



Centrum voor Fysiotherapie & Medische Fitness

Meerssen • Hulsberg

Wat is 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. Er is voor deze vergoeding een verwijzing door een arts of specialist nodig. Op de verwijzing voor de fysiotherapeut vermeldt de arts of specialist uw aandoening. Alleen wanneer deze aandoening voorkomt op de lijst (de zogenaamde 'lijst Borst') is er sprake van een chronische indicatie.

Of er op uw verwijzing een chronische indicatie staat vermeld controleren wij uiteraard voor u. Wij zullen dit dan ook op de juiste manier bij uw zorgverzekeraar declareren. U hoeft dit niet zelf in de gaten te houden.

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.