

Voorwaarden en vergoedingen per verzekeraar 2021



Fysiotherapie – GEEN EIGEN RISICO

De fysiotherapeuten van Result Care helpen u om uw klachten te verminderen, uw bewegingsvrijheid te laten groeien en blessures of andere klachten te voorkomen. Binnen Result Care werken verschillende fysiotherapeuten met verschillende aanvullende specialismen zoals dry needling, shockwavetherapie (let op: hier zitten extra kosten aan verbonden), echografie, fasciatherapie, cuppingtherapie, triggerpointtherapie en medical taping.

Basisverzekering

Vanuit de basisverzekering wordt fysiotherapie doorgaans niet vergoed. In een enkel geval wel, maar u betaalt hier vaak wel het eigen risico. Reken samen met uw fysiotherapeut uit of dit voor u wel of niet verstandig is.

Soort fysiotherapie	Dekking basisverzekering Let op: dit kan niet zonder verwijzing**	Eigen risico
Fysiotherapie bij een chronische aandoening die staat op de 'chronische lijst'.	Ja, vergoeding op basis van de indicatie. De eerste 20 behandelingen dient u (eenmalig) zelf te betalen. Dit geldt per indicatie.	Ja
Fysiotherapie bij artrose aan de knie of heup.	Ja, maximaal 12 behandelingen oefentherapie in 12 maanden. Dit is eenmalig.	Ja
Bekkenfysiotherapie bij urineverlies.	Ja, éénmalig 9 behandelingen vergoed.	Ja
Fysiotherapie voor de behandeling van etalagebenen.	Ja, maximaal 37 behandelingen per jaar.	Ja
Fysiotherapie tijdens een ziekenhuisopname.	Ja, voor zover er behandelingen nodig zijn.	Ja
Overige fysiotherapie.	Nee, alleen vergoed via aanvullende verzekering.	Nee

Vanuit de basisverzekering wordt fysiotherapie dus soms vergoed. Leest u alstublieft de voorwaarden goed door. Het kan namelijk zo zijn dat u de eerste behandelingen vanuit uw aanvullende verzekering moet betalen. Bent u niet aanvullend verzekerd? Dan moet u deze behandelingen uit uw eigen zak betalen.

Daarnaast is het verstandig om te kijken naar de behandelingen die u zelf moet betalen vanuit uw eigen risico. U ziet dit bijvoorbeeld bij 'fysiotherapie bij artrose aan de knie of heup'. Als u 12 behandelingen zelf betaalt, betaalt u eigenlijk $12 \times \text{€}33,50 = \text{€}402,-$. Dit bedrag komt overeen met uw eigen risico van €385,- (minimum vastgesteld eigen risico in 2020). Dat houdt in dat u uw behandelingen alsnog zelf moet betalen, tenzij uw eigen risico al volledig gebruikt is.

Chiropractie, fysiotherapie, coaching, sport – gratis sporten tijdens uw behandeltraject

Voorwaarden en vergoedingen per verzekeraar 2021



Chronische lijst

In de chronische lijst staan aandoeningen en aangeboren afwijkingen waarbij fysiotherapie een belangrijke rol speelt. De gezondheid van de patiënt wordt dusdanig bevorderd dat de fysiotherapie (volledig) vergoed wordt vanaf de 20^e behandeling.

- De eerste 20 behandelingen dient u zelf te betalen óf worden vanuit uw aanvullend pakket gebruikt.
- ** Voor een chronische indicatie dient u wel een verwijzing van uw specialist te hebben. Dit is dus niet uw huisarts. Alleen bij artrose knie of heup is een verwijzing van de huisarts voldoende.
- U dient eerst een chronische verwijzing van uw specialist of arts te hebben ingediend bij uw zorgverzekeraar voordat de behandelingen vergoed worden. Wij kunnen dit niet voor u verzorgen.

Vergoedingen basisverzekering kinderen (tot 18 jaar)

Soort fysiotherapie	Dekking basisverzekering	Eigen risico
Fysiotherapie bij een chronische aandoening die staat op de 'chronische lijst'.	Ja, vergoeding op basis van de indicatie. De eerste 20 behandelingen dient u (eenmalig) zelf te betalen. Dit geldt per indicatie.	Nee
Fysiotherapie bij artrose aan de knie of heup.	Ja, maximaal 12 behandelingen oefentherapie in 12 maanden. Dit is eenmalig.	Nee
Bekkenfysiotherapie bij urineverlies.	Ja, éénmalig 9 behandelingen vergoed.	Nee
Fysiotherapie voor de behandeling van etalagebenen.	Ja, maximaal 37 behandelingen per jaar.	Nee
Fysiotherapie tijdens een ziekenhuisopname.	Ja, voor zover er behandelingen nodig zijn.	Nee
Overige fysiotherapie.	Ja, vergoeding van de eerste 9 behandelingen. Indien noodzakelijk 9 extra behandelingen (na toestemming van de zorgverzekeraar).	Nee

Vergoeding bij aanvullende verzekeringen

Mensen met klachten die niet op de chronische lijst staan, kunnen zichzelf verzekeren voor fysiotherapie. Result Care heeft contracten met elke zorgverzekeraar, waardoor u altijd het maximale bedrag terugkrijgt van uw zorgverzekeraar. Het is afhankelijk van uw zorgverzekeraar welk bedrag dit precies is per behandeling en voor hoeveel behandelingen u verzekerd bent. Check uw polis bij uw eigen zorgverzekeraar om hier uitsluitsel over te krijgen.

