

Behandeltarieven on-gecontracteerde / onverzekerde zorg / voorwaarden no-show

On-gecontracteerde en onverzekerde zorg

Wanneer uw zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft met mijn praktijk, dat wil zeggen bij on-gecontracteerde zorg, dan is in geval van GBGGZ de NZA tarieven van toepassing, zie hieronder als standaard prijslijst GBGGZ; ook in geval van SGGZ zijn de NZA tarieven van toepassing. Bij niet-verzekerde zorg, dat wil zeggen zorg die buiten het basispakket van de Zorgverzekeringwet valt, is het OVP/OZP tarief van toepassing, zie de standaard prijslijst GBGGZ. Bij on-gecontracteerde of onverzekerde zorg dient u zelf de factuur te betalen. In geval van on-gecontracteerde zorg heeft u wel recht op tenminste gedeeltelijke vergoeding – informeer hierover bij uw eigen zorgverzekeraar. Overigens zal van dit type zorg in mijn praktijk maar uiterst incidenteel sprake zijn, juist omdat ik met alle mij bekende verzekeraars een contract heb. Deze tekst is dus puur volledigheidshalve opgenomen. Overigens is alle informatie over tarieven bij de NZA terug te vinden. De NZA tarieven: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_646867_22/1/

Ik heb de belangrijkste voor mijn praktijk van toepassing zijnde codes hieronder overgenomen uit de NZA lijst:

NZA Code	Aard van contact	Max tarief in Euro	Duur in minuten
CO 0050	Diagnostiek	38,33	5
CO 0115	Behandeling	30,67	5
CO 0180	Diagnostiek	67,31	15
CO 0245	Behandeling	55,69	15
CO 0310	Diagnostiek	115,12	30
CO 0375	Behandeling	97,28	30
CO 0440	Diagnostiek	162,76	45
CO 0505	Behandeling	139,38	45
CO 0570	Diagnostiek	187,62	60
CO 0635	Behandeling	166,13	60
CO 0700	Diagnostiek	229,21	75
CO 0765	Behandeling	204,90	75
CO 0830	Diagnostiek	280,84	90
CO 0895	Behandeling	250,18	90
CO 0960	Diagnostiek	405,88	120
CO 1025	Behandeling	368,76	120

Zelfbetalers

Zelf de behandeling betalen is alleen van toepassing wanneer het gaat om on-gecontracteerde of onverzekerde zorg, op basis van bovenstaande standaard prijslijst.

No show

No-show komt in mijn psychotherapie praktijk maar uiterst incidenteel voor. Als het al een keer gebeurt, is het soms te wijten aan een misverstand, soms is er sprake van overmacht. Mocht het vaker (dreigen te) gebeuren dan is er veelal sprake van een niet adequaat verlopende therapie en wordt samen met de cliënt naar een passende oplossing gezocht. Desalniettemin is het goed om als

stok achter de deur een no-show in rekening te kunnen brengen; een rekening die uiteraard niet bij de zorgverzekeraar neergelegd kan/mag worden.

Als definitie van no-show wordt de LVVP formulering gehanteerd.

No-show: Afspraken moeten uiterlijk 24 uur voor het tijdstip van de behandeling geannuleerd worden. 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 patiënt in rekening te brengen. Dit betekent dat de patiënt buiten de kosten voor de behandelingen een aparte factuur krijgt. Deze factuur moet de patiënt zelf betalen en kan niet bij de zorgverzekeraar ingediend worden.

Een niet nagekomen afspraak die niet op tijd (minstens 24 uur van tevoren) door u is afgezegd, valt niet onder verzekerde zorg, en hiervoor kan een bedrag van **€ 70** bij u persoonlijk in rekening gebracht worden.