

Wij zijn PLU.

We houden van duidelijkheid.

Wij kiezen ervoor om geen contracten met zorgverzekeraars af te sluiten. Zo hebben wij meer vrijheid om te behandelen volgens onze visie en waarden. Dit heeft gevolgen en hierover zijn we graag duidelijk. Het kan betekenen dat je een deel van de behandeling zelf moet betalen.

Hoeveel moet ik voor mijn behandeling bij PLU betalen?

Dit hangt af van het tarief van de behandeling en hoeveel jouw zorgverzekeraar daarvan vergoedt. Met een restitutiepolis worden over het algemeen alle kosten vergoed (zie uitleg op de achterkant).

Het precieze tarief van de behandeling is pas na afloop van de behandeling duidelijk. Wel kunnen we aan het begin van de behandeling een inschatting maken. Op deze kaart laten we zien op welk moment we meer duidelijkheid kunnen bieden. Zo voorkomen we dat je voor verrassingen komt te staan.

VERWIJZING HUISARTS

Je wordt naar ons verwezen door de huisarts. De verwijsbrief van je huisarts is belangrijk. Hierop staat of je wordt verwezen naar de basis-ggz of gespecialiseerde ggz. Op de achterkant van deze kaart kun je lezen wat het verschil is.

VRIJBLIJVENDE KENNISMAKING

Na aanmelding belt een behandelaar je voor een vrijblijvende kennismaking. De behandelaar brengt jouw hulpvraag in kaart en schat in of er sprake is van basis-ggz of gespecialiseerde ggz. Als onze inschatting anders is dan die van de verwijzer, dan is een nieuwe verwijsbrief nodig.

■ Check je zorgverzekering

Het is verstandig om bij jouw zorgverzekeraar na te vragen op welke vergoeding je recht hebt. Wil je weten wat belangrijk is om te vragen? Bekijk dan de checklist op de achterkant van deze kaart.

■ Indicatie tarief

Als er sprake is van basis-ggz, dan kunnen we in deze fase een indicatie geven van het tarief. Voor de gespecialiseerde ggz kunnen we dat nog niet.

START BEHANDELING

INTAKE EN START BEHANDELING

Jouw behandeling begint met de intakefase. In deze fase gaan we dieper in op jouw hulpvraag. We komen tot een diagnose en stellen een behandelplan op.

■ Nauwkeurige inschatting tarief

Aan het eind van de intakefase kunnen we op basis van het behandelplan en onze ervaring een vrij nauwkeurige inschatting maken van het tarief.

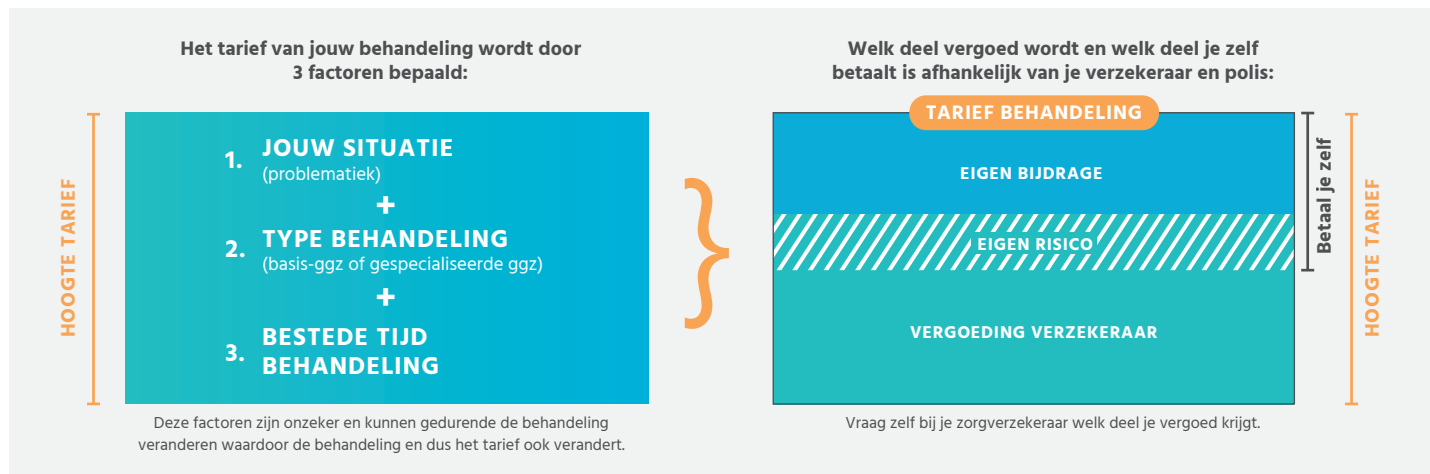
BEHANDELFASE

Wij stemmen de duur en intensiteit van de behandeling af op jouw persoonlijke situatie. De meeste behandelingen duren niet langer dan 6 maanden. We evalueren op vaste momenten of de behandeling voldoende aansluit.

