



Praktijk Psychotherapie Riemann

Tarieven & vergoedingen volwassenen (18 jaar en ouder)

Verzekerde zorg

Vrijwel alle psychotherapeutische behandelingen voor volwassenen die wij aanbieden, worden vergoed vanuit de basisverzekering van de Zorgverzekeringswet (als generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz). U krijgt de behandeling alleen 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 vergoed.

Geen contracten met zorgverzekeraars in 2024 (verzekerde zorg)

In 2024 is ervoor gekozen om geen contracten met zorgverzekeraars afgesloten. Dit heeft te maken met de voorwaarden en beperkingen die niet op een lijn staan met mijn therapeutisch beleid en kwaliteit van mijn dienstverlening. (Een uitzondering hiervan geldt voor de zorgverzekeraar **Aevitae***) Mogelijk heeft dit consequenties voor de vergoeding die u van uw zorgverzekeraar ontvangt, afhankelijk van uw polis. Bij een restitutiepolis wordt er 100 % van de behandeling vergoed, bij een natura- of combinatiepolis zijn dat minimaal 50% en maximaal 90% van de kosten. Het overige bedrag betaalt u zelf. Ik adviseer om in eerste instantie bij uw zorgverzekeraar te informeren naar het percentage vergoeding van zorg in mijn praktijk. Mijn advies is om vooraf contact met uw zorgverzekeraar op te nemen om te informeren naar het percentage vergoeding van zorg in mijn praktijk. U kunt hierbij de prestatiecode CO0505 als voorbeeld benoemen (hier wordt u mogelijk om gevraagd). Het reguliere (NZa) tarief voor deze code is €156,72. Op basis van het antwoord van uw zorgverzekeraar kunt u nu zelf het percentage vergoeding uitrekenen. U ontvangt elke maand van mij een factuur met daarop de verschillende zorgprestaties. Deze factuur betaalt u altijd zelf binnen 15 dagen volgens de betalingsvoorwaarden. U kunt deze factuur meteen na ontvangst al indienen bij uw zorgverzekeraar. Afhankelijk van de polis die u heeft afgesloten, krijgt u daarna 60% tot 100% van de factuur door uw verzekeraar vergoed.

Contracten met zorgverzekeraars in 2025 (verzekerde zorg)

Mijn praktijk levert psychologische zorg die wordt vergoed vanuit het **basispakket van de zorgverzekering**. Om in aanmerking te komen voor deze vergoeding is een **verwijsbrief van de huisarts** noodzakelijk. Het **eigen risico** van de zorgverzekering wordt eerst aangesproken, waarna bij gecontracteerde zorgverzekeraars 100% van de behandelingskosten wordt vergoed. De facturatie verloopt rechtstreeks via de zorgverzekeraar, waardoor je zelf geen facturen hoeft in te dienen. Voor het jaar 2025 heeft de praktijk wél contracten afgesloten met de volgende zorgverzekeraars en hun respectievelijke merken:

- **Menzis** (Menzis, Anderzorg, HEMA, VinkVink)
- **A.S.R.** (A.S.R. , a.s.r. ik kies zelf)
- **Aevitae** (Eucare, care for life)

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. Onze praktijk rekent de volgende tarieven voor de meest voorkomende consulten:

- Consult diagnostiek vanaf 45 minuten €183,07
- Consult behandeling vanaf 45 minuten € 156,72

	15 min	30 min	45 min	60 min	75 min	90 min	120 min
Diagnostiek	€75,41	€129,32	€183,07	€211,06	€257,87	€315,90	€440,15
Behandeling	€62,665	€109,37	€156,72	€186,80	€230,38	€281,27	€402,66

Tabel van de Nza (2024) over de tarieven per tijdslot (15 min)

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 €132,24 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/no-show

Bij verhindering kunt u kosteloos tot 48 uur van tevoren (in werkdagen) een gesprek afzeggen. Indien u een gesprek niet tijdig annuleert, zijn de kosten daarvan voor eigen rekening. U ontvangt hiervoor een factuur die u zelf moet betalen. Deze factuur wordt niet vergoed door uw verzekeraar. Omdat er tijd voor u is gereserveerd en kosten van de praktijk wel doorlopen, zal ik u in zo'n geval €80,- in rekening brengen.

*Aevitae (Eucare, care for life) 2024:

Om in aanmerking te komen voor een volledige vergoeding is een **verwijsbrief van de huisarts** noodzakelijk. Het **eigen risico** van de zorgverzekering wordt eerst aangesproken, waarna bij gecontracteerde zorgverzekeraars 100% van de behandelingskosten wordt vergoed. De facturatie verloopt rechtstreeks via de zorgverzekeraar, waardoor je zelf geen facturen hoeft in te dienen. Voor het jaar 2025 heeft de praktijk wél contracten afgesloten met de volgende zorgverzekeraars en hun respectievelijke merken: