

moveUP administratie voor patiënten KCE studie

## Informatie voor de chirurg

**Informatie voor de chirurg**

* Gelieve 3 handtekeningen te zetten en de documenten (inclusief deze instructies) mee te geven aan de patiënt.
* Op het voorschrift dient uw naam, RIZIV-nummer, naam van de patiënt en behandeling ook nog aangevuld te worden.

Icon

Description automatically generated

De conventie vereist het volgende:

*Kennisgeving van begin- en einddatum*

"De kinesitherapeut stelt de verzekeringsinstelling van de begunstigde in kennis van de begin- en einddatum van de revalidatie met behulp van een mobiele applicatie binnen een termijn van 2 weken na de begin- en einddatum.”

Op dit kennisgevingsformulier zijn 3 handtekeningen vereist:

1. Behandelende arts (chirurg)
2. Kinesitherapeut
3. Patiënt

Om dit administratief goed te laten verlopen voor de patiënt stellen wij de volgende werkwijze voor:

* Om een extra verplaatsing naar het ziekenhuis te vermijden, is het goed om de nodige papieren bij eerste contact al mee te kunnen geven.
* Voor alle patiënten die deelnemen aan de KCE tele-revalidatie studie kan u al de getekende exemplaren van deze kennisgevingsformulieren en het voorschrift meegeven.
* Als de patiënt gerandomiseerd wordt in **arm 1** (geen moveUP), zijn deze documenten **overbodig**.

## 

## Informatie voor de kinesitherapeut

In de conventie (overeenkomst) voor tele-revalidatie RIZIV wordt het volgende geschreven:

*Kennisgeving van begin- en einddatum*

"De kinesitherapeut stelt de verzekeringsinstelling van de begunstigde in kennis van de begin- en einddatum van de revalidatie met behulp van een mobiele applicatie

binnen een termijn van 2 weken na de begin- en einddatum.”

Op dit kennisgevingsformulier zijn 3 handtekeningen vereist:

1. Behandelende arts (chirurg)
2. Kinesitherapeut
3. Patiënt

Om dit administratief goed te laten verlopen voor de patiënt en uzelf stellen wij de volgende werkwijze voor:

* Tijdens de info sessie tekent u de **twee kennisgevingsformulieren** van de patiënt

Voor meer informatie over de administratieve verplichtingen tijdens de conventie zie:

*https://support.orthopedics.moveup.care/nl/knowledge-base/administratieve-verplichtingen-voor-fysiotherapeuten/*  
Scan deze QR code in om naar deze webpagina te surfen:  
Qr code

Description automatically generated

## 

## Informatie voor de patiënt

Deze bundel bevat belangrijke papieren die u nodig hebt voor de terugbetaling van uw behandeling voor uw verzekering.

Lees de bijgesloten instructies aandachtig zodat het terugbetalingsproces vlot kan verlopen.

### **Wat zit er in deze bundel?**

1. **Kennisgevingsformulier START behandeling:**
   1. U (de patiënt) dient deze naar uw verzekering te sturen binnen de 2 weken nadat u uw info sessie over moveUP heeft gekregen van uw kinesitherapeut. Vul de datum van de infosessie en uw operatie in en handteken ook zelf.
   2. De handtekening van de chirurg die u opereert en de kinesitherapeut die de informatie sessie geeft zijn hier vereist.
   3. U moet dit papier meenemen naar de informatie sessie om het papier te laten tekenen als dit nog niet is gebeurd.
2. **Kennisgevingsformulier STOP behandeling**
   1. U dient deze naar uw verzekering te sturen binnen de 2 weken na de stop van uw actieve behandeling met moveUP. Vul de reden van stop en de stopdatum in en handteken ook zelf.
   2. De handtekening van de chirurg en de behandelende kinesitherapeut is vereist.
   3. U laat dit papier best bij aanvang van de behandeling tekenen door de kinesitherapeut die de informatie sessie geeft, samen met het kennisgevingsformulier bij de start van de behandeling. Bij stop vult u dan zelf de datum in en de reden van stop (als vervroegd, anders: einde revalidatie) en verstuurt dit naar uw verzekering.
3. **Voorschrift kinesitherapie met moveUP**
   1. U zal op het einde van uw revalidatie een getuigschrift van verstrekte zorg ontvangen. Voeg uw voorschrift toe bij het ontvangen getuigschrift en breng dit binnen bij uw mutualiteit.
   2. Via het getuigschrift van verstrekte zorg mét voorschrift zal u de terugbetaling via de mutualiteit ontvangen.
   3. Voor terugbetaling via uw hospitalisatieverzekering, volgt u de stappen zoals door uw verzekeraar zijn doorgegeven.

## Kennisgevingsformulier START behandeling

Icon

Description automatically generated

**Informatie voor de patiënt: belangrijk voor terugbetaling!**

Dit formulier dient u te laten handtekenen door uw chirurg en de kinesitherapeut die u de infosessie over uw revalidatie met een mobiele applicatie gaat geven. U dient dit ook zelf te handtekenen en op te sturen naar uw mutualiteit binnen de 2 weken nadat u de infosessie van uw kinesist hebt gekregen.

OVEREENKOMST TUSSEN HET VERZEKERINGSCOMITE VAN DE DIENST VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING VAN HET RIZIV, DE KINESITHERAPEUTEN EN ERKENDE VERPLEGINGSINRICHTINGEN

VOOR DE VERGOEDING VAN DE REVALIDATIE VAN PATIËNTEN VOOR EN NA PRIMAIRE KNIE- OF HEUPARTROPLASTIEK MET EEN MOBIELE TOEPASSING

**Kennisgevingsformulier voor verzekeringsinstellingen (cf. art.3.2.2)**

**Identificatie van de patiënt (hierna invullen of kleefbriefje verzekeringsinstelling aanbrengen)**

Naam Voornaam ……………………. …………………….

