

Tarieven & vergoedingen Praktijk Rolf Willems 2025

Verzekerde zorg

Vrijwel alle behandelingen voor volwassenen die ik aanbied, worden (gedeeltelijk) vergoed vanuit de basisverzekering van de Zorgverzekeringswet. Als u een zorgverzekering heeft afgesloten bij ASR of DSW dan worden de kosten van de behandeling in principe helemaal vergoed, met uitzondering van het eventuele openstaande eigen risico. Als u elders verzekerd bent krijgt u ongeveer tussen de 50% en 80% van het tarief vergoed, afhankelijk van de polis die u heeft afgesloten. De eigen bijdrage die u dan betaalt is ongeveer tussen de 45 en 90 euro per behandeluur. Raadpleeg uw zorgpolis voor de precieze hoogte van de vergoeding.

Tarieven

De maximumtarieven van deze zorgprestaties worden elk jaar vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het tarief per consult wordt bepaald door het type consult en de duur daarvan. Mijn praktijk rekent de volgende tarieven voor de meest voorkomende consulten:

- Consult diagnostiek vanaf 60 minuten €219,98
- Consult behandeling vanaf 60 minuten €195,71

U krijgt de behandeling alleen (gedeeltelijk) vergoed als u een geldige verwijfsbrief van uw huisarts heeft. Ook moet er sprake zijn van a) een psychische stoornis die onder de verzekerde zorg valt (dit wordt bepaald door het Zorginstituut Nederland), en b) van een toegestane therapie (dit wordt bepaald door Zorgverzekeraars Nederland).

In één of enkele gesprekken stel ik als uw behandelaar vast of er inderdaad sprake is van een stoornis waarvan de behandeling wordt vergoed door uw zorgverzekeraar. Mocht er toch geen sprake zijn van een stoornis, dan worden de eerste diagnostische consulten nog wel (gedeeltelijk) vergoed.

Als u een zorgverzekering heeft afgesloten ASR of DSW, dan stuur ik de facturen rechtstreeks naar uw zorgverzekeraar. De vergoeding is in natura: de zorgverzekeraar betaalt de factuur direct aan mij. U merkt daar dus niets van. Wel kunnen deze nota's door uw zorgverzekeraar met uw eigen risico worden verrekend, als dat nog open staat.

Als u een zorgverzekering heeft afgesloten bij een andere zorgverzekeraar dan ASR of DSW, dan ontvangt u elke maand een factuur met daarop de verschillende zorgprestaties. Deze factuur betaalt u altijd zelf binnen 30 dagen volgens de algemene betalingsvoorwaarden. U kunt deze factuur meteen na ontvangst indienen bij uw zorgverzekeraar.

Ik adviseer u uw polis goed door te nemen voor mogelijke aanvullende voorwaarden die de verzekeraar aan de vergoeding stelt, zoals een machtiging vooraf of een maximum aantal behandelingen dat wordt vergoed.

Onverzekerde zorg voor volwassenen

Ook als er geen sprake is van verzekerde zorg, kunt u in overleg met mij er toch voor kiezen om in behandeling te gaan. De kosten van deze behandeling zijn dan geheel voor uw eigen rekening. Voor deze consulten brengt de praktijk het zogenoemde 'niet basispakketzorg consult' in rekening, tegen een tarief van €138,15 per 60 minuten bestede tijd. Dat is zowel de tijd die ik in gesprek met u ben én de tijd die nodig is voor de zorgvuldige voorbereiding van de gesprekken en de vereiste verslaglegging. Voor onverzekerde zorg is een verwijzing van de huisarts niet nodig.

Annuleren van gesprekken

Bij verhindering kunt u kosteloos tot 24 uur van tevoren (in werkdagen) een gesprek afzeggen. Indien u een gesprek niet tijdig annuleert, zijn de kosten daarvan voor eigen rekening. De praktijk mag hiervoor zelf een tarief vaststellen. U ontvangt hiervoor een factuur die u zelf moet betalen. Deze factuur wordt niet vergoed door uw verzekeraar. Het tarief voor een gemist gesprek is €70.