**Beste lezer,**

U heeft deze folder gekregen van uw fysiotherapeut omdat u recht heeft op een chronische machtiging fysiotherapie. Maar wat houdt dat nou precies in? En hoeft u daar niet voor bij te betalen? Uw vragen staan uitgelegd in deze folder. Mocht u toch vragen hebben met betrekking tot de chronische machtiging, neem dan contact op met uw fysiotherapeut.

**Wanneer heb ik recht op een chronische machtiging?**

U heeft recht op een chronische machtiging wanneer uw aandoening op de 'lijst Borst' staat. Dit is een lijst waarop staat welke aandoeningen de zorgverzekeraar als chronisch ziet, van wie u een verwijzing nodig heeft en hoe lang deze machtiging geldig is. Uw fysiotherapeut kan u hier meer over vertellen. Aandoeningen die daar niet op staan, kunnen niet als chronisch gedeclareerd worden. Een aantal voorbeelden van indicaties die op deze lijst staan zijn:

* Status na operatie, wanneer de behandeling start binnen drie maanden na Operatie Kamer.
* Nieuwe knie of heup
* COPD
* Hersenbloeding
* Vaatlijden (etalage benen)
* Etc.

 **Last van chronische rugklachten?**

 Deze aandoening staat helaas niet op de lijst Borst, dus daarom heeft u geen recht op een chronische machtiging. Hoelang de machtiging geldig is, hangt dus af van de aandoening. Dit kan variëren van een aantal maanden tot levenslang.

**Hoe werkt dat dan, een chronische machtiging?**

 In 2016 zit dat als volgt: Wanneer u een chronische indicatie heeft, moet u de eerste twintig behandelingen zelf betalen. Dit kan op verschillende manieren:

* Volledig uit uw eigen portemonnee
* Gedeeltelijk uit uw aanvullende pakket en de rest uit eigen portemonnee
* Volledig uit uw aanvullende pakket, alleen indien u genoeg verzekerd bent

Hoe hoog de kosten worden die voor eigen rekening komen, hangt dus af van hoe goed u verzekerd bent. Vanaf de 21ste behandeling worden de behandelingen vergoed uit de basisverzekering. Dit wordt volledig vergoed. Houd er wel rekening mee dat u dan uw eigen risico betaald, voor zover dat nog niet betaald was. Het eigen risico is momenteel €

**Rekenvoorbeeld**

Voorbeeld 1:

Stel, u bent niet verzekerd voor fysiotherapie. Dan zou u de eerste twintig behandelingen zelf moeten betalen. Dat komt neer op ongeveer €600,- voor de eerste twintig behandelingen op de praktijk. Let er wel op dat u daarna eventueel nog uw eigen risico moet betalen.

Voorbeeld 2:

Stel, u krijgt maximaal € 375,- vergoed van uw verzekering. Dit vergoed twaalf behandelingen op de praktijk, wat betekent dat u acht behandelingen tekort komt voor een chronische machtiging. U zou dan ongeveer € 240,- bij moeten betalen.

Voorbeeld 3:

Stel, u krijgt maximaal €1000,- vergoed van uw verzekering. Dit zijn 35 behandelingen in de praktijk. De eerste twintig worden dus helemaal vergoed. U betaalt alleen het eigen risico.

**Vragen?**

Heeft u nog vragen of zijn er onduidelijkheden? Neem dan contact op met uw fysiotherapeut of verzekering.

**Rekenvoorbeeld**

* Uw machtiging is \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geldig.
* Uw verzekering vergoed: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Dit komt neer op\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ behandelingen in de praktijk of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ aan huis.
* Eventuele kosten voor eigen rekening: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Het rekenvoorbeeld van hierboven is slechts een indicatie van de geschatte kosten. De definitieve nota van de zorgverzekeraar is bindend. D&G Fysiotherapie is hiervoor niet aansprakelijk.

 Deze folder wordt u aangeboden door:



**Een chronische machtiging, hoe zit dat precies?**