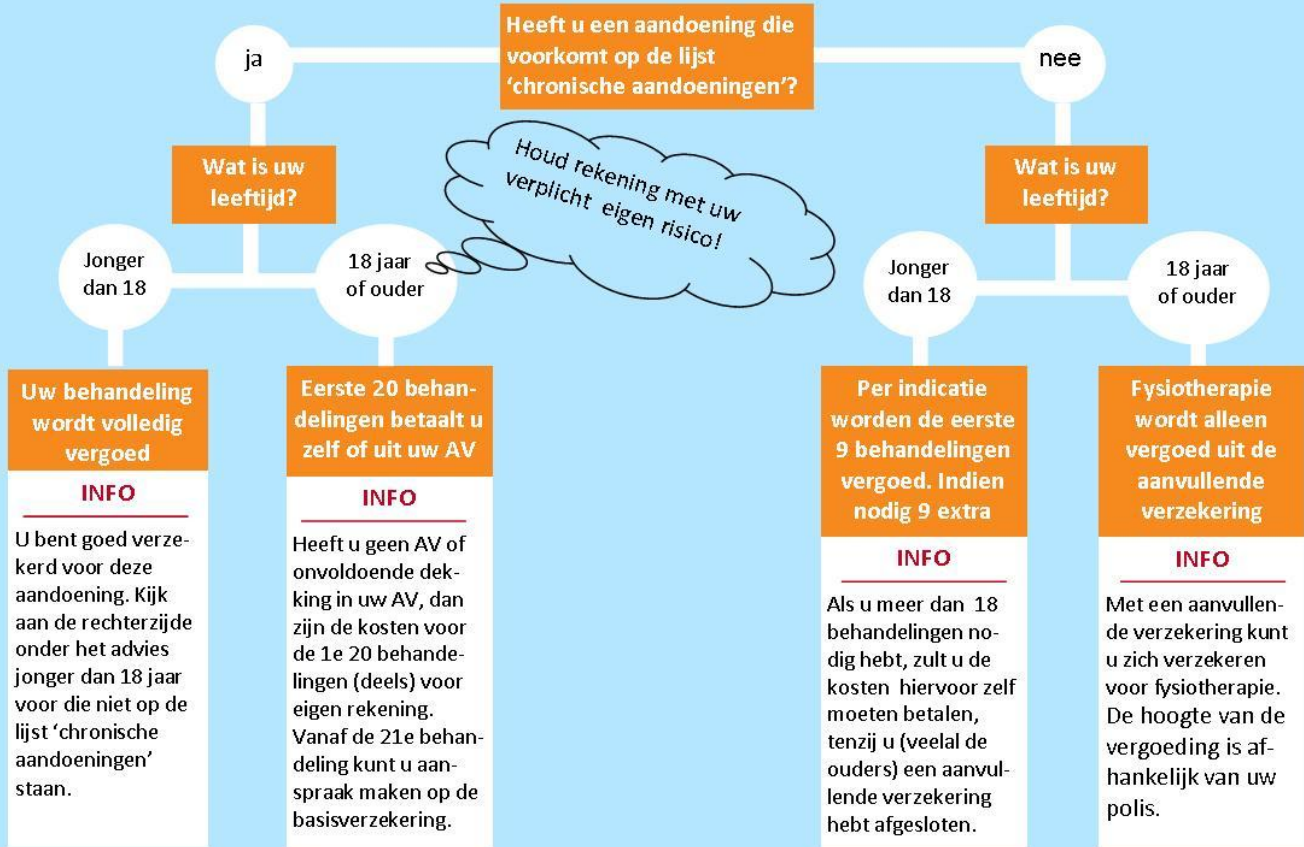


U HEEFT EEN CHRONISCHE INDICATIE VOOR FYSIOTHERAPIE? WAT BETEKENT DAT?



BEL VOOR MEER INFORMATIE MET 0320 26 5000 of 038 303 1010 OF KUK OP ONZE WEBSITE WWW.TOPFIT-FYSIOTHERAPIE.NL

Wat is een chronische indicatie?

Bepaalde aandoeningen komen voor op een lijst die door de overheid is samengesteld (ook wel 'lijst Borst' genoemd). Dit kan bijvoorbeeld gaan om (langdurige of steeds terugkerende) gezondheidsproblemen of om een operatie die u heeft ondergaan. Voor deze aandoeningen wordt fysiotherapie vergoed uit de basisverzekering. Bij sommige aandoeningen is de vergoeding onbeperkt, in andere gevallen is er een tijdslimiet vastgesteld. Na operaties geldt doorgaans een vergoeding van maximaal één jaar. Uw fysiotherapeut kan u informeren of uw aandoening op de lijst staat.

Wordt de behandeling vergoed?

