

Kosten & Vergoedingen

Onderstaande uitleg is van toepassing op de eerstelijns zorg fysiotherapie, manuele therapie, sportfysiotherapie, bekkenfysiotherapie en orofaciale therapie van Lijf & Visie in Soest. Voor meer uitleg over de kosten en vergoedingen van Revalidatiezorg willen we je graag verwijzen naar onze website, onder het kopje Revalidatie.

Hoe werkt de declaratie van mijn fysiotherapie?

Als je gebruik maakt van de diensten van één van de therapeuten bij Lijf & Visie dan worden er kosten gemaakt. Afhankelijk van hoe en in welke mate je verzekerd bent, zullen wij deze kosten declareren bij je zorgverzekeraar of bij jou. Wij raden je ten allen tijde aan om zelf goed je polisvoorwaarden te lezen, zodat je achteraf niet voor verrassingen komt te staan. Het kan zijn dat je niet aanvullend verzekerd bent of een pakket hebt met een beperkt aantal zittingen dat voor vergoeding in aanmerking komt. Hieronder leggen wij je zo zorgvuldig mogelijk uit hoe de declaratie van jouw behandelingen verloopt. Je bent en blijft altijd zelf verantwoordelijk voor de kosten die je maakt voor jouw zorg.

Heb je na het lezen nog vragen, neem dan contact met ons op of vraag het je therapeut.

Ik ben aanvullend verzekerd

De mate waarin wij fysiotherapie voor je kunnen declareren bij je zorgverzekeraar is afhankelijk van welk pakket en het aantal zittingen je hebt afgesloten bij je zorgverzekeraar. Als er meer behandelingen noodzakelijk zijn voor jouw klachten, dan worden de overige behandelingen bij jou in rekening gebracht.

De tarieven van de verzekerde zittingen zijn afhankelijk van het zorgcontract dat Lijf & Visie met je zorgverzekeraar heeft, dit verschilt per verzekeraar. Dit wordt digitaal via een vast codesysteem kenbaar gemaakt door je zorgverzekeraar. De tarieven van behandelingen, die buiten je verzekerde pakket vallen, worden jaarlijks vastgesteld door Lijf & Visie. Je vindt deze op onze website www.lijfenvisie.nl en op onze balie.

Je kunt ten allen tijde in de 'mijn omgeving' van je zorgverzekeraar bekijken wat er precies door de fysiotherapeut in rekening is gebracht ten laste van de basis- of de aanvullende verzekering.

Ik ben niet aanvullend verzekerd

Reguliere fysiotherapie wordt niet vergoed uit de basisverzekering. De kosten die gemaakt worden voor onze diensten worden rechtstreeks bij je in rekening gebracht. Je ontvangt hiervoor een rekening en je pint na behandeling bij één van onze administratief medewerkers aan de balie. Deze tarieven worden jaarlijks vastgesteld door Lijf & Visie. Je vindt deze op onze website www.lijfenvisie.nl en op onze balie. Wij maken hierbij ook gebruik van het digitale codesysteem zoals wij dat doen bij verzekerde zorg.

Iedere code staat voor een verrichting. Hieronder leggen we uit hoe dit codesysteem werkt:

Screening, intake en onderzoek

Als je zonder (uitgeschreven/ digitale) verwijzing van een arts voor het eerst of voor een nieuwe klacht/ hulpvraag naar de therapeut gaat, brengt de therapeut een declaratie voor "screening, intake en onderzoek" in rekening.

Als je wel een (uitgeschreven/ digitale) verwijzing heeft van een arts, brengt de fysiotherapeut een declaratie voor "intake en onderzoek" in rekening.

De kosten van de verrichtingen zijn vastgelegd in het digitale codesysteem door de zorgverzekeraars. Lijf & Visie heeft hier geen invloed op.

Lijf & Visie streeft het na, dat als het nodig en mogelijk is, dat je therapeut na het onderzoek ook direct zal starten met jouw behandeling. Je therapeut brengt dan ook een (reguliere) zitting in rekening. Houd er rekening mee, dat door wettelijke regelgeving óók de verplichte administratie en rapportage, die je therapeut heeft, tot de zitting behoort. Hiervoor zal tijd van de zitting gebruikt worden.

Reguliere zitting of behandeling

Een behandeling of consult van je therapeut noemen we een zitting. Als je de therapeut één keer bezoekt, mag de zitting één keer in rekening worden gebracht.

