

## Chronische indicatie

### Wat is een chronische indicatie?

Een chronische indicatie is een indicatie waarbij de patiënt (meestal) een langere tijd zorg nodig heeft die vergoed kan worden vanuit de basisverzekering. Dit is meestal bij een breuk, operatie of een lichamelijke aandoening waarvan de klachten blijvend zijn.

### Wat betekent dit voor u?

Als u deze brief heeft meegekregen van uw fysiotherapeut dan heeft u, met uw klacht, recht op een chronische code. Dit betekent dat u langere tijd recht heeft op zorg. Hoelang u recht heeft op deze zorg is afhankelijk van uw klacht en kan 3-6 maanden, 12 maanden zijn of voor zolang u klachten houdt. Uw therapeut kan u vertellen hoelang uw chronische code geldig is.

### Behandeltraject/kosten:

- Eerste 20 behandelingen worden altijd bij u in rekening gebracht.  
*Dit is eenmalig per chronische code, ook als we overgaan naar een nieuw jaar wordt dit niet opnieuw berekend. Als u een aanvullende verzekering heeft dan worden de 20 behandeling hier (deels) uit vergoed.*
- De 21<sup>e</sup> behandeling en alle vervolgbehandelingen daarna (tot einddatum, uw maximale termijn) worden vergoed vanuit de basisverzekering. LET OP: dit heeft invloed op het eigen risico.  
*Het eigen risico is uw eigen bijdrage voor de zorg, meestal is dit 385 euro tenzij u dit zelf heeft verhoogd. Als u al door hun eigen risico heen bent (vanwege een ziekenhuisbezoek/medicatie/etc. en als dit al is ingediend bij uw zorgverzekering) dan krijgt u vanaf de 21<sup>e</sup> behandeling geen rekening. Als dit echter niet zo is, dan moet u van de zorgverzekeraar eerst nog het eigen risico betalen voordat de andere behandelingen volledig vergoed worden.*
- Het eigen risico loopt altijd van januari tot december.  
*Dat betekent dat als u bijvoorbeeld in oktober binnenkomt en uw eigen risico is nog niet op dat u deze moet betalen. Echter als we in januari verder gaan begint het eigen risico weer opnieuw en verwacht de zorgverzekeraar van u dat u eerst weer het eigen risico betaalt. U ontvangt rekeningen krijgen tot dat het eigen risico op is.*
- Voor een chronische code hebben we verplicht een verwijzing nodig. De therapeut kan u vertellen of dit een verwijzing vanuit het ziekenhuis van een arts/specialist moet zijn of een verwijzing van de huisarts.  
*Indien u in het ziekenhuis bent geweest krijgt u meestal een verwijzing mee indien er fysiotherapie nodig is. Mocht u deze toch niet hebben meekregen dan vragen wij u om contact op te nemen met het ziekenhuis zodat ze deze naar u op kunnen sturen. Mocht een verwijzing van de huisarts voldoende zijn dan kunnen wij met de huisarts contact opnemen om de verwijzing aan te vragen, mits u daarvoor toestemming geeft.*

### Voorbeelden behandeltraject/kosten:

- A) U heeft geen aanvullende verzekering, dit betekent dat u de eerste 20 behandelingen zelf moet betalen. Zodra de behandelingen vanuit de basisverzekering gaan betaalt u ook nog het eigen risico indien dit nog niet op is.
- B) U heeft een aanvullende verzekering van 9 behandelingen (en nog geen fysio gehad dit jaar). Dan worden er 9 behandelingen uit de aanvullende verzekering vergoed. Daarna moeten er nog 11 behandelingen betaald worden voor dat we aan de 20 zitten. Hiervoor ontvangt u een rekening via Infomedics. Zodra de behandelingen vanuit de basisverzekering gaan ontvangt u ook nog een rekening voor het eigen risico indien dit nog niet op is.
- C) U heeft een aanvullende verzekering van 20 behandelingen maar u heeft eerder het jaar al 3 behandelingen gebruikt. Dit betekent dat er nog 17 behandelingen uit de aanvullende verzekering vergoed worden. Er moeten daarna nog 3 behandelingen betaald worden voor dat we aan de 20 zitten. Zodra de behandelingen vanuit de basisverzekering gaan ontvangt u ook nog een rekening voor het eigen risico indien dit nog niet op is.
- D) U heeft een aanvullende verzekering van 20 behandelingen of meer en heeft dit jaar nog geen behandelingen gehad. Dan worden alle 20 behandelingen vergoed vanuit de aanvullende verzekering en moet u alleen rekening houden met het eigen risico.

