

**Algemene voorwaarden Lieke Looijmans Psychotherapie**Hieronder vind je de algemene voorwaarden van Lieke Looijmans Psychotherapie. Als je zorg afneemt (intake, behandeling of diagnostiek), houdt dat in dat je akkoord gaat met deze algemene voorwaarden.   
  
Proces diagnostiek en behandeling  
Voor een uitgebreide beschrijving van het screenings-, intake- en behandelproces, verwijs ik naar mijn website <https://liekelooijmanspsychotherapie.nl>. Hier staan ook de actuele wachttijden.   
  
Voor wie?  
Omdat ik niet elke dag werkzaam ben en een eenmanspraktijk heb, ben ik niet alle dagen van de week bereikbaar. Dat betekent dat je je tussen de wekelijkse sessies door voldoende moet kunnen redden. Om die reden behandel ik geen crisisgevoelige problematiek. Ook acute suïcidaliteit, verslavingsproblematiek, psychotische stoornissen en ernstige eetproblematiek zijn contra-indicaties. Uiteraard zullen we samen bespreken wat je na de sessie zelf kan doen aan emotie-regulatie, wat je kan doen om je proces te bespoedigen en hoe je steun kan vinden in je eigen netwerk.   
**Bij spoed of crisis raad ik je aan contact op te nemen met je huisarts of de huisartsenpost.**   
  
Kosten en vergoedingen  
**Verzekerde zorg**

Vrijwel alle psychotherapeutische behandelingen voor volwassenen die ik aanbied, worden vergoed vanuit de basisverzekering van de Zorgverzekeringswet (als gespecialiseerde ggz). Je krijgt de behandeling alleen vergoed als je een geldige verwijsbrief van de huisarts hebt. 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](https://www.zn.nl/app/uploads/2023/02/ZN-24-015984-ZN-circulaire-therapieen-GGZ-versie-mei-2024.pdf)).

In twee intakegesprekken stel ik als jouw behandelaar vast of er inderdaad sprake is van een stoornis waarvan de behandeling wordt vergoed door je zorgverzekeraar. Mocht er toch geen sprake zijn van een stoornis, dan worden de eerste diagnostische consulten nog wel vergoed.

Gecontracteerde zorg  
**Contracten met deze zorgverzekeraars in 2024 (verzekerde zorg)**

Voor 2024 heeft de praktijk een contract met de volgende zorgverzekeraars:

* Zorgverzekeraar Menzis, waaronder ook label Anderszorg
* Zorgverzekeraar Zilveren Kruis, waaronder ook label Interpolis, FBTO en de Friesland

Als je een zorgverzekering hebt afgesloten bij één van deze zorgverzekeraars, dan stuur ik de facturen rechtstreeks naar de zorgverzekeraar. De vergoeding is in natura: de zorgverzekeraar betaalt de factuur direct aan mij als behandelaar. Je merkt daar dus niets van. Wel kunnen deze nota's door je zorgverzekeraar met jouw (verplicht en eventueel vrijwillig) eigen risico worden verrekend, als dat nog open staat.

**Geen contracten met andere zorgverzekeraars in 2024 (onverzekerde zorg)**

Met alle andere zorgverzekeraars heeft de praktijk in 2024 geen contract afgesloten.

Als je een zorgverzekering hebt afgesloten bij een van deze zorgverzekeraars, ontvang je elke maand van de praktijk een factuur met daarop de verschillende zorgprestaties. Deze factuur betaal je altijd zelf binnen 30 dagen volgens de betalingsvoorwaarden. Je kunt deze factuur meteen na ontvangst al indienen bij je zorgverzekeraar. Afhankelijk van de polis die je hebt afgesloten, krijg je daarna 60% tot 100% van de factuur door jouw verzekeraar vergoed. Vraag het percentage van de vergoeding bij jouw zorgverzekeraar na.

**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 (hieronder vallen de intakegesprekken) vanaf 60 minuten € 211,06
* Consult behandeling vanaf 60 minuten € 186,80

In deze tarieven zijn ook de administratiekosten meegenomen, zoals het rapporteren van het gesprek of het maken van een intakeverslag of behandelplan. Inhoudelijke contacten via mail, telefoon of de E-healthmodule, dus gesprekken die gaan over je klachten en hulpvraag, worden ook gedeclareerd als een (korter) contact.  
  
**Annuleren van gesprekken**

Bij verhindering kun je kosteloos tot 24 uur van tevoren (in werkdagen) een gesprek afzeggen. Indien je een gesprek niet tijdig annuleert, zijn de kosten daarvan voor eigen rekening. De praktijk mag hiervoor zelf een tarief vaststellen. Je ontvangt hiervoor een factuur die je zelf moet betalen. Deze factuur wordt niet vergoed door je verzekeraar. Het tarief voor een gemist gesprek is € 50.