INSZ-nummer …………………….

**Verzekeringsinstelling: ……………..**

**Indicatie + datum van de operatie : ………………….**

* primaire unilaterale unicompartimentale knieartroplastiek (UKA),
* primaire bicompartimenale knieartroplastiek (BKA, bestaande uit 2 UKA’s of 1 UKA en een patellofemorale artroplastiek
* primaire totale knieartroplastiek (TKA)
* primaire totale heupartroplastiek (THA)

1. **Datum van intake van de patiënt (preoperatieve fase)** : …………….
2. **Datum van ontslag uit het ziekenhuis**: ………………..
3. **Einddatum van de revalidatie of datum van stopzetting met ondersteuning door een mobiele toepassing (+redenen)** : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Identificatie van de arts-specialist in de orthopedische heelkunde of arts-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie**

Naam Voornaam …………………… RIZIV nr. …………………. *(of stempel met deze informatie)*

**Identificatie van de kinesitherapeut**

Naam Voornaam …………………… RIZIV nr. …………………. *(of stempel met deze informatie)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum en handtekening arts-specialist** | **Datum en handtekening Kinesitherapeut** | **Datum en handtekening patiënten** |

## Kennisgevingsformulier STOP behandeling

Icon

Description automatically generated

**Informatie voor de patiënt: belangrijk voor terugbetaling!**

Dit formulier dient u te laten handtekenen door uw chirurg en de kinesist die u de info sessie over moveUP gaat geven. U dient dit ook zelf te handtekenen en op te sturen naar uw mutualiteit binnen de 2 weken **nadat uw actieve behandeling met moveUP is gestopt.**

OVEREENKOMST TUSSEN HET VERZEKERINGSCOMITE VAN DE DIENST VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING VAN HET RIZIV, DE KINESITHERAPEUTEN EN ERKENDE VERPLEGINGSINRICHTINGEN

VOOR DE VERGOEDING VAN DE REVALIDATIE VAN PATIËNTEN VOOR EN NA PRIMAIRE KNIE- OF HEUPARTROPLASTIEK MET EEN MOBIELE TOEPASSING

**Kennisgevingsformulier voor verzekeringsinstellingen (cf. art.3.2.2)**

**Identificatie van de patiënt (hierna invullen of kleefbriefje verzekeringsinstelling aanbrengen)**

Naam Voornaam ……………………. …………………….

INSZ-nummer …………………….

**Verzekeringsinstelling: ……………..**

**Indicatie + datum van de operatie : ………………….**

* primaire unilaterale unicompartimentale knieartroplastiek (UKA),
* primaire bicompartimenale knieartroplastiek (BKA, bestaande uit 2 UKA’s of 1 UKA en een patellofemorale artroplastiek
* primaire totale knieartroplastiek (TKA)
* primaire totale heupartroplastiek (THA)

1. **Datum van intake van de patiënt (preoperatieve fase)** : …………….
2. **Datum van ontslag uit het ziekenhuis**: ………………..
3. **Einddatum van de revalidatie of datum van stopzetting met ondersteuning door een mobiele toepassing (+redenen)** : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Identificatie van de arts-specialist in de orthopedische heelkunde of arts-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie**

Naam Voornaam …………………… RIZIV nr. …………………. *(of stempel met deze informatie)*

**Identificatie van de kinesitherapeut**

Naam Voornaam …………………… RIZIV nr. …………………. *(of stempel met deze informatie)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum en handtekening arts-specialist** | **Datum en handtekening Kinesitherapeut** | **Datum en handtekening patiënten** |

Dienst Orthopedie

## Voorschrift kinesitherapie

Qr code

Description automatically generatedIcon

Description automatically generated

**Informatie voor de patiënt: belangrijk voor terugbetaling!**

Dit voorschrift, gehandtekend door uw chirurg dient u op te sturen naar uw mutualiteit samen met het getuigschrift van de kinesist die u op het einde van uw behandeling ontvangt.

Ook dient u een kopie hiervan te uploaden in de moveUP app.

Hier vindt u de instructies hoe dit te doen (u kan ook de QR code scannen om naar deze webpagina te gaan):

<https://support.orthopedics.moveup.care/nl/?p=1638>

**VOORSCHRIFT KINESITHERAPIE**

Naam en voornaam van de patiënt: …………………………………………………..

Aard van behandeling: **Tele-revalidatie**

* Gangrevalidatie met krukken
* Herstel mobiliteit
* Functionele spier versterkende oefeningen

Nomenclatuur :

* Totaalprothese heup Links / Rechts 289085 N588
* Totaalprothese knie Links / Rechts 290286 N588
* Unicompartimentele knieartroplastiek (UKA) L/R  290253
* Primaire bicompartimenele knieartroplastiek (BKA) L/R   290264
* Revisie totaalprothese heup Links / Rechts 293440 N850
* Revisie totaalprothese knie Links / Rechts 293462 N850

Aantal sessies: ……..

Patiënt kan de woning wel/niet autonoom verlaten wegens medische redenen.

(Operatie)datum en handtekening van de voorschrijver:

(Operatie) Datum: ………………………

Naam chirurg: …………………………………  
RIZIV Nummer chirurg: ………………