Heeft u naar aanleiding van bovenstaande informatie nog vragen? Neemt u dan gerust contact met ons op via tel. (0348) 443141, [info@fysiobroekhuizen.nl](mailto:info@fysiobroekhuizen.nl) of whatsapp 06-17475309.

## Chronic indication

### What is a chronic indication?

A chronic indication is one in which the patient (usually) needs care for a longer period of time that can be covered by basic insurance. This is usually with a fracture, surgery or a physical condition whose symptoms are permanent.

### What does this mean for you?

If you were given this letter by your physical therapist then, with your complaint, you are entitled to a chronic code. This means that you are entitled to care for a longer period of time. How long you are entitled to this care depends on your complaint and can be 3-6 months, 12 months or for as long as you have complaints. Your therapist can tell you how long your chronic code is valid.

### Treatment process/cost:

- First 20 treatments are always charged to you.  
*This is one time per chronic code, even if we move to a new year this is not recalculated. If you have supplementary insurance then the 20 treatment will be (partially) compensated from this.*
- The 21st treatment and all follow-up treatments thereafter (until the end date, your maximum term) are covered under the basic insurance. NOTE: this affects your insurance deductible.  
*The deductible is your own contribution for care, usually it is 385 euros unless you have increased it yourself. If you have already gone through your deductible (because of a hospital visit/medication/etc. and if this has already been submitted to your health insurance) you will not receive a bill from the 21st treatment. However, if this is not the case, the health insurance company will still require you to pay the deductible before the other treatments are fully reimbursed.*
- The deductible always runs from January to December.  
*This means that if, for example, you come in in October and your deductible is not yet used up you have to pay it. However if we move on in January the deductible starts again and the health insurance company expects you to pay the deductible again first. You will receive bills until the deductible runs out.*
- For a chronic code, we are required to have a referral. The therapist can tell you whether this must be a referral from the hospital from a physician/specialist or a referral from the family doctor.  
*If you have been to the hospital you will usually be given a referral if physical therapy is needed. If you did not receive this referral, we ask you to contact the hospital so they can send it to you. If a referral from the family doctor is sufficient, we can contact the family doctor to request the referral, provided you give us permission.*

### Examples treatment pathway/costs:

- E) You do not have supplementary insurance, which means that you have to pay for the first 20 treatments yourself. As soon as the treatments come from the basic insurance, you will also pay the deductible if this has not yet been used up.
- F) You have a supplementary insurance of 9 treatments (and have not yet had physical therapy this year). Then 9 treatments will be reimbursed from the supplementary insurance. After that 11 treatments have to be paid for before we reach the 20 treatments. For this you will receive an invoice via Infomedics. As soon as the treatments are covered by the basic insurance you will also receive an invoice for the deductible if this has not yet been used up.
- G) You have supplementary insurance of 20 treatments but you have already used 3 treatments earlier in the year. This means that 17 treatments are still reimbursed from the supplementary insurance. There are still 3 treatments to be paid for before we reach the 20. As soon as the treatments are covered by the basic insurance you will also receive a bill for the deductible if this has not yet been used up.
- H) You have supplementary insurance of 20 treatments or more and have not yet had any treatments this year. Then all 20 treatments will be reimbursed from the supplementary insurance and you only have to take into consideration the deductible.

Do you have any questions as a result of the above information? If so, please feel free to contact us at (0348) 443141, [info@fysiobroekhuizen.nl](mailto:info@fysiobroekhuizen.nl) or Whatsapp 06-17475309.