

Vergoedingen

Niet alles is verzekerde zorg

Niet alle problemen worden vergoed door de zorgverzekeraars. Wanneer niet voldaan wordt aan de criteria van een DSM diagnose of wanneer je last hebt van één van de volgende problemen: aanpassingsstoornissen zoals levensfaseproblemen of rouwverwerking, werk- en relatieproblemen, burn-out, identiteitsproblemen, dan kom je niet in aanmerking voor een vergoeding van de zorg. Je hebt dan geen verwijzing van de huisarts nodig. De behandeling zal je dan zelf moeten betalen.

Kind en jeugd 0-18 jaar

Vergoeding behandeling kind en jeugd

Zorg voor jongeren onder de 18 wordt sinds 2015 vergoed door de gemeente.

Ik heb geen contracten afgesloten met de gemeente. Indien u een behandeling wenst te starten voor uw kind, onder de 18 jaar, zult u de behandeling zelf moeten betalen. Voor meer informatie verwijst ik u naar de tarieven onverzekerde zorg. Indien u een vergoede behandeling wenst, adviseer ik u contact op te nemen met het wijkteam voor jeugd, zij kunnen u verwijzen naar een instantie die een contract heeft afgesloten met de gemeente.

Vergoeding via de basisverzekering voor volwassenen (18+)

Wanneer je in aanmerking wilt komen voor een vergoeding door de zorgverzekering heb je een verwijfsbrief nodig van de huisarts. Uw huisarts kan u via zorgdomein verwijzen.

Met mijn psychologenpraktijk heb ik met de volgende zorgverzekeraars een contract afgesloten voor **Generalistische Basis GGZ** voor het jaar 2019:

DSW, hieronder vallen Stad Holland, A.s.r. basis, De Amersfoortse, Ditzo, Aevitae en Nedasco.

Caresq/Iptiq, hieronder vallen Besuered, National Academic en Promovendum.

Menzis, hieronder vallen Anderzorg, Hema, Menzis, zij hebben een collectiviteit met PMA en Menzis.

Zilveren kruis achmea, hieronder vallen Avero achmea, de friesland zorgverzekeraar, FBTO, interpolis, pro life, ziezo, zilveren kruis, zorgverzekeraar OZF en hebben zij een volmacht voor IAK, ik!, kettlitz wulfse en Nedasco.

VGZ, hieronder vallen Unive, Bewuz, Iz, VGZ, Iza en UMC.

CZ, heeft u een verzekering met of een van de verzekeraars die hieronder vallen: Ohra, czdirect.nl, delta loyd, nationale nederlanden of CZ, neemt u dan contact met mij op. Clienten met een verzekering onder CZ kan ik enkel in overleg aannemen.

Met de volgende zorgverzekeraars heb ik geen contract afgesloten. Eno zorgverzekeraar, Zorg en Zekerheid, Vvaa, Onvz, Salland en Pno zorg. Indien u alsnog bij mij in zorg wenst te komen, zal ik de behandeling bij u factureren. U kunt vervolgens de declaratie indienen bij uw zorgverzekeraar en afhankelijk van uw zorgverzekerings pakket krijgt u een gedeelte (mogelijk 60-80%) vergoed. Indien u een restitutie polis heeft afgesloten, krijgt u de gehele behandeling vergoed.

Ik adviseer u ten alle tijden dringend aan eerst contact op te nemen met uw zorgverzekering om er zeker van te zijn of uw behandeling bij Verbind in Context wordt vergoed.

Wanneer u, na een eventuele (telefonische) kennismaking besluit in zorg te komen, zal een dossier geopend worden en zullen alle gemaakte minuten gedeclareerd worden. Indien u na 1 a 2 gesprekken (maximaal 120 directe en indirecte minuten) alsnog afziet van een behandeling, zal uw dossier gesloten worden en zal ik (volgens Nza richtlijnen) een onvolledig traject bij de zorgverzekeraar declareren.

Eigen Risico:

Let op: de basis GGZ valt onder de basisverzekering, maar wordt eerst verrekend met je eigen risico (eigen risico 2019: € 385). Het aantal gesprekken dat wordt vergoed is afhankelijk van je klachten en de DSM diagnose en de hierbij passende Generalistische Basis GGZ pakket.

Geen gebruik maken van verzekerde zorg?

Wanneer je geen gebruik wilt maken van verzekerde zorg, bijvoorbeeld vanwege privacy of het willen vermijden van een psychiatrische diagnose, kun je ervoor kiezen om de behandeling zelf te betalen.

Belangrijkste voorwaarden voor vergoeding

Om in aanmerking te komen voor vergoeding moet worden voldaan aan de volgende voorwaarden:

- Je hebt een verwijzing van je huisarts waarin specifiek wordt verwezen naar generalistische basis GGZ.
- de datum op de verwijfsbrief moet vóór je eerste sessie liggen.
- in de verwijfsbrief moet een vermoeden staan van een DSM-diagnose.
- Tevens moet de AGB code van huisarts op de verwijfsbrief staan, een handtekening van de huisarts en jou eigen gegevens inclusief BSN nummer.

