

BETALINGSVOORWAARDEN

Vergoeding van fysiotherapie

De fysiotherapeut kan zonder verwijzing worden bezocht, om middels een screening te laten beoordelen of de klachten fysiotherapeutisch behandeld kunnen worden. We beginnen met een inventarisatie van de hulpvraag en kijken of er geen contra-indicaties zijn, daarna volgt het fysiotherapeutisch onderzoek. Wanneer het om een indicatie gaat die voorkomt op landelijke lijst van chronische aandoeningen is het wel verplicht een verwijzing van de huisarts of specialist te hebben.

Onze praktijk heeft, voor zover mogelijk, contracten afgesloten met alle zorgverzekeraars. In de praktijk hangt een lijst van tarieven die wij hanteren als u geen aanvullende verzekering hebt of als u het maximum aantal behandelingen uit de aanvullende verzekering overschreden hebt.

U bent zelf verantwoordelijk hoeveel behandelingen u vergoed krijgt en hoeveel u verbruikt hebt, kijk dit dus goed na.

- Fysiotherapie wordt voor iedereen boven de 18 jaar, voor het grootste deel uit de aanvullende verzekeringen vergoed.
- De aanvullende verzekering heeft geen invloed op het eigen risico.
- Het verplichte eigen risico geldt alleen voor verzekerden van 18 jaar en ouder.
- De fysiotherapie die onder de basisverzekering valt, dus alleen chronische indicaties vanaf de 10e behandeling vallen in de regeling van het verplicht eigen risico.

Voor kinderen tot 18 jaar en chronische patiënten zijn andere regels ingesteld:

- Niet chronische aandoening: 18 behandelingen per indicatie per jaar, daarna vanuit de aanvullende verzekering. Aantal is afhankelijk van het pakket dat gekozen is.
- Behandelingen van aandoeningen uit de chronische lijst: een volledige dekking vanuit de basisverzekering mits medisch noodzakelijk.

Vergoeding chronische aandoeningen 18 jaar en ouder:

De vergoeding van medisch noodzakelijke behandelingen voor chronische patiënten wordt vanaf de tiende behandeling vanuit de basisverzekering geregeld, dit valt in de regeling van het verplicht eigen risico. De eerste 9 behandelingen worden vanuit de aanvullende verzekering vergoed. *Wanneer u dus niet aanvullend verzekerd bent moet u de eerste negen behandelingen zelf betalen.*

Hoeveel behandelingen krijgt u vergoed?

Het overzicht van vergoedingen uit de aanvullende verzekering kunt u nalezen in de polisvoorwaarden, die u van uw verzekeraar heeft ontvangen. Op de website www.fysiotherapievergoeding.nl staan de sites van alle verzekeraars genoemd, dus u kunt ook hier in zoeken naar de voorwaarden.

Onze betalingsvoorwaarden:

- Deze betalingsvoorwaarden maken onderdeel uit van de behandelingsovereenkomsten tussen u als patiënt en de fysiotherapeut. Deze betalingsvoorwaarden worden voor of bij het sluiten van de behandelingsovereenkomst aan de patiënt of zijn wettelijke vertegenwoordiger ter hand gesteld.
- Afspraken die niet kunnen worden nagekomen dienen uiterlijk 24 uur voor de behandeling afgezegd te worden. Bij het niet afzeggen of bij afzeggen op de dag van de afspraak zelf, behoudt de fysiotherapeut zich het recht het tarief van de voorgenomen behandeling in rekening te brengen bij de patiënt

D.w.z. dat de verzekering deze kosten niet vergoedt!

- De declaraties van de fysiotherapeut worden rechtstreeks ingediend bij de zorgverzekeraar. Bent u niet voor fysiotherapie verzekerd (bijvoorbeeld geen aanvullende verzekering), bent u verzekerd bij een verzekeraar waar wij geen contract mee hebben afgesloten, of hebt u het maximaal aantal behandelingen bereikt, dan gelden de praktijktarieven die via Rekencentrum Kesteren bij u geïnt worden. Hierbij geldt een betaling binnen 30 dagen.
- Zodra patiënt in verzuim verkeert, is de fysiotherapeut gerechtigd over de verschuldigde hoofdsom of over het restant daarvan de wettelijke rente in rekening te brengen. Telkens wordt na afloop van een jaar het bedrag waarover deze rente wordt berekend, vermeerderd met de over dat jaar verschuldigde rente.
- Indien de patiënt in verzuim verkeert, is de fysiotherapeut gerechtigd incassomaatregelen te treffen, dan wel derden daarmee te belasten. Alle met de incasso van gedeclareerde bedragen gemoeide kosten (met inbegrip van de buitengerechtelijke incassokosten) komen voor rekening van de patiënt.