Belangrijke informatie voor patiënten die poliklinisch worden behandeld door onze fysiotherapeuten

Vergoeding fysiotherapie

Het is belangrijk dat u goed op de hoogte bent van de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering. Zorg dat u vóór de eerste behandeling weet of u in aanmerking komt voor vergoeding van de fysiotherapeutische zorg door uw zorgverzekeraar. Zo komt u achteraf niet voor verrassingen te staan.

Weet u niet zeker of u voor vergoeding van fysiotherapeutische zorg in aanmerking komt? Neem dan contact op met uw zorgverzekeraar!

*Wat valt onder de **basisverzekering**?*

Volwassenen (ouder dan 18 jaar)

1. Recht op fysiotherapie vanaf de 20ste behandeling voor aandoeningen die staan vermeld op de 'chronische lijst' ('lijst Borst').
   Voor informatie hierover kunt u terecht bij uw fysiotherapeut.
2. ***Bij urine-incontinentie***
   - ➢ recht op de eerste 9 behandelingen fysiotherapie.

Jongeren (tot 18 jaar)

Recht op fysiotherapie voor de eerste 18 behandelingen.
Hierna hangt het af van de diagnose.

- Indien 'lijst Borst': dan vervolg in de basisverzekering.
- Indien niet 'lijst Borst': dan vervolg in het aanvullende pakket.

Let op:

- Bij de basisverzekering geldt ieder jaar met ingang van 1 januari een **verplicht eigen risico** (minimaal € 385,-). U komt in aanmerking voor vergoeding van zorgkosten nadat de kosten het eigen risico hebben overschreden. **Het eigen risico geldt niet wanneer u aanvullend bent verzekerd.**
- Bij sommige zorgverzekeraars moet u vooraf een **machtiging** vragen. Pas als u een machtiging heeft, krijgt u de kosten vergoed.

*Wat valt onder de **aanvullende verzekering**?*

1. De eerste 20 behandelingen bij aandoeningen die op genoemde 'chronische lijst' staan (lijst 'Borst').
2. Alle overige diagnoses (redenen) voor behandeling.
   Het aantal behandelingen dat u vergoed krijgt, is per verzekeraar, of per pakket per verzekeraar, wisselend en geldt over het algemeen per kalenderjaar (en dus niet per aandoening).

N.B:

De wijze waarop u verzekerd bent is een overeenkomst tussen u en uw zorgverzekeraar. Het IJsselland Ziekenhuis heeft hier geen gedetailleerde informatie over en kan niet aansprakelijk worden gesteld voor onverwachte rekeningen die u ontvangt van uw zorgverzekeraar. Neem daarom bij twijfel over de vergoeding altijd contact op met uw zorgverzekeraar.

Het IJsselland Ziekenhuis sluit in principe met alle zorgverzekeraars contracten voor fysiotherapeutische zorg. Het kan echter voorkomen dat uw verzekeraar (nog) geen contract heeft met het IJsselland Ziekenhuis. In dit geval krijgt u de rekening thuis gestuurd en is het uw eigen verantwoordelijkheid de rekening te declareren. Het is dan tussen u en uw zorgverzekeraar of (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten mogelijk is.

De tarieven die in rekening worden gebracht zijn de zogenoemde 'passantentarieven'. Deze zijn te vinden in de wachtkamer van de afdeling fysiotherapie.

Bent u verhinderd?

Bel dan minimaal 24 uur van tevoren af. Als u uw afspraak met de fysiotherapeut niet nakomt zonder tijdig afmelden dan wordt deze in rekening gebracht.

Heeft u vragen over de vergoeding van fysiotherapeutische zorg in het IJsselland Ziekenhuis?

Dan kunt u terecht bij uw behandelend fysiotherapeut of bij het Secretariaat van de Paramedische Disciplines: **010 – 258 51 55**.