

Veelvoorkomende vragen vergoeding fysiotherapie

Sinds enkele jaren zit fysiotherapie niet meer in de basisverzekering, maar wordt behandeling wel vergoed vanuit de aanvullende verzekering. Hierbij wordt er eveneens geen aanspraak op het eigen risico gedaan. Ook kunt u zonder verwijzing van een arts bij ons terecht.

Vergoeding kinderfysiotherapie:

Kinderfysiotherapie wordt vergoed vanuit het basispakket. Wanneer meer dan 9 behandelingen nodig zijn, kan de behandeling verlengd worden met nog eens 9 behandelingen vanuit de basisverzekering. Daarna gaat een eventuele aanvullende verzekering in. Chronische aandoeningen bij kinderen worden vanaf de eerste behandeling in de basisverzekering vergoed. Kinderen zijn eveneens vrijgesteld van het eigen risico.

Vergoeding bij een chronische indicatie:

De overheid heeft een lijst samengesteld met zogenaamde chronische indicaties. Het betreft een lijst met aandoeningen waarbij de vergoeding voor fysiotherapie grotendeels vanuit de basisverzekering geregeld wordt. Alleen wanneer deze aandoening voorkomt op de lijst (de zogenaamde 'lijst Borst') is er sprake van een chronische indicatie.



Ik heb een chronische aandoening. Waarom wordt dit niet vergoed door mijn zorgverzekeraar?

Er is vaak verwarring tussen een chronische klacht (of aandoening) en een chronische indicatie. Ook al heeft u al heel erg lang klachten, dan wil dit niet zeggen dat u ook een chronische indicatie heeft. En ook als uw aandoening chronisch is, is het niet altijd zo dat deze ook voorkomt op de lijst van de overheid met chronische indicaties.

Alleen wanneer uw aandoening voorkomt op de lijst die door de overheid is samengesteld, spreken we van een chronische indicatie. En alleen dan komen uw behandelingen in aanmerking voor vergoeding vanuit de basisverzekering.

Ik heb een verwijzing met een chronische indicatie. Hoe zit het met de vergoeding door mijn zorgverzekeraar?

De vergoeding van behandelingen in verband met een chronische indicatie wordt vanaf de 21e behandeling bij iedereen vanuit de basisverzekering vergoed.

De eerste 20 behandelingen worden vanuit de aanvullende verzekering vergoed. Heeft u een aanvullende verzekering maar zit er voor minder dan 20 behandelingen fysiotherapie vergoeding in, dan zult u dat deel zelf moeten betalen. Bent u niet aanvullend verzekerd, dan zult u deze eerste 20 behandelingen zelf moeten betalen. De kosten voor 20 behandelingen bij de grote zorgverzekeraars bedragen gemiddeld bij behandeling: In de Praktijk € 600,- aan Huis € 900,- en in Tehuis € 800,-. Raadpleeg voor alle duidelijkheid uw eigen polis.

Ik heb een chronische indicatie. Nu krijg ik toch een rekening van mijn zorgverzekeraar voor de fysiotherapeutische behandelingen. Hoe kan dit?

Er kunnen twee redenen zijn waarom u toch behandelingen (gedeeltelijk) zelf moet betalen:

- Het heeft te maken met de eerste 20 behandelingen. Zie uitleg vorige vraag.
- Het heeft te maken met uw (verplichte) eigen risico van € 360,-. Dit eigen risico wordt vanaf de 21e behandeling eerst opgemaakt.

LET OP: Bovenstaande geld alleen indien er eerder in het kalenderjaar geen fysiotherapie(of andere beweegzorg) heeft plaatsgevonden. Daarom kunt u ook geen rechten ontlenen aan bovenstaande, voor de juiste informatie verwijzen wij u door naar uw zorgverzekeraar