergoeding is dat u eenmalig een medische indicatie van de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist aan ons kunt overleggen, waaruit blijkt dat de oefentherapie in extra verwarmd water nodig is in verband met reuma.

De oefentherapie in extra verwarmd water moet plaatsvinden onder verantwoordelijkheid van een fysiotherapeut of oefentherapeut.

Om uw declaratie in behandeling te kunnen nemen, moet de AGB-code van de verantwoordelijk fysiotherapeut of oefentherapeut op de nota vermeld staan. Vraagt u deze code aan uw behandelaar.

Logopedie

Vergoeding vanuit basisverzekering

Een logopedist geeft hulp bij problemen met stem, spraak, taal of gehoor. De behandeling kan bestaan uit onderzoek, advies, voorlichting, preventieactiviteiten en instructiebegeleiding. Wij vergoeden de behandeling door een hiervoor door ons gecontracteerde logopedist volledig vanuit de basisverzekering als er sprake is van een medische indicatie. Een lijst met gecontracteerde logopedisten vindt u met behulp van de Zorgzoeker op onze website of kunt u bij ons opvragen. Behandelingen door een niet door ons gecontracteerde logopedist vergoeden wij volgens het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Paramedische Zorg (zie pagina 12).

Behandelingen met een hoofdzakelijk pedagogisch of maatschappelijk karakter vergoeden wij niet. Dit geldt ook voor de behandeling van dyslexie (leesblindheid) en voor taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid. Om voor vergoeding in aanmerking te komen heeft u een verwijzing nodig van uw huisarts, tandarts of medisch specialist. Uitzondering hierop zijn de logopedisten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toegankelijkheid. In dat geval kunt u zich namelijk zonder verwijzing melden bij de door ons gecontracteerde logopedist.

Ergotherapie

Vergoeding vanuit basisverzekering

Ergotherapie richt zich vooral op het samen zoeken naar oplossingen voor problemen die u ondervindt bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Hierbij staat niet zozeer uw ziekte of aandoening centraal, maar vooral de praktische gevolgen daarvan.

Wij vergoeden ergotherapie door een hiervoor door ons gecontracteerde ergotherapeut tot een maximum van 10 uur per kalenderjaar vanuit de basisverzekering. Een lijst met gecontracteerde ergotherapeuten kunt u met behulp van de Zorgzoeker vinden op onze website of bij ons opvragen.

Behandelingen door een niet door ons gecontracteerde ergotherapeut vergoeden wij volgens het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Paramedische Zorg (zie pagina 12).

Om voor vergoeding in aanmerking te komen heeft u een verwijzing nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uitzondering hierop zijn de ergotherapeuten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toegankelijkheid. In dat geval kunt u zich namelijk zonder verwijzing melden bij de door ons gecontracteerde ergotherapeut.

Dieetadvisering en voedings- voorlichting

Vergoeding vanuit basisverzekering

Vanuit een aantal van onze aanvullende verzekeringen vergoeden wij de kosten van dieetadvisering en/of voedingsvoorlichting. Dieetadvisering is voorlichting over voeding en eetgewoonten met een medisch doel. De diëtist kan een bijdrage leveren aan het voorkomen, opheffen, verminderen of compenseren van stoornissen of beperkingen die met voeding samenhangen of door voeding beïnvloed kunnen worden. Een diëtist kan als vrijgevestigde werkzaam zijn of verbonden zijn aan een instelling.

Naast dieetadvisering vergoeden wij vanuit een aantal van onze aanvullende verzekeringen ook voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent die aangesloten is bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland (BGN) of diëtist. Voedingsvoorlichting omvat de voorlichting en advisering gericht op het voorkomen van voedingsgerelateerde ziekteprocessen.

Dieetadvisering en voedingsadvisering worden niet meer vergoed vanuit de basisverzekering.

Overzicht Vergoedingen

Basisprestaties Paramedische Zorg 2012 (door niet gecontracteerde zorgverleners)

Fysiotherapie

Zitting fysiotherapie	€ 14,50
Zitting manuele therapie	€ 14,50
Zitting oedeemtherapie**	€ 14,50
Zitting bekkenfysiotherapie	€ 14,50
Zitting psychosomatische fysiotherapie	€ 14,50
Zitting geriatrie fysiotherapie	€ 14,50
Zitting kinderfysiotherapie	€ 14,50
Instructie/ overleg ouders van de patiënt	€ 14,50
Eenmalig kinderfysiotherapeutisch rapport	€ 14,50
Lange zitting voor patiënten met complexe en/of meervoudige zorgvragen	€ 14,50
Intake en onderzoek na verwijzing	€ 14,50
Eenmalig fysiotherapeutisch onderzoek	€ 14,50
Toeslag voor uitbehandeling*	€ 5,00
Inrichtingstoeslag*	€ 5,00

Oefentherapie Cesar/Mensendiek

Zitting oefentherapie	€ 14,50
Zitting kinderoefentherapie	€ 14,50
Zitting psychosomatische oefentherapie	€ 14,50
Instructie/ overleg ouders van de patiënt	€ 14,50
Eenmalig oefentherapeutisch onderzoek	€ 14,50
Intake en onderzoek na verwijzing	€ 14,50
Lange zitting voor patiënten met complexe en/of meervoudige zorgvragen	€ 14,50
Eenmalig kinderoefentherapeutisch rapport	€ 14,50
Toeslag voor uitbehandeling*	€ 5,00
Inrichtingstoeslag*	€ 5,00

Logopedie

Behandeling logopedie	€ 17,50
Eenmalig logopedisch onderzoek	€ 27,50
Specifieke individuele behandeling van stotteren	€ 27,50
Specifieke individuele behandeling van preverbaal logopedie	€ 27,50
Specifieke individuele behandeling van afasiepatiënten	€ 27,50
Groepsbehandeling 2 personen	€ 27,50
Groepsbehandeling 3 personen	€ 20,00
Groepsbehandeling 4 personen	€ 12,50
Groepsbehandeling 5 tot 10 personen	€ 7,50
Toeslag voor uitbehandeling*	€ 5,00

Ergotherapie

Enkelvoudige extramurale ergotherapie (per kwartier)	€ 10,00
Toeslag voor uitbehandeling	€ 5,00

Niet vermelde prestaties komen bij een niet door ons gecontracteerde zorgverlener niet voor vergoeding in aanmerking.