Heeft u een aandoening die op de [lijst 'chronische aandoeningen'](#) voorkomt? Dan zult u de eerste 20 behandelingen zelf moeten betalen of worden deze vanuit uw aanvullende verzekering voldaan voor zover verzekerd. Vanaf de 21^e behandeling wordt fysiotherapie vergoed uit de basisverzekering. Het is wel mogelijk dat (eerst) uw eigen risico wordt aangesproken voor deze behandelingen.

Wat gebeurt er in een nieuw kalenderjaar?

Voor elke indicatie geldt dat de eerste 20 behandelingen **eenmalig niet** vergoed worden. Zowel bij langdurige behandeling (over de jaarwisseling heen bijvoorbeeld) als bij overstappen van verzekeraar kunnen deze behandelingen **niet** opnieuw in rekening gebracht worden. U moet echter wel jaarlijks eerst uw eigen risico betalen (als u deze nog niet heeft betaald voor andere zorg).

Hoe zit het met het eigen risico?

Het verplicht eigen risico (eventueel verhoogd met een vrijwillig eigen risico) is een bedrag *per jaar* voor alle zorgaanspraken uit de basisverzekering. Stel u heeft in 2015 zorg genoten voor een bepaalde aandoening en u heeft uw eigen risico betaald. Wanneer de behandeling voor deze aandoening doorloopt in 2016 zal in 2016 weer eerst het eigen risico worden aangesproken. In 2016 geldt een verplicht eigen risico van € 385 per jaar.

Heeft u een verwijzing nodig?

Voor fysiotherapie bij een chronische indicatie heeft u altijd een verwijzing nodig van uw huisarts, een bedrijfsarts of een medisch specialist.

Bent u jonger dan 18 jaar?

Voor jongeren onder de 18 jaar wordt fysiotherapie voor aandoeningen die op de lijst 'chronische aandoeningen' staan, volledig vergoed. Ook het verplicht eigen risico is **niet** van toepassing bij de behandeling van kinderen tot 18 jaar.

Voorbeelden

- 1. U heeft geen aanvullende verzekering en komt bij de fysiotherapeut met een chronische indicatie**
U krijgt dan een rekening van de zorgverzekeraar of van ons voor de eerste 20 behandelingen. Vanaf de 21^e behandeling wordt de behandeling vergoed vanuit de basisverzekering. De kosten voor deze behandelingen worden meegeteld voor het verplicht eigen risico, voor zover u deze nog niet heeft betaald voor andere zorg.
- 2. U heeft een aanvullende verzekering voor 9 behandelingen fysiotherapie en komt bij de fysiotherapeut met een chronische indicatie**
De eerste 9 behandelingen worden vergoed vanuit uw aanvullende verzekering. Voor de resterende 11 behandelingen krijgt u een rekening van de zorgverzekeraar of van ons. Deze 11 behandelingen tellen **niet** mee voor het verplicht eigen risico.
- 3. U heeft een aanvullende verzekering voor 9 behandelingen fysiotherapie en komt bij de fysiotherapeut met een chronische indicatie en bent in hetzelfde kalenderjaar ook al behandeld voor andere klachten**
Heeft u in hetzelfde kalenderjaar bijvoorbeeld al 4 behandelingen fysiotherapie gehad voor andere klachten, dan krijgt u vijf behandelingen vergoed vanuit uw aanvullende verzekering. In dat geval ontvangt u nog een rekening voor de resterende 15 behandelingen. Deze 15 behandelingen tellen **niet** mee voor het verplicht eigen risico.
- 4. U heeft een aanvullende verzekering voor 27 behandelingen fysiotherapie en komt bij de fysiotherapeut met een chronische indicatie**
De eerste 20 behandelingen worden dan vergoed vanuit uw aanvullende verzekering. Vanaf de 21^e behandeling wordt de behandeling vergoed vanuit de basisverzekering. De kosten voor behandeling vanaf de 21^e behandeling worden **wel** meegeteld voor het verplicht eigen risico, voor zover u deze nog niet heeft betaald voor andere zorg (bijvoorbeeld een operatie, medicijnen, behandeling door medisch specialist).
- 5. U krijgt in één jaar te maken met twee verschillende aandoeningen waarvoor een chronische indicatie geldt**
In dat geval krijgt u voor beide indicaties te maken met het feit dat de eerste 20 behandelingen vanuit uw aanvullende verzekering of door uzelf bekostigd moeten worden. Het verplicht eigen risico van € 385 geldt éénmaal per kalenderjaar voor de kosten van fysiotherapie en/of andere zorg.

Let op: loopt de behandeling door in een **nieuw kalenderjaar** dan worden de kosten voor de behandeling weer meegeteld voor het verplicht eigen risico in het nieuwe kalenderjaar. Dit geldt **niet** voor de eerste 20 behandelingen.