

PCC Joppe – M.Schermer psychotherapeut, BIG-register: 59052551916
Huzarenlaan 19
7215 ED Joppe
Tel. 0575-491157

Vergoeding

Wanneer je door de huisarts bent verwezen en een verwijfsbrief hebt wordt psychotherapie (gedeeltelijk) vergoed vanuit het basispakket van uw zorgverzekeraar.

+ geen contracten met zorgverzekeraars

Ik heb er bewust voor gekozen geen contracten met zorg verzekeraars af te sluiten. Ik kan me niet vinden in de voorwaarden die zorgverzekeraars aan de contracten verbinden. Zij willen in toenemende mate invloed uitoefenen op de inhoud en het verloop van de behandeling. Ik vind dat de inhoud bepaald moet worden door de multidisciplinaire richtlijnen en de meest recente wetenschappelijke onderzoeken.

Voor meer informatie verwijfs ik graag naar www.contractvrijepsycholoog.nl

+kosten

Je behandeling bij Psychotherapiepraktijk Schermer wordt wel (voor een gedeelte) vergoed, ook al heb ik geen contracten met de verzekering. De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van het soort verzekeringspolis dat je gekozen hebt. Heb je voor 2022 een volledige (100%) restitutie polis afgesloten, dan worden de kosten van jouw behandeltraject in principe volledig vergoed. Een restitutiepolis is over het algemeen duurder dan een naturapolis. Je hebt dan echter wel een volledig vrije artsenkeuze.

Zie voor informatie over verschillende soorten polissen:

www.independenr.nl

Ik adviseer je om voorafgaand aan de behandeling zelf ook contact op te nemen met je eigen zorgverzekeraar om niet voor financiële verrassingen komen te staan.

Bij navraag bij de zorgverzekeraar kunnen zij vragen om de volgende gegevens:

Praktijk AGB code: 94063608

Persoonlijke AGB code: 94006517

+tarieven

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt het maximumtarief voor behandeling wettelijk vast. Deze tarieven worden ook op de factuur gehanteerd.

Prestatiecode	Consulttype	Tijdsduur	Tarief (€)
CO0050	Diagnostiek	Vanaf 5 minuten	38,33
CO0115	Behandeling	Vanaf 5 minuten	30,67
CO0180	Diagnostiek	Vanaf 15 minuten	67,31
CO0245	Behandeling	Vanaf 15 minuten	55,69
CO0310	Diagnostiek	Vanaf 30 minuten	115,12
CO0375	Behandeling	Vanaf 30 minuten	97,28
CO0440	Diagnostiek	Vanaf 45 minuten	162,76
CO0505	Behandeling	Vanaf 45 minuten	139,38
CO0570	Diagnostiek	Vanaf 60 minuten	187,62
CO0635	Behandeling	Vanaf 60 minuten	166,13

CO0700	Diagnostiek	Vanaf 75 minuten	229,21
CO0765	Behandeling	Vanaf 75 minuten	204,90
CO0830	Diagnostiek	Vanaf 90 minuten	280,84
CO0895	Behandeling	Vanaf 90 minuten	250,18
CO0960	Diagnostiek	Vanaf 120 minuten	405,88
CO1025	Behandeling	Vanaf 120 minuten	368,76
OV0007	Intercollegiaal overleg kort	Vanaf 5 minuten	22,18
OV0008	Intercollegiaal overleg lang	Vanaf 15 minuten	67,62
TC0009	Toeslag reistijd	Tot 25 minuten	30,75
TC0010	Toeslag reistijd	Vanaf 25 minuten	79,30
OV0012	Niet-basispakket-zorg consult		117,33
OV0018	Schriftelijke informatiever- strekking (met toestemming cliënt) aan derden		91,78

In bovenstaande tarieven (face-to-face-, ear to-ear-bit-to-bit/mail) zit alle indirecte tijd die aan de cliënt wordt besteed, verdisconteerd) Indirecte tijd is tijd voor o.a. verslaglegging, indicatiestelling schrijven, behandelplan, brieven, enz. Deze tijd wordt dus niet apart in rekening gebracht.

+ eigen risico

Zowel bij restitutie polis als natura polis brengt de zorgverzekeraar het eigen risico in rekening indien het eigen risico nog niet verbruikt is.

+ niet verzekerde zorg

Als, na verwijzing door uw huisarts, na maximaal 4 diagnostische gesprekken* blijkt dat u een DSM-5 diagnose heeft, die niet vanuit de basisverzekering vergoed wordt, krijgt u de factuur niet door uw zorgverzekeraar vergoed.

Het gaat hier om bijvoorbeeld: aanpassingsstoornissen, slaapstoornissen, relatieproblemen, als ze niet ontstaan vanuit een primaire diagnose, die wél vergoed wordt (bijvoorbeeld een depressieve stoornis, een persoonlijkheidsstoornis etc).

Check uw polis of deze gesprekken vanuit een eventuele aanvullende verzekering vergoed worden.

Het door het NZa vastgestelde tarief voor niet-basispakket-zorg is € 117,33 per consult (Prestatiecode OV0012).

*De maximaal 4 diagnostische gesprekken worden wél vergoed door uw zorgverzekeraar.

+Verhinderung /annulering afspraak

Het tarief voor no-show is: € 50,00 per gemiste afspraak.

Afspraken graag zo snel mogelijk indien bekend maar minimaal 24 uur voor het tijdstip van de behandeling annuleren. (bellen secretariaat, inspreken, /mail of what's app) Bij niet annuleren en bij annuleringen binnen 24 uur voor de afspraak is de behandelaar gerechtigd de gereserveerde tijd naar redelijkheid en billijkheid aan de cliënt in rekening te brengen. Dit betekent dat de cliënt buiten de kosten voor de behandelingen een aparte factuur krijgt. Deze factuur dient cliënt zelf te betalen en kan niet bij de zorgverzekeraar ingediend worden.

+betaling

Vanaf 01-01-2022 geldt een nieuwe bekostiging in de GGZ: Het Zorg Prestatie Model (ZPM)
Het oude bekostigingssysteem (DBC's in de Specialistische GGZ en de prestaties in de
Generalistische Basis-GGZ vervalt hiermee.

Behandelingen worden niet meer per jaar achteraf gedeclareerd.

Dit betekent dat :

-facturatie aan het eind van de maand zal plaatsvinden.

-je ontvangt de factuur per mail

-betaling in overleg met cliënt

*: per tikkie/betaalverzoek

* overschrijving

+betalingsvoorwaarden

[Betalingsvoorwaarden_LVVP.pdf](#)