* Wanneer de patiënt in verband met zijn of haar klacht(en) niet voor behandeling in de praktijk kan komen. Tevens dient de arts dit aan te geven op de verwijzing.

** Is ook van toepassing voor de vergoeding van lymfoedeemtherapie gegeven door huidtherapeuten.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.6 en Bijlage 1

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.6

1. Paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefen therapie, logopedie, ergotherapie en dieetadviesing.
2. Fysiotherapie of oefen therapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefen therapieuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat voor de verzekerden van 18 jaar en ouder niet de eerste 20 behandelingen.
3. Fysiotherapie omvat tevens bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Deze zorg omvat voor de verzekerden van 18 jaar en ouder ten hoogste 9 behandelingen.
4. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar bestaat fysiotherapie en oefen therapie in andere gevallen dan het 2e lid tevens uit ten hoogste 9 behandelingen van dezelfde aandoening per jaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met ten hoogste 9 behandelingen.
5. Logopedie omvat zorg zoals logopedisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.
6. Ergotherapie omvat zorg zoals ergotherapeuten die plegen te bieden, mits deze als doel heeft de zelfzorg en de zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen, tot een maximum van 10 behandeluren per jaar.

Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering

Bijlage behorende bij artikel 2.6, tweede lid

De aandoeningen, bedoeld in artikel 2.6, tweede lid, betreffen:

1a. een van de volgende aandoeningen van het zenuwstelsel:

- 1° cerebrovasculair accident;
- 2° ruggemergaandoening;
- 3° multipele sclerose;
- 4° perifere zenuwaandoening indien sprake is van motorische uitval;
- 5° extrapyramidale aandoening;
- 6° motorische retardatie of een ontwikkelingsstoornis van het zenuwstelsel en hij jonger is dan 17 jaar;
- 7° aangeboren afwijking van het centraal zenuwstelsel;
- 8° cerebellaire aandoening;
- 9° uitvalsverschijnselen als gevolg van een tumor in de hersenen of het ruggenmerg dan wel als gevolg van hersenletsel;
- 10° radiculair syndroom met motorische uitval;
- 11° spierziekte;
- 12° myasthenia gravis;

1b. of een van de volgende aandoeningen van het bewegingsapparaat:

- 1° aangeboren afwijking;
- 2° progressieve scoliose;
- 3° juveniele osteochondrose en hij jonger is dan 22 jaar;
- 4° reflexdystrofie;
- 5° fractuur als gevolg van morbus Kahler, botmetastase of morbus Paget;
- 6° frozen shoulder (capsulitis adhaesiva);
- 7° hyperostotische spondylose (morbus Forestier);
- 8° collageenziekten;
- 9° status na amputatie;
- 10° whiplash;
- 11° postpartum bekkeninstabiliteit;
- 12° fracturen indien deze conservatief worden behandeld;

1c. of een van de volgende aandoeningen:

- 1° chronic obstructive pulmonary disease indien sprake is van een FEV1/VC kleiner dan 60%;
 - 2° aangeboren afwijking van de tractus respiratorius;
 - 3° lymfoedeem;
 - 4° littekenweefsel van de huid al dan niet na een trauma;
 - 5° status na opname in een ziekenhuis, een verpleeginrichting of een instelling voor revalidatie dan wel na dagbehandeling in een instelling voor revalidatie en de hulp dient ter bespoediging van het herstel na ontslag naar huis of de beëindiging van de dagbehandeling;
 - 6° claudicatio intermittens (vasculair) graad 2 of 3 Fontaine;
 - 7° weke delen tumoren;
 - 8° diffuse interstitiële longaandoening indien sprake is van ventilatoire beperking of diffusiestoornis.
2. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in onderdeel a, subonderdeel 10°, en onderdeel b, subonderdeel 11°, is de duur van behandeling maximaal drie maanden.
 3. Indien het een aandoening betreft als bedoeld, onderdeel b, subonderdeel 12°, is de duur van behandeling maximaal zes maanden na conservatieve behandeling.
 4. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in onderdeel b, subonderdeel 6°, en onderdeel d, subonderdeel 6°, is de duur van behandeling maximaal twaalf maanden.
 5. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5°, is de duur van de behandeling maximaal twaalf maanden in aansluiting op ontslag naar huis of beëindiging van de behandeling in de instelling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5°.
 6. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 10°, is de duur van de behandeling maximaal drie maanden. Indien hierna nog sprake is van de trias bewegingsverlies, conditieverlies en cognitieve stoornissen, kan deze periode verlengd worden met maximaal zes maanden.
 7. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 7°, is de duur van behandeling maximaal twee jaren na bestraling.

Contact

Kijk op

www.dvz.nl

Bel naar

Klantenservice (071) 365 28 02 (lokaal tarief)
Bereikbaar op werkdagen van 8.30 tot 17.30 uur

Schrijf naar

DVZ Zorgverzekeringen
Postbus 440
2300 AK Leiden

Zorgkosten declareren

DVZ Zorgverzekeringen
Afdeling Declaratieservice
Postbus 70001
3000 KB Rotterdam



Keurmerk Klantgericht Verzekeren