■ Factuur zorgkosten PLU

Je ontvangt de factuur nadat de behandeling is afgesloten. De factuur dien je zelf in bij je zorgverzekeraar. Tip: doe dit zo snel mogelijk, want 30 dagen na de factuurdatum wordt het bedrag via automatische incasso van je rekening afgeschreven.

Achtergrondinformatie



WAT IS HET VERSCHIL TUSSEN DE BASIS-GGZ EN GESPECIALISEERDE GGZ?

De basis-ggz is voor mensen met lichte tot matige psychische klachten. De behandeling is vaak kortdurend (1 - 10 gesprekken). Zwaardere, meer complexe psychische problemen worden behandeld in de gespecialiseerde ggz. Deze behandelingen zijn over het algemeen intensiever en langer en vaak zijn er meerdere behandelaars betrokken.

HOE WORDT HET TARIEF BEPAALD?

In de basis-ggz en gespecialiseerde ggz gelden andere tarieven. De tarieven zijn door de overheid vastgesteld en te vinden op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA).

Tarieven basis-ggz

De basis-ggz bestaat uit een aantal type behandelingen. Bij PLU bieden we de behandelingen kort, middel en intensief. Op basis van jouw problematiek bepalen we welke behandeling je nodig hebt.

Tarieven gespecialiseerde ggz

In de gespecialiseerde ggz wordt het tarief bepaald door de bestede tijd in combinatie met de diagnose. De bestede tijd bestaat uit de tijd waarin je de behandelaar ziet (directe tijd), maar ook de tijd die de behandelaar nodig heeft voor voorbereiding, overleg met collega's of het schrijven van een verslag (indirecte tijd).

Tarieven bij overstap van basis-ggz naar gespecialiseerde ggz

Soms komt het voor dat er door verzwarende omstandigheden of voortschrijdend inzicht toch meer nodig is dan basis-ggz. Dit bespreken we met jou. We kunnen er dan voor kiezen de behandeling binnen de gespecialiseerde ggz verder vorm te geven zodat we je nog beter kunnen helpen. Je ontvangt dan eerst een factuur voor de behandeling in de basis-ggz. Daarna gaan we verder in de gespecialiseerde ggz en na afloop ontvang je ook daarvan een factuur.

VERGOEDT DE ZORGVERZEKERAAR MIJN BEHANDELING?

Wij bieden zorg die onder de basisverzekering valt. Dit betekent dat de zorgverzekeraar altijd een deel van de behandeling vergoedt. Het verschilt per zorgverzekeraar en polis hoeveel precies wordt vergoed. Het is daarom belangrijk om bij jouw zorgverzekeraar na te vragen op welke vergoeding je recht hebt. Let daarbij op de volgende punten.

CHECKLIST VERGOEDING

1. Basis-ggz of gespecialiseerde ggz

Check of jouw behandeling onder de basis-ggz of gespecialiseerde ggz valt. Dit kun je zien op de verwijfsbrief van de huisarts. Let op: in sommige gevallen kan de verwijzing na het voorgesprek met ons nog veranderen.

2. Zorgverzekering

Check welke zorgverzekering je hebt. De meeste mensen hebben een natura- of een restitutiepolis.

Met een naturapolis krijg je een deel van de kosten vergoed. Dit hangt af van je polisvoorwaarden. Vraag je zorgverzekeraar welk bedrag wordt vergoed.

Met een restitutiepolis krijg je bij veel zorgverzekeraars alle kosten vergoed. Maar ook bij deze polissen is het verstandig contact op te nemen met je zorgverzekeraar om na te gaan om welk bedrag het gaat.

Soms vraagt een zorgverzekeraar naar een declaratie- of productcode. Deze code kun je bij ons opvragen. Let op: dit is een inschatting en geen zekerheid.

3. Eigen risico

Check welk deel van het eigen risico nog openstaat. Het verplicht eigen risico bedraagt 385,-. Hierop zal je zorgverzekeraar eerst aanspraak maken voordat zij kosten vergoeden. Misschien heb je een aanvullend eigen risico afgesproken en is dit bedrag hoger.

4. Machtiging

Check of een machtiging nodig is. Bij sommige verzekeraars heb je van tevoren toestemming (een machtiging) nodig om de behandeling vergoed te krijgen. Dit betekent dat je ze schriftelijk moet informeren dat je bij ons in behandeling komt. Je krijgt van ons een document dat je kunt opsturen. Een machtiging is in ieder geval nodig als je verzekerd bent bij Ditzo of De Amersfoortse.

HEEFT U VRAGEN?

Bel uw zorgverzekeraar of PLU (033 3039500).