

## Behandelovereenkomst

Bij het starten van een intake of behandeling in het kader van verzekerde zorg is onderstaande van toepassing:

1. Deze overeenkomst wordt vrijwillig aangegaan en is op ieder moment gedurende de behandeling door cliënt opzegbaar.
2. De behandeling “psychotherapie” bestaat uit gesprekken van 45 minuten, met een nader te bepalen frequentie.
3. De behandeling is gebaseerd op een behandelplan met een door de psychotherapeut gestelde psychiatrische (DSMV) diagnose over uw toestand bij aanmelding.
4. De Nederlandse wetgeving (WGBO) is van toepassing, alsmede de beroepscode voor psychotherapeuten (NVP) en het klachtrecht (geregeld via de LVVP). Mocht er een klacht zijn over de therapeut, dan dient deze eerst met de behandelaar zelf besproken te worden.
5. Verzekerde zorg vindt plaats op basis van een recente en specifieke verwijzing voor psychotherapie/2<sup>e</sup>-lijns GGZ-zorg door de huisarts. Mogelijk wordt uw medewerking gevraagd bij behandel-effectmeting d.m.v. Routine Outcome Management.
6. Psychotherapie is een hoogwaardige gespecialiseerde behandeling, waaraan kosten verbonden zijn. Client is persoonlijk betalingsplichtig voor de behandelkosten aan behandelaar. Deze worden bepaald door het landelijk vastgestelde DBC tarief (voor meer info zie [www.nza.nl](http://www.nza.nl)), welke na afloop van de behandeling wordt vastgesteld, op basis van de combinatie van Diagnose, Behandeling en Bestede Tijd. Er is in dit systeem dus geen sprake van een vast bedrag per zitting! De tijd die door de psychotherapeut besteedt wordt aan de behandeling is meer dan alleen de gesprekstijd van 45 minuten per zitting. Per therapie-zitting geldt 15 minuten voor uitwerking en administratie. Verder wordt er gedurende de intake 60 min. besteed aan diagnostiek, indicatiestelling en verslaglegging. Daarnaast kan er tijd besteed worden aan externe toetsing en intervisie.
7. Meestal is er sprake van een gedeeltelijke vergoeding van de behandelkosten, waardoor de cliënt rekening moet houden met de mogelijkheid van kosten die zelf bijbetaald moeten worden. De hoogte van een vergoeding hangt af van uw eigen polis. De cliënt is zelf verantwoordelijk zich te informeren omtrent diens polisvoorwaarden en het vergoedingspercentage. Belangrijk is uit te gaan van het tarief bij “**niet gecontracteerde zorg**”. Verder: als u een ‘natura-polis’ heeft, dan houdt dat meestal in dat u een gedeelte van de kosten zelf moet bijbetalen, bij een “restitutiepolis” geldt meestal de volledige vergoeding. Daarnaast dient u rekening te houden met het wettelijk verplichte **Eigen Risico**.
8. Betaling/afrekening: Pas bij afronding van de behandeling (of bij een lopende behandeling na 365 dagen) ontvangt u de DBC-nota. De zorgverzekeraar betaalt aan u uit, dus u bent zelf degene die de nota aan mij betaalt, de betalingsstermijn is 30 dagen. De nota kunt u indienen bij uw zorgverzekeraar die de voor u geldende vergoeding aan u kan uitkeren. De betalingsvoorwaarden van MediCas zijn van toepassing. Zie: [www.Medicas.nl](http://www.Medicas.nl)
9. Absentie. U wordt vriendelijk verzocht om uw afwezigheid zo lang mogelijk, en liefst minimaal een week van tevoren aan mij door te geven i.v.m. de planning. Voor afmelding kunt u mij bellen (tel 06-18567067) of een boodschap inspreken. Indien nodig bel ik u terug. **Let op: Bij door u gemiste, of minder dan 24 uur van tevoren afgezegde afspraken, ongeacht de reden, worden de kosten van de zitting bij u in rekening gebracht.**