



CHRONISCHE INDICATIE

VERGOED VANUIT DE BASISVERZEKERING

Heb je een chronische klacht? Dan kan het zijn dat je in aanmerking komt voor een Chronische Aandoening/Indicatie. In dat geval vergoedt je zorgverzekeraar jouw behandelingen (vanaf de 21e behandeling) vanuit de basisverzekering.

KOM JE IN AANMERKING?

Ook als je een chronische klacht hebt, kom je niet altijd in aanmerking voor een Chronische Indicatie. Jouw klacht is een Chronische Aandoening/Indicatie voor de verzekeringswet als deze voorkomt op Bijlage 1. van Besluit

Zorgverzekering, ook wel bekend als de Lijst Borst. Deze kan je vinden op www.zorgvergoeding.com. In deze folder vind je ook een lijst met chronische aandoeningen die we vaker terugzien bij Fysius.

WAT HEB JE NODIG?

Om een behandeltraject te starten met een Chronische Indicatie, hebben wij een verwijzing van je huisarts of specialist nodig. Neem deze mee naar je afspraak bij Fysius. Zorg dat je verwijzing voldoet aan de volgende voorwaarden:

- 1 De verwijzing is opgesteld door je huisarts of specialist;
- 2 Jouw specifieke Chronische Aandoening staat op de verwijzing en komt exact overeen met de omschrijving van Lijst Borst;
- 3 Heb je een operatie gehad die volgens Lijst Borst in aanmerking komt? Dan moet de operatiedatum ook op de verwijzing staan;
- 4 De verwijsdatum mag niet later zijn dan de dag dat je start met het chronische behandeltraject bij Fysius.

VOORBEELD VERWIJZING
VERWIJSDATUM: 25-01-2021
CHRONISCHE AANDOENING: Scoliose progressief
OPERATIEDATUM: 01-02-2021

BEN JE EERST ERGENS ANDERS BEHANDELD?

Is je chronische behandeltraject al gestart bij een andere praktijk, maar wil je nu bij Fysius in behandeling? Dat kan! In dat geval hebben we het volgende van je nodig:

- De verwijzing, opgesteld door een huisarts of specialist, voorzien van exacte omschrijving van je Chronische Aandoening en eventueel van een operatiedatum (zie hierboven);
- De startdatum van het eerdere chronische traject bij de andere praktijk;
- Het aantal behandelingen (met indicatiecode 008) dat de andere praktijk al heeft gedeclareerd bij je zorgverzekeraar;
- De exacte chronische diagnosecode waarmee de vorige praktijk je behandelingen declareerde.

Deze gegevens kun je opvragen bij jouw vorige praktijk.

WANNEER KAN JE STARTEN?

Als jouw klacht aan de benoemde punten voldoet én je de benodigde gegevens kunt aanleveren, beoordelen we je aanvraag om te kijken of en wanneer we kunnen starten met een chronisch traject.

Jouw Rugexpert kan je facturatie voor een periode van maximaal twee weken pauzeren wanneer je nog geen verwijzing hebt.

DE VERGOEDING ZIET ER ALS VOLGT UIT:

1^E TOT 20^E BEHANDELING

NIET VERGOED
UIT DE BASISVERZEKERING

- Vergoeding vanuit aanvullende verzekering, of;
- Je betaalt de behandelingen zelf (waarbij je eventueel gebruik kunt maken van ons Rug Vitaal Pakket)

VANAF DE 21^E BEHANDELING

WEL VERGOED
UIT DE BASISVERZEKERING

- **LET OP:** vanaf de 21e behandeling gaan de behandelingen eerst van je eigen risico af.

⚠ UITZONDERING HEUPARTROSE

WEL VERGOED
UIT DE BASISVERZEKERING

- **LET OP:** behandelingen gaan eerst van je eigen risico af
- Max. 12 behandelingen per jaar

⚠ UITZONDERING COVID-19 HERSTELZORG

WEL VERGOED
UIT DE BASISVERZEKERING

- **LET OP:** behandelingen gaan eerst van je eigen risico af
- Max. 12 behandelingen per jaar
- Max. 50 behandelingen in totaal
- Na een periode van een 6 maanden kun je een verlenging aanvragen voor nogmaals 6 maanden. Hier heb je een nieuwe verwijzing voor nodig.

WAT WORDT VERGOED?

Voor verzekerden van 18 jaar en ouder worden de eerste 20 behandelingen vergoed vanuit je aanvullende verzekering, of betaal je de deze zelf. Je kunt hiervoor ook een Rug Vitaal Pakket bij ons afsluiten, wat je behandelingen voordeliger maakt.

Vanaf de 21e behandeling vergoedt je zorgverzekeraar je behandelingen. Let wel op: vanaf de 21e behandeling gaan

de behandelingen eerst van je eigen risico af. Deze vergoeding is wettelijk bepaald. Behandelingen worden nooit opnieuw in rekening gebracht, ook niet bij het overstappen van zorgverzekeraar.

Voor kinderen tot 18 jaar worden alle behandelingen bij een Chronische Aandoening volledig vergoed vanuit de basisverzekering.

CHRONISCHE AANDOENINGEN

OVERZICHT VAN CHRONISCHE AANDOENINGEN DIE WE BIJ FYSIUS VAKER ZIEN

CHRONISCHE LIJST FYSIUS	
OMSCHRIJVING	GELDIGHEID
**05 HNP post-operatief	12 maand
**05 Laminectomie post-operatief	12 maand
**05 Spondylodese post-operatief	12 maand
**11 Scoliose progressief	Onbeperkt
**12 Scoliose aangeboren	Onbeperkt
4021 Frozen shoulder	12 maand
**36 Fractuur na opname	12 maand
**36 Fractuur conservatief	6 maand
**70 Perifere zenuwaandoening met motorische uitval	Onbeperkt
**70 Wervelkanaalstenose met motorische uitval	Onbeperkt
**73 Multiple Sclerose (MS)	Onbeperkt
**75 Radiculair systeem met motorische uitval	3 maand
**76 Dwarslaesie (incl. partieel)	Onbeperkt
**78 Ov. neurologische aandoeningen/spierziekten	Onbeperkt
3038 Whiplash	3 maand met evt. verlenging met 6 maand
6201 Total hip	12 maand
9372 CVA	Onbeperkt

⚠ LET OP: de chronische aandoening moet op de verwijzing exact overeenkomen met de omschrijving hierboven.

WORDEN MIJN BEHANDELINGEN VERGOED?

