

Aanvraag akkoordverklaring medisch-specialistische revalidatie zonder opname

Zorgverzekeraars mogen alleen zorg vergoeden die tot het verzekerde pakket behoort en die doelmatig is. Voor sommige zorg zoals Medisch-specialistische Revalidatie (MSR) zonder opname staat daarom in onze polisvoorwaarden dat vooraf onze toestemming nodig is. Daarmee is voor de start van de behandeling duidelijk of we de behandeling wel of niet vergoeden. Deze toestemming noemen we ook wel machtiging of akkoordverklaring. Geven wij een akkoordverklaring af? Dan vergoeden wij de zorg volgens de polisvoorwaarden voor niet gecontracteerde zorg. Dit betekent dat de verzekerde mogelijk een deel zelf moet betalen.

U leest in deze leidraad wanneer en hoe u passende informatie verstrekt voor een akkoordverklaring.

Ook leest u welke informatie we bij een aanvraag nodig hebben en waarom.

Er zijn 2 mogelijkheden: de verzekerde gaat naar een gecontracteerde of ongecontracteerde zorgverlener.

1. De verzekerde gaat naar een gecontracteerde zorgverlener.

Dan hoeft deze zorgverlener geen akkoordverklaring aan te vragen. Want hij beoordeelt op dezelfde manier als Zilveren Kruis of de behandeling tot het verzekerde pakket behoort en doelmatig is. De verzekerde hoeft zelf ook geen akkoordverklaring aan te vragen. Op onze Zorgzoeker staan de zorgverleners die een contract met ons hebben.

2. De verzekerde gaat naar een zorgverlener die geen contract met ons heeft.

De revalidatiearts beoordeelt of MSR voor de verzekerde een geschikte behandeling is. Meestal vraagt de arts de akkoordverklaring namens de verzekerde aan. Aan de hand daarvan beoordelen wij of de behandeling voor vergoeding in aanmerking komt. Wij vergoeden MSR als er wetenschappelijk bewijs is van de effectiviteit van de behandeling bij de beschreven klachten (MSR voldoet bij deze diagnose/klachten aan 'de stand van wetenschap en praktijk'), als de verzekerde in de specifieke situatie redelijkerwijs op die zorg aangewezen is en als de te verlenen zorg doelmatig is. Oftewel passende zorg voor de situatie met een medische indicatie voor MSR. Onnodig dure of uitgebreide zorg voor de klachten die het betreft, vallen buiten de dekking van de verzekering. Om te beoordelen of uw machtigingsaanvraag aan onze vereisten voldoet hebben wij van u informatie nodig.

Voorzie uw aanvraag akkoordverklaring daarom van alle benodigde informatie.

Heeft u geen contract met ons? Voor de beoordeling van uw aanvraag vragen we van u de volgende documenten:

1. **Gedateerde en ondertekende verwijsbrief**

Op grond van de Zorgverzekeringswet moet de verzekerde eerst naar een huisarts of een andere zorgverlener die we noemen in onze verzekeringsvoorwaarden bij Revalidatiezorg.

2. **Een ingevuld aanvraagformulier waarbij wij u vragen de volgende informatie op te nemen dan wel toe te lichten.**

Daarbij is het van belang dat de aanvraag niet meer informatie bevat dan noodzakelijk.

a) **Indicatiestelling van de revalidatiearts**

Deze hanteren we als uitgangspunt.

b) **Klinische redenering van de revalidatiearts**

Waaruit blijkt dat MSR voor de specifieke situatie een geschikte behandeling is. Het moet voor onze medisch adviseur voldoende inzichtelijk en navolgbaar zijn. Voor de klinische redenering zijn de volgende aspecten van belang:

- Informatie over de diagnose en/of een beschrijving van de belangrijkste klachten.
Goed om te weten: het is onvoldoende als er alleen gesteld wordt dat sprake is complexe problematiek.
- Beschrijving van de multi-problematiek die noodzakelijk is om de klinische redenering te volgen Het gaat om problemen die de verzekerde ervaart op gebied van bewegen, gevoel, cognitie, spraak, taal en/of gedrag en de samenhang ertussen. En in hoeverre de mate van ernst van de klachten de verzekerde belemmeren of beperken in belangrijke dagelijkse activiteiten en/of sociale leven. Goed om te weten: alleen als de verzekerde problemen heeft op verschillende terreinen, kan er een indicatie zijn.
- Toelichting op de (eerstelijns)behandelgeschiedenis van de verzekerde of een uitleg waarom eenvoudigere behandelingen (deels) zijn overgeslagen.
- Een voorstel van de revalidatiearts voor een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) Daarin komt de doelmatigheid van de voorgestelde behandeling tot uitdrukking. Het voorstel bevat daarmee de informatie om dat aspect van de uitvoering van de zorgverzekering te toetsen.

Is de aanvraag onvoldoende navolgbaar? Dan vragen we u of de verzekerde om aanvullende informatie toe te sturen. Als onze medisch adviseur vervolgens op basis van de beschikbare informatie oordeelt dat de behandeling (waarschijnlijk) niet voor vergoeding in aanmerking komt of de passende informatie niet krijgt, neemt hij uit zorgvuldigheid contact op met de revalidatiearts voor een mondeling gesprek. Daarna geeft hij advies. Als wij uiteindelijk van oordeel zijn dat de aanvraag onvoldoende navolgbaar is en/of als de noodzakelijke gegevens ontbreken, zijn wij helaas genoodzaakt de aanvraag af te wijzen.