Chiropractie, fysiotherapie, coaching, sport – gratis sporten tijdens uw behandeltraject

Voorwaarden en vergoedingen per verzekeraar 2021



Let op: het is niet altijd goedkoper om u te verzekeren voor fysiotherapie.

Voorwaarden aanvullende verzekering

- U heeft geen verwijfsbrief nodig van uw huisarts om de behandelingen uit uw aanvullende pakket volledig vergoed te krijgen bij Result Care.
- Result Care heeft contracten met alle zorgverzekeraars.
- U betaalt GEEN EIGEN RISICO.

Voorwaarden en vergoedingen per verzekeraar 2021



Chiropractie – GEEN EIGEN RISICO

Alle chiropractoren binnen Result Care zijn aangesloten bij de beroepsvereniging SCN – Stichting Chiropractie Nederland. Deze stichting wordt door alle zorgverzekeraars erkend. Daarnaast zijn de chiropractoren binnen Result Care aangesloten bij de NCA – Nederlandse Chiropractoren Associatie of DCF – Dutch Chiropractic Federation. Ook deze twee beroepsverenigingen worden erkend door alle zorgverzekeraars.

Basisverzekering

Vanuit de basisverzekering wordt er niets vergoed. Wilt u een vergoeding voor chiropractie? Dan dient u zich te verzekeren via een aanvullend pakket.

Vergoedingen bij aanvullende verzekeringen

Veel verzekeraars vergoeden een deel van de kosten per behandeling. Zo wordt er vaak maximaal een x-bedrag per behandeling, per dag vergoed.

Ook is er vaak een maximum bedrag per jaar dat vergoed wordt. Krijgt u dus maximaal €450,- per jaar vergoed en per behandeling €45,-? Dan krijgt u dus (een deel van) 10 behandelingen vergoed.

Bij een aantal verzekeraars wordt chiropractie als alternatieve bewegingstherapie vergoed onder de noemer 'beweegzorg'. Vergoeding van chiropractie valt dan bijvoorbeeld samen met vergoeding voor fysiotherapie en osteopathie. Krijgt u een aantal behandelingen vergoed? Dan kan het zijn dat fysiotherapie én chiropractie dus uit hetzelfde 'potje' komen.

Vaak valt chiropractie binnen één noemer: alternatieve geneeswijzen. Dat betekent dat ook acupunctuur, EMDR, haptotherapie en andere geneeswijzen ook worden vergoed vanuit dit potje.

Heeft u een maximale dagvergoeding? Plan dan niet twee afspraken binnen het potje alternatieve geneeswijzen op één dag.

Voorwaarden en vergoedingen per verzekeraar 2021



Als u uw zorgkosten niet kunt declareren bij uw zorgverzekeraar...

Maakt u gedurende een langere periode relatief veel zorgkosten die u niet kunt declareren bij uw zorgverzekeraar? Dan zijn deze kosten allemaal voor uw eigen rekening. De belasting over deze zorgkosten kunt u terugvragen bij uw belastingaangifte.

Drempelbedrag

Komen uw zorgkosten boven een bepaald drempelbedrag uit? Dan kunt u deze gemaakte kosten soms (gedeeltelijk) terugvragen. Het drempelbedrag is inkomensafhankelijk en dient u te checken bij uw belastingaangifte.

De kosten die u kunt aangeven bij het doen van uw belastingaangifte staan hieronder opgesomd (bron: Nibud, 2018). Bewaar dus altijd uw rekeningen van de kosten die niet gedekt worden door uw verzekering en dien deze in bij uw belastingaangifte.

- Medische hulp
- Medicijnen (op voorschrift arts)*
- Hulpmiddelen (bijvoorbeeld steunzolen, kunstgebit)*
- Uitgaven extra gezinshulp in verband met ziekte*
- Extra uitgaven dieet (medisch voorschrift)*
- Extra uitgaven voor kleding en beddengoed: 300 euro (of 750 euro als u meer dan 600 euro per jaar aan kosten hebt)*
- Vervoerskosten naar een arts of ziekenhuis en hogere vervoerskosten vanwege ziekte of handicap: werkelijke uitgaven per kilometer*
- Reiskosten naar partner of inwonende kinderen in verband met ziekte (alleen als de afstand voor een enkele reis meer dan 10 km is): 0,19 euro per autokilometer of werkelijke openbaar vervoerskosten*

Bewaar dus altijd uw rekeningen rondom zorgkosten!

Het drempelbedrag voor aftrek van uw zorgkosten wordt elk jaar bijgesteld. Bekijk voor het actuele drempelbedrag de website van de belastingdienst: www.belastingdienst.nl