

Fysiotherapie

Op zoek naar een fysiotherapeut

Wilt u naar de fysiotherapeut gaan, maar bent u nog op zoek naar een fysiotherapeut die u geschikt vindt? In onze [zorgzoeker](#) kunt u kijken welke gecontracteerde fysiotherapeuten bij u in de buurt zitten en er één uitkiezen.

Wat wordt er vergoed door De Amersfoortse en wat niet?

Bij fysiotherapie gelden verschillende regels. Hoeveel behandelingen er worden vergoed door uw verzekering hangt af van veel verschillende factoren. Zoals uw leeftijd (bent u onder de 18 jaar, of ouder dan 18 jaar), heeft u een verwijzing gekregen van uw huisarts of medisch specialist, voor welke aandoening u wordt behandeld, maar ook hoeveel behandelingen u al heeft ondergaan.

Vergoeding bij 18 jaar of ouder

Basisverzekering

- De eerste t/m 20e behandeling is voor eigen rekening (of een (gedeeltelijke) vergoeding als u een aanvullende verzekering heeft)
- Vanaf de 21e behandeling krijgt u een vergoeding, mits u een aandoening heeft volgens [bijlage 1 besluit zorgverzekering](#). Bij urine incontinentie en claudicatio intermittens is er direct vergoeding vanuit de basisverzekering mogelijk
- Het [eigen risico](#) is van toepassing

Aanvullende verzekering

- Vergoeding vanuit de [aanvullende verzekeringen](#):
 - Aanvulling Compact: 9 behandelingen per kalenderjaar
 - Aanvulling Budget: 12 behandelingen per kalenderjaar
 - Aanvulling Basis: 18 behandelingen per kalenderjaar
 - Aanvulling Uitgebreid: 21 behandelingen per kalenderjaar
 - Aanvulling Optimaal: 36 behandelingen per kalenderjaar
- Geen eigen risico van toepassing

Vergoeding onder 18 jaar

Basisverzekering

- Bij een aandoening volgens bijlage 1 besluit zorgverzekering krijgt u alle behandelingen vergoed
- Als u geen aandoening volgens bijlage 1 besluit zorgverzekering heeft krijgt u 9 behandelingen vergoed. Indien nodig nog 9 extra behandelingen op medische indicatie (als u een verwijzing van een arts of medisch specialist heeft gekregen)
- Geen eigen risico van toepassing

Lees meer over alle vergoedingen en polisvoorwaarden, met alle uitsluitingen en voorwaarden rondom fysiotherapie.

Bent u voor fysiotherapie verzekerd?

Denkt u dat u komend jaar gebruik zal maken van fysiotherapie? Dan kan het handig zijn om u aanvullend te verzekeren. Ook als u gebruik gaat maken van fysiotherapie in verband met een aandoening volgens bijlage 1 besluit zorgverzekering, krijgt u niet alle behandelingen uit de basisverzekering vergoed. Ook in dat geval kan het nuttig zijn om u aanvullend te verzekeren.

Heeft u alleen een basisverzekering en is er geen aandoening volgens bijlage 1 besluit zorgverzekering vastgesteld bij u? Dan worden de kosten niet vanuit de basisverzekering vergoed. Dit betekent dus dat u de kosten zelf moet betalen. Het is belangrijk om hier over na te denken als u zorgverzekering gaat wijzigen.

Tarieven

De tarieven voor fysiotherapie zijn vrijgegeven. Dit betekent dat iedere fysiotherapeut zelf mag bepalen hoeveel hij voor zijn behandeling vraagt. Reguliere fysiotherapie ligt vaak tussen de €29,- en de €40,-. Op de website van de fysiotherapeut waar u naartoe wilt staan vaak prijzen beschreven, zodat u een inschatting kan maken hoeveel de therapie zal kosten. Met veel fysiotherapeuten hebben wij contracten afgesproken en deze zijn te vinden in onze zorgzoeker.

Declareren van de rekening

Moet u de rekeningen zelf declareren?

Als wij een contract met uw fysiotherapeut hebben, dan hoeft u de rekening niet zelf te declareren. De fysiotherapeut kan in dit geval de rekening gelijk naar ons sturen. Wij betalen de fysiotherapeut de rekening. Als daarna blijkt dat u geen dekking (meer) heeft voor behandelingen of nog eigen risico moet betalen, dan sturen wij u hiervoor een rekening.

U kunt bij ons een fysiotherapeut zoeken met wie wij een contract hebben afgesloten. Kijk hiervoor in onze [zorgzoeker](#).

Hebben wij geen contract met de fysiotherapeut waar u heen wilt? Dan kan het zijn dat u de rekening zelf moet declareren bij ons. U ontvangt dan van ons een vergoeding.

Kijk [hier](#) voor meer informatie rondom declareren.

Fysiotherapie voor een aandoening volgens bijlage 1 besluit zorgverzekering

Gaat u naar een fysiotherapeut om behandeld te worden voor een aandoening volgens bijlage 1 besluit zorgverzekering? Dan moet u een verwijzing van een medisch specialist hebben. De behandeling wordt echter alleen vergoed als u behandeld wordt voor een aandoening die staat genoemd in [bijlage 1 besluit zorgverzekering](#). Dit wordt ook wel de chronische lijst of de lijst Borst genoemd.

Als de aandoening voorkomt op deze lijst, dan is het afhankelijk van de aandoening hoeveel behandelingen u vergoed krijgt. Bij sommige aandoeningen is een maximale behandelingsduur van bijvoorbeeld een beperkt aantal maanden. Bij andere aandoeningen kan het zijn dat u voor een langere periode recht heeft op vergoeding.

Wilt u alle informatie lezen over de polisvoorwaarden rondom fysiotherapie? Dan verwijzen wij u graag door naar de pagina met alle [polisvoorwaarden](#).