

Chronische indicatie

- De lijst voor chronische indicatie voor fysiotherapie en oefentherapie is nationaal breed en wordt bepaald vanuit de rijksoverheid en de zorgverzekeraars. Wij als fysiotherapie praktijk zijn verplicht op deze manier de behandelingen te declareren.
- Een chronische indicatie voor fysiotherapie krijgt u niet automatisch als u een chronische aandoening heeft. Een chronische indicatie kan toegepast worden als de relevante indicatie code (naar aandoening en hulpvraag) voorkomt op de 'lijst van Borst'. Dit is een lijst met aandoeningen voor langdurige of periodieke fysiotherapie en oefentherapie. Deze lijst wordt jaarlijks herzien door de Rijksoverheid en de zorgverzekeraars.
- Het is niet mogelijk om een indicatie te gebruiken die geen betrekking heeft op uw aandoening en hulpvraag. Deze moeten gerelateerd zijn aan elkaar.
- Voor een chronische indicatie heeft u altijd een verwijzing nodig van een arts.
- Als uw aandoening/hulpvraag onder een chronische indicatie valt zal uw therapeut u daarover informeren.
- Chronische indicaties zijn voor 6 maanden, 12 maanden, 24 maanden of onbeperkt geldig. Sommige verzekeringen willen graag, bij een onbeperkte indicatie, na 2 jaar, een nieuwe verwijzing ontvangen. De verzekering wil in dat geval nagaan of de chronische indicatie nog van toepassing is. Als dit nodig is zal uw therapeut u hierover informeren. U hoeft dan niet weer helemaal opnieuw te beginnen als de aandoening/hulpvraag nog aanwezig is. U blijft dan gewoon verder gaan in de basisverzekering.
- Het kan voorkomen dat u onder behandeling bent van meerdere fysiotherapeuten/oefentherapeuten voor verschillende hulpvragen, en u wordt door 1 therapeut gezien onder een chronische indicatie. Dit betekent dan niet dat u automatisch door de andere therapeut ook onder een chronische indicatie gezien kan worden. Bijvoorbeeld; als u een chronische indicatie heeft voor oedeemtherapie, dan kan de manueeltherapeut daar geen gebruik van maken. Deze code kan alleen bij een oedeemtherapeut toegepast worden. Uw behandelingen bij de andere therapeut zullen dus of voor de aanvullende verzekering zijn of voor eigen kosten.
- Bij een chronische indicatie zullen de eerste 20 behandelingen voor de aanvullende verzekering zijn of (indien u dit niet heeft) voor eigen kosten. Vanaf 21 behandelingen zal dit uit de basisverzekering komen. Dit heeft een direct effect op uw eigen risico, mocht dit nog niet opgebruikt zijn.

Bijvoorbeeld; U bent aanvullend verzekerd voor 9 fysiotherapie behandelingen en u heeft recht op een chronische code. Dan gebruikt u 9 van de aanvullende verzekering, 11 voor eigen kosten en vanaf 21 vanuit de basisverzekering.

U dient contact op te nemen met uw zorgverzekeraar om na te gaan voor hoeveel behandelingen u aanvullend verzekerd bent. U bent zelf verantwoordelijk dit goed in de gaten te houden.

- Als u behandelingen krijgt die voor uw eigen kosten zijn, dan zult u hier vanuit de praktijk een rekening van ontvangen. In sommige gevallen kan het zijn dat de betaling vanuit de verzekering gedaan zal worden. U bent in beide gevallen wettelijk verplicht dit te betalen.
- Behandeld worden onder een chronische indicatie betekent niet dat u recht heeft op heel veel fysiotherapie. U krijgt de hoeveelheid behandelingen die nodig is aan de hand van uw aandoening en hulpvraag. Dit zal altijd in overleg zijn met uw therapeut en is tevens afhankelijk van de mogelijkheden binnen de agenda.
- Mocht u naar een andere fysiotherapeut (in een andere praktijk) gaan of van komen, dan is het van belang, bij een chronische indicatie, dat u weet onder welke code gedeclareerd is en hoeveel behandelingen u heeft gehad met de betreffende chronische indicatie. Op die manier kan de nieuw fysiotherapeut weer verder gaan op het traject en is het niet noodzakelijk om de telling (van eerst 20 uit de aanvullende verzekering of voor eigen kosten) opnieuw te beginnen.
- Mocht u al een tijdje (meer dan 3 maanden) niet gezien zijn voor uw aandoening/ hulpvraag met de chronische indicatie en heeft u hier nog wel recht op, dan is de kans aanwezig dat u weer opnieuw moet beginnen met 'eerst 20 uit de aanvullende verzekering of voor eigen kosten, vanaf 21 uit de basisverzekering'.
- In uitzonderlijke situaties kan het zo zijn dat er gelijk vanuit de basisverzekering (bijvoorbeeld bij COPD) gedeclareerd kan worden. Dit heeft dan wel een effect op het eigen risico. U heeft hierbij een verwijzing nodig van een arts waarbij duidelijk aangegeven wordt waarvoor u verwezen bent.
- Voor meer informatie kunt u contact op nemen met uw eigen verzekering. Het is van belang voor uzelf om goed op de hoogte te zijn hoe u aanvullend verzekerd bent voor fysiotherapie en oefentherapie.