

Indicatiecodes

Indicatiecodes zijn noodzakelijk om te bepalen welke behandelingen ten laste van de Basisverzekering (BV) gebracht moeten worden en welke behandelingen voor rekening van de Aanvullende Verzekeringen (AV) zijn. Volgens het rapport Externe Integratie is het vermelden van de indicatiecodes op de declaratie verplicht.

Indicatiecode 1:

Met uitzondering van de 1e 9 behandelingen voor patiënten van 18 jaar en ouder (zie indicatiecode 8) moet indicatiecode 1 gebruikt worden voor alle behandelingen reguliere fysiotherapie, kinderfysiotherapie, manuele therapie, oedeemtherapie, fysiotherapie in de psychosomatiek, bekkentherapie en/of groepsbehandelingen die een indicatie hebben zoals beschreven in bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering behorende bij artikel 2.6 2e lid (voorheen Lijst Borst.)

Indicatiecode 2:

Deze code moet in de volgende gevallen gebruikt worden:

- a) voor alle behandelingen reguliere fysiotherapie, kinderfysiotherapie, manuele therapie, oedeemtherapie, fysiotherapie in de psychosomatiek, bekkentherapie en/of groepsbehandelingen die vallen onder de tweede verwijzing met eenzelfde diagnosecode zoals weergegeven in bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering behorende bij artikel 2.6 2e lid (voorheen Lijst Borst.)
- b) Als een behandelingsperiode is afgesloten met een einde zorgcode op de declaratie en de patiënt – voor dezelfde diagnose – binnen de termijn van bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering behorende bij artikel 2.6 2e lid (voorheen Lijst Borst) weer onder behandeling komt.

Indicatiecode 3:

Uitsluitend te gebruiken bij verzekerden tot 18 jaar voor maximaal 18 behandelingen van aandoeningen niet behorend tot aandoeningen beschreven in bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering behorende bij artikel 2.6 2e lid, voorheen Lijst Borst. Dit geldt voor behandelingen reguliere fysiotherapie, manuele therapie, oedeemtherapie, fysiotherapie in de psychosomatiek, bekkentherapie, groepsbehandeling (dus geen kinderfysiotherapie) én voor de eerste achttien behandelingen na de periode(s) zoals beschreven in bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering behorende bij artikel 2.6 2^e lid (voorheen Lijst Borst.) (BV)

Indicatiecode 4:

Eerste 9 behandelingen kinderfysiotherapie (BV) van aandoeningen niet behorende tot aandoeningen beschreven in bijlage 1 van Besluit Zorgverzekering behorende bij artikel 2.6 2e lid (voorheen Lijst Borst.) Indicatiecode 4 moet ook gebruikt worden voor de eerste negen kinderfysiotherapie behandelingen na de periode(s) genoemd in bijlage 1 van artikel 2.6 2e lid van het Besluit Zorgverzekering (voorheen Lijst Borst.)

Indicatiecode 5:

Tweede serie 9 behandelingen kinderfysiotherapie. (BV) Na voltooiing van indicatiecode 4.

Indicatiecode 6 en indicatiecode 7

Deze indicatiecode hebben geen betrekking op fysiotherapie maar op oefentherapie.

Indicatiecode 8:

Uitsluitend voor de 1e 9 behandelingen bij aandoeningen beschreven in bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering behorende bij artikel 2.6 2e lid (voorheen Lijst Borst) én indien verzekerde 18 jaar of ouder is. (AV)

Indicatiecode 9:

Voor alle behandelingen waarvoor geen aanspraak (meer) is uit de Basisverzekering.