

vergoedingen zorgverzekeraar

gecontracteerde / niet-gecontracteerde zorg

Net als veel andere praktijken heeft de praktijk geen afspraken / contracten met zorgverzekeraars. De praktijk valt daarmee onder de niet-gecontracteerde zorgaanbieders en biedt niet-gecontracteerde zorg. Dit betekent dat u zelf de factuur betaalt aan de praktijk. Daarna dient u zelf de factuur in bij de zorgverzekeraar. Afhankelijk van uw polis vergoedt de zorgverzekeraar een deel van het bedrag aan u.

Meer informatie over vergoeding van niet-gecontracteerde zorg vindt u op deze pagina:

<https://www.independer.nl/zorgverzekering/info/zorgpolis/vergoeding-niet-gecontracteerde-zorg>

naturapolis / restitutiepolis

Restitutiepolissen bestaan sinds het jaar 2025 niet meer. Meer informatie hierover:

<https://www.independer.nl/zorgverzekering/info/soorten/restitutiepolis>

U heeft dus een naturapolis en krijgt bv. 70% of 75% vergoed van de factuur (die u al aan de praktijk heeft betaald). Dat kan bij uw zorgverzekeraar iets meer of minder zijn afhankelijk van de polis en een gekozen eigen risico. U betaalt uiteindelijk dus altijd een deel zelf omdat dat deel niet wordt vergoed.

U krijgt bij een gecontracteerde zorgverlener meer vergoed dan bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Daardoor zijn de wachtlijsten bij gecontracteerde zorgverleners langer. In onze praktijk is de wachtlijst korter.

samenvatting

Voordeel van de praktijk: korte wachtlijst: u kunt vaak sneller in zorg dan bij een andere praktijk / instelling. Nadeel van de praktijk: u betaalt een deel van de zorg zelf. Dat kan oplopen tot aanzienlijke bedragen.

eigen risico

Het wettelijk verplichte eigen risico op de zorgverzekering (385 euro per jaar) plus een eventueel door u gekozen vrijwillig eigen risico worden niet vergoed. Al bij de intake zal het eigen risico worden aangesproken (als dat niet al is "opgebruikt"). Dit is wettelijk zo geregeld.

U betaalt die 385 euro eigen risico niet extra. De eerste 385 euro aan zorgkosten die de zorgverzekeraar aan u zou vergoeden in 2026 worden niet vergoed:

<https://www.independer.nl/zorgverzekering/info/eigen-risico>

Zijn die 385 euro al "opgebruikt" aan bv. een ziekenhuisopname of de oogarts of psychologie, dan heeft u het eigen risico al "betaald" en wordt er in dat jaar geen eigen risico meer ingehouden. In het jaar daarna gaat de teller weer opnieuw lopen en wordt het eigen risico weer niet vergoed door de zorgverzekeraar.

- Bij gecontracteerde zorg betaalt de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgaanbieder.(de praktijk). In dat geval krijgt u acceptgiro's van de zorgverzekeraar om het eigen risico "terug te betalen".
- Bij niet-gecontracteerde zorg (onze praktijk) betaalt u de facturen aan de praktijk en krijgt u van de zorgverzekeraar niets vergoed tot de 385 euro aan eigen risico bereikt zijn (aan wat de zorgverzekeraar zou vergoeden). Daarna (en na een evt. vrijwillig eigen risico) wordt zoals eerder aangegeven alleen het deel vergoed zoals het in uw polisvoorwaarden staat beschreven.

vooraf informeren bij zorgverzekeraar

Het is verstandig vooraf na te gaan welk deel van de kosten (facturen van de praktijk) de zorgverzekeraar zal vergoeden (en tot een maximum van hoeveel sessies). Het gaat dan om (u kunt vragen naar)

1. psychologische hulp vanaf 18 jaar
2. diagnostiek en behandeling door een niet-gecontracteerde GZ-psycholoog (Wet Big artikel 3)
3. binnen de setting Ambulant – kwaliteitsstatuut sectie II
4. U kunt dan ook de agb-code van de behandelaar doorgeven (zie *algemene voorwaarden* bovenaan).

Bij sommige zorgverzekeraars gelden extra voorwaarden voor vergoeding bv. dat u toestemming moet vragen bij de zorgverzekeraar. Dat moet voor de eerste sessie (de intake) geregeld zijn. Vraag daar ook naar bij de zorgverzekeraar. Want een datum van bv. een intake kan niet meer worden gewijzigd (op een factuur).