

Verzekerd van oefentherapie

Jaarlijks gaan veel mensen naar de oefentherapeut. Vanaf volgend jaar wordt fysiotherapie en oefentherapie beperkt vergoed vanuit de basisverzekering. Een goede aanvullende verzekering, waarin voldoende behandelingen oefentherapie zijn opgenomen, is daarom aan te raden.



Oefentherapie binnen de wettelijk verplichte verzekering

Bij de dekking voor oefentherapie in de basis verzekering wordt onderscheid gemaakt tussen jongeren tot 18 jaar en volwassenen. Uit de basisverzekering wordt oefentherapie beperkt vergoed. Bij bepaalde aandoeningen (een overzicht hiervan vindt u op onze website) waarvoor oefentherapie nodig is, kunnen volwassenen na de 20e behandeling in aanmerking komen voor vergoeding uit de basisverzekering.

Voor kinderen en jongeren tot 18 jaar geldt voor 2012 als basisregel dat de eerste 9 behandelingen oefentherapie gedekt worden door de basisverzekering, met de mogelijkheid van nog 9 extra behandelingen als de eerste 9 behandelingen nog niet het gewenste resultaat hebben. Mochten er meer behandelingen nodig zijn, dan geldt in principe dat deze niet door basisverzekering worden vergoed. Deze behandelingen kunnen worden vergoed vanuit de aanvullende zorgverzekering.

Een passende aanvullende verzekering

Het is goed mogelijk dat u oefentherapie nodig heeft voor een aandoening en dat deze helemaal niet of maar gedeeltelijk wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Wij raden u aan een passende aanvullende verzekering af te sluiten waarin voldoende behandelingen oefentherapie zijn opgenomen. Het kan immers gebeuren dat u (onverwacht) een beroep moet doen op de hulp van een oefentherapeut. Bijvoorbeeld na blessures, een zwangerschap of een ongeluk. Maar ook als u bijvoorbeeld M. Parkinson, artrose, reuma of chronische rug-, nek- of hoofdpijnklachten heeft. De behandelingen van deze aandoeningen worden namelijk niet vergoed uit de basisverzekering.

Het woord chronisch zorgt in dit geval voor verwarring. Er wordt gebruik gemaakt van de term chronisch wanneer klachten langer bestaan dan 3 maanden. Het is echter niet zo dat u per definitie recht heeft op vergoeding vanuit de basisverzekering als u klachten door een arts of specialist als chronisch worden benoemd. De wettelijke lijst chronische klachten is een lijst aandoeningen vast welke u kunt nalezen op onze website.

Bekijk uw polis zorgvuldig

Wees zorgvuldig in uw keuze voor een zorgverzekeraar. Er zijn grote verschillen in de manier waarop zorgverzekeraars oefentherapie vergoeden in de aanvullende verzekering. Bekijk daarom uw zorgpolis goed. Is uw huidige polis ontoereikend, dan kunt u voor 1 januari uw huidige verzekeraar opzeggen. Als u dit hebt gedaan, heeft u tot 1 februari de tijd om een nieuwe zorgverzekering aan te vragen. De zorgverzekeraars hebben voor de basisverzekering een acceptatieplicht. Voor een aanvullende verzekering geldt dit niet. U moet dan vaak een medische verklaring invullen.

Eigen risico

Bij de basisverzekering is sprake van een verplicht eigen risico. Dat betekent dat, als u in het nieuwe jaar zorgkosten (met uitzondering van huisartsenzorg, verloskundige- en kraamzorg, gratis bevolkingsonderzoek en de griepvaccinatie voor risicogroepen) maakt die onder de basisverzekering vallen, u eerst het eigen risicobedrag zelf moet betalen. Daarna worden alle kosten volgens de polisvoorwaarden uit de basisverzekering vergoed. Dit betekent dat u van de eerste 20 behandelingen eerst het eigen risicobedrag moet betalen. Om deze reden raden wij u aan om u goed aanvullend te verzekeren. Het eigen risico geldt niet voor de behandelingen vergoed uit de aanvullende verzekering.

Wij willen u er op attent maken dat oefentherapie in de aanvullende verzekering vergoed wordt uit hetzelfde budget als dat voor fysiotherapie.