Het aantal gesprekken dat binnen de generalistische basis GGZ wordt vergoed is afhankelijk van je klachten en de DSM-diagnose. Na de intake, stel ik, in overleg, de definitieve DSM-diagnose en wordt er een passend zorgzwaartepakket (behandeltraject) gekozen. In de generalistische basis GGZ wordt gewerkt met de volgende vier pakketten. Het aantal genoemde minuten per pakket bevat zowel de directe tijdbesteding (de gesprekken face to face alsook telefonisch) als de indirecte tijd (verslaglegging, rapportage aan verwijzers / derden, uitwerken vragenlijsten, diagnostiek, overleg met derden).

<i>Pakket</i>	<i>Ernst</i>	<i>Aantal sessies, gemiddeld</i>	<i>Tarief Nza</i>
<i>Onvolledig behandeltraject</i>		<i>Max. 2 (120 minuten)</i>	<i>€ 207,19</i>
<i>Kort</i>	<i>Lichte DSM stoornissen</i>	<i>3 tot 5 (295 minuten)</i>	<i>€ 507,62</i>
<i>Middel</i>	<i>Matige DSM stoornissen</i>	<i>5 tot 8 (495 minuten)</i>	<i>€ 864,92</i>
<i>Intensief</i>	<i>Ernstige DSM stoornissen</i>	<i>9 tot 13 (750 minuten)</i>	<i>€ 1.356,25</i>
<i>Chronisch</i>	<i>Chronische DSM stoornissen</i>	<i>9 tot 13 (750 minuten) Traject mag jaarlijks heropend worden</i>	<i>€ 1.251,70</i>

Za-tarief prestaties 2019 (vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit)

Stoppen van de behandeling

Als je tussentijds besluit te stoppen met de behandeling, worden de kosten van het gekozen zorgzwaartepakket binnen de GBGGZ gedeclareerd bij de zorgverzekering. Je kunt het vergelijken met een cursus die je volgt of een vakantie die je hebt geboekt. Je betaalt voor wat is afgesproken, ook als je besluit om tussentijds te stoppen.

Tarieven onverzekerde zorg

Gespreks- / behandelvorm	Tarieven
Telefonische kennismaking	gratis
Kennismakingsgesprek in de praktijk (max 30 min)*	gratis
Individuele sessie enkel 45 minuten	€ 105
Individuele sessie 90 minuten	€ 205
Relatietherapie sessie 45 minuten	€ 130
Relatietherapie sessie 90 minuten	€ 267
Telefonisch of e-mail consult	€ 27 per 15 min
Telefonisch of e-mailcontact voor zover het gaat om een kort overleg of over het maken van een afspraak.	gratis
Toeslag avonduren (na 18.00)	€ 10 per sessie
Toeslag weekend (zaterdag of zondag)	€ 20 euro per sessie
No show (afspraak binnen 24 uur voor de sessie afgezegd of niet op afspraak verschenen)	50% van de sessie

**Een vrijblijvende kennismaking duurt maximaal 30 minuten en wordt zowel voor verzekerde als onverzekerde zorg aangeboden. Indien u na het kennismakingsgesprek geen behandeling wenst te starten, worden er geen kosten in rekening gebracht. Indien u na het kennismakingsgesprek een Generalistische Basis GGZ traject start zal een dossier geopend worden. Het kennismakingsgesprek zal met terugwerkende kracht meegenomen worden in het totale traject qua minuten.*

De factuur voor onverzekerde behandelingen verstuur ik per mail na de sessie. Ik zal dan ook een Tikkie per whatsapp sturen om de betaling gemakkelijk te laten verlopen. De betaling dient binnen twee weken te worden voldaan.

De factuur kun je zelf indienen bij de zorgverzekeraar voor een eventuele vergoeding. Ik raad je dringend aan om vooraf bij je zorgverzekeraar te informeren welk gedeelte van de gemaakte kosten van de behandeling wordt vergoed.

Betalingsvoorwaarden Onverzekerde zorg

In / na het eerste gesprek vraag ik je een behandelingsovereenkomst (behandelplan) te ondertekenen, waarin ook de betalingsvoorwaarden zijn opgenomen.

De factuur wordt aan jou als cliënt of aan je vertegenwoordigers gericht. Facturen voor behandelingen verstuur ik per mail na de sessie. Tenzij anders overeengekomen bedraagt de betalingstermijn 14 dagen na factuurdatum. Betaling kan via een bankoverschrijving.

De betalingsplicht ligt bij jou als cliënt of bij jullie als ouders van het kind/de jongere.

De factuur kun je indienen bij de zorgverzekeraar. De praktijk is niet verantwoordelijk voor de beslissing van de zorgverzekeraar over het wel of niet vergoeden van de factuur. De betalingsplicht staat los van eventuele vergoedingen door de verzekeraar.

Na het verstrijken van de betalingstermijn volgt een betalingsherinnering. Indien deze niet binnen 14 dagen wordt betaald, zal een incassobureau ingeschakeld worden. De kosten die hieruit voortvloeien zijn voor jouw rekening.