

De fysiotherapeutische behandeling van de meeste blessures/klachten worden niet vanuit uw basisverzekering vergoed, maar vanuit de aanvullende verzekering. Het is afhankelijk van het aanvullend pakket, waarvoor u heeft gekozen, hoeveel behandelingen fysiotherapie u vergoed krijgt. U kunt dit terugvinden in uw polisoverzicht of u kunt hierover contact opnemen met uw zorgverzekeraar.

Kinderen onder de 18 jaar krijgen de eerste 9 behandelingen fysiotherapie vergoed vanuit de basisverzekering, met daarna eventueel nog eens extra 9 behandelingen. Over deze behandelingen betaalt u geen eigen risico. Na deze 18 behandelingen vindt er geen vergoeding meer plaats vanuit de basisverzekering en kunt u gebruik maken van de behandelingen opgenomen in uw aanvullende verzekering of u dient de nota's zelf te voldoen.

Bepaalde aandoeningen komen voor op een lijst die in het verleden door de overheid is samengesteld. Deze lijst (lijst chronische aandoeningen) wordt jaarlijks herzien en is te vinden op de sites van de zorgverzekeraars en op [www.fysiovergoeding.nl](http://www.fysiovergoeding.nl) (onderdeel van [www.zorgvergoeding.com](http://www.zorgvergoeding.com) ).

Indien uw klacht of aandoening voorkomt op deze lijst, dan dienen de eerste 20 behandelingen vergoed te worden vanuit uw aanvullende verzekering, indien uw pakket hiervoor groot genoeg is. Is het pakket niet toereikend, dan dient u deze kosten zelf te voldoen. Vanaf de 21ste behandeling worden de kosten vergoed vanuit uw basisverzekering.

Sinds 01-01-2018 worden bij de diagnose artrose de eerste 12 behandelingen vergoed vanuit de basisverzekering en vanaf de 13<sup>e</sup> vanuit de aanvullende verzekering. U betaalt dus over die eerste 12 behandelingen ook eigen risico aan uw verzekeraar.

### **Eigen risico**

Wanneer de fysiotherapie behandelingen worden vergoed vanuit uw basisverzekering, heeft u te maken met een wettelijk verplicht eigen risico van € 385,- (voor 2025). Dit eigen risico geldt **niet** voor uw aanvullende verzekering.

**Let op:** aan het begin van het nieuwe jaar staat de teller weer op nul. Dit betekent dat er een nieuwe termijn voor het eigen risico begint, ook al heeft u in het voorgaande jaar het volledige bedrag betaald. Wanneer u gebruik maakt van zorg die uit de basisverzekering wordt vergoed, zoals eventuele fysiotherapiebehandelingen (ook als dit doorloopt vanuit het voorgaande jaar), medicijnen of bezoeken aan een specialist, zult u opnieuw eigen risico moeten betalen.

Uw zorgverzekeraar houdt bij hoeveel van het eigen risico u reeds heeft betaald en welk bedrag er nog open staat. Zij dragen zorg voor de incasso van dit bedrag. U betaalt het eigen risico dus **niet** aan de fysiotherapeut, maar aan de zorgverzekeraar.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met uw zorgverzekeraar.