Houd ook hier rekening met de door wettelijke regelgeving verplichte administratie en rapportage, die je therapeut heeft. Hiervoor zal tijd van je zitting gebruikt worden.

Zitting voor complexe fysiotherapeutische zorg

Als sprake is van een complexe behandeling mag voor patiënten met één van de volgende aandoeningen een lange zitting in rekening worden gebracht:

- meervoudig gehandicapt (lichamelijk en geestelijk);
- cerebro vasculair accident (hemiplegie/diplegie en tetraplegie, eerste jaar aansluitend aan het accident)dwarslaesie;
- centrale ruggenmergaandoeningen (bijvoorbeeld MS, ALS, poliomyelitis);
- spierdystrofie (vanaf 18 jaar);
- spina bifida (vanaf 18 jaar);
- cystische fibrose;
- Parkinson vanaf 5 jaar na diagnosestelling.

Gespecialiseerde fysiotherapie

Voor gespecialiseerde fysiotherapie zoals bekken- en manuele therapie gelden hogere tarieven. Het komt voor, dat het aantal zittingen voor gespecialiseerde fysiotherapie, zoals manueel therapie, in de aanvullende verzekering beperkt is tot 9x. Als meer manuele therapie noodzakelijk is dan je verzekering dekt, ontvang je een rekening van het verschil tussen het reguliere en specialistische tarief. Je kunt deze betalen middels pin bij de balie van de administratie.

Het is niet zo dat elke behandeling van een manueel therapeut ook manuele therapie is. Als een manueel therapeut reguliere fysiotherapie geeft, mag de manueel therapeut alleen de reguliere zitting in rekening brengen.

Chronische aandoening

Voor een aantal chronische aandoeningen valt fysiotherapie (gedeeltelijk) onder de basisverzekering. Om voor vergoeding uit de basisverzekering in aanmerking te komen moet de diagnose voor de chronische aandoening zijn vastgesteld door de huisarts of door een medisch specialist. De diagnose mag niet worden vastgesteld door de fysiotherapeut of door de zorgverzekeraar.

Hiervoor geldt dat de eerste 20 behandelingen uit de aanvullende verzekering vergoed worden. Indien deze niet toereikend is zullen deze persoonlijk aan je doorberekend worden. De duur van de chronische code is per aandoening verschillend.

Houd er rekening mee, dat voor vergoedingen uit de basisverzekering een wettelijk eigen risico geldt. Soms kiezen mensen ervoor om dit wettelijke deel te verhogen met een vrijwillig deel. Het eigen risico gaat voor de vergoedingen uit de basisverzekering uit, je ontvangt hiervoor een rekening.

Voor de chronische aandoeningen waarvoor dit geldt, zie:

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/is-fysiotherapie-opgenomen-in-het-basispakket>

Behandeling aan huis of in een instelling

Als het medisch nodig is (per 01-01-2016 is hiervoor een verwijzing van een arts nodig), mag een fysiotherapeut een patiënt ook aan huis of in een instelling behandelen. Hiervoor komt de fysiotherapeut in aanmerking voor een toeslag. Deze toeslag mag maar één keer in rekening worden gebracht per adres of per instelling per dag. Behandelt de fysiotherapeut meerdere patiënten op één adres dan mag de therapeut maar één keer per dag toeslag in rekening brengen.

Fysiotherapie en fitness

Jouw therapeut kan tijdens je behandeling gebruik maken van fitnessstoestellen in onze oefenruimte. Zolang het noodzakelijk is voor je behandeling, bijvoorbeeld voor het herstel van rug-, knie- of schouderklachten, maar ook voor beweegprogramma's als bij Diabetes, artrose of obesitas, of voor en na een operatie, worden de oefenruimte en fitnessstoestellen regelmatig ingezet ten behoeve van je behandeling. Deze behandelingen vallen onder fysiotherapie en je therapeut zal dit als fysiotherapie in rekening brengen.

Als je behandeling/ behandeltraject/ revalidatieprogramma is beëindigd en je gaat zelf door met trainen, dan is dit géén verzekerde zorg meer en mag dit niet meer als fysiotherapie in rekening worden gebracht. Je sluit daarvoor een eigen abonnement af welke niet gedeclareerd kan worden bij de zorgverzekeraar.