

Algemene voorwaarden

1. Voorwaarden voor annuleren van afspraken

Afspraak afzeggen of niet verschijnen op de (intake) afspraak

Afspraken dienen minimaal 24 uur tevoren afgezegd worden, waarbij voor afspraken op maandag geldt dat deze uiterlijk op de vrijdag tevoren afgezegd moeten worden. Indien u een afspraak minder dan 24 uur tevoren (voor de maandag geldt annulering pas op zaterdag of zondag) annuleert dan kan Florere GGZ de gereserveerde tijd niet factureren als zorgkosten. Als tegemoetkoming voor deze niet declarabele tijd zal Florere GGZ u een factuur sturen van 75,00 euro. Deze zogeheten 'no-show factuur' wordt niet door de zorgverzekeraar vergoed. Indien de behandelaar de afspraak afzegt dan vervalt de verplichting tot betaling van het consult.

U stopt vroegtijdig met de behandeling

U kunt te allen tijde de behandeling vroegtijdig stoppen. Indien u besluit het intakeproces, het onderzoek of de behandeling vroegtijdig te stoppen houdt u er dan rekening mee dat u alle afspraken tijdig annuleert. Indien u uw sessieafspraken niet annuleert wordt u een factuur gestuurd van 75 euro, immers hebben wij tijd voor u gereserveerd staan die wij vervolgens niet kunnen declareren bij uw zorgverzekering. Ook u kunt deze kosten helaas niet declareren.

De behandelovereenkomst is van nature beëindigd zodra de behandeling is afgelopen, de behandelaar stelt de cliënt hiervan in kennis tenminste op de voorlaatste sessie, mits dat voor aanvang van de behandeling niet is vastgelegd. De cliënt is, zoals eerder genoemd, gerechtigd de overeenkomst, met onmiddellijke ingang, zonder rechterlijke tussenkomst, te beëindigen door middel van een aangetekende schriftelijke kennisgeving hiervan aan de behandelaar.

Wanneer de voorwaarden van de cliënt strijdig zijn met de voorwaarden van Florere GGZ, dan zijn de voorwaarden van Florere GGZ van toepassing. Enig andersluidend beding in de voorwaarden van de cliënt doet aan het voorgaande niet af. Van deze overeenkomst kan alleen schriftelijk worden afgeweken.

Op deze voorwaarden en wat daarmee verband houdt, tussen Florere GGZ en cliënt is het Nederlands recht van toepassing.

Niet op de intake verschijnen

Florere

GGZ

Indien u niet op de intake verschijnt rekenen wij hier 75 euro voor. Dit kunt u helaas niet declareren. U krijgt dan via Infomedics een rekening toegestuurd.

2. Voorwaarden van behandelovereenkomst

Deze voorwaarden zijn van toepassing op alle behandelovereenkomsten tussen de behandelaar van Florere GGZ (hierna te noemen: behandelaar) en de cliënt.

Een opdracht komt tot stand door schriftelijke aanvaarding van de behandelovereenkomst, bestaande uit het behandelplan en de algemene en betalingsvoorwaarden. Het behandelplan zal de cliënt ter accordering digitaal worden aangeboden in de clientportal of indien gewenst schriftelijk, welke ook mondeling geaccordeerd kan worden, en vormt de basis van de behandeling (conform de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst). Een opdracht kan ook tot stand komen door een mondelinge afspraak, zoals het afspreken van een consult.

De behandelaar beoordeelt bij aanmelding of er sprake is van zorg die in aanmerking komt voor vergoeding door de zorgverzekeraar binnen de Curatieve GGZ. Wanneer dit niet het geval is zal dit expliciet gecommuniceerd worden aan de cliënt.

De verantwoordelijkheid om te achterhalen welke vergoedingen en voorwaarden de verzekeringsmaatschappij van de cliënt hanteert, ligt geheel bij de cliënt zelf.

Florere GGZ is verplicht om te controleren of de opgegeven verzekeringsgegevens juist zijn, om uw BSN-nummer te registreren en uw identiteit vast te stellen aan de hand van een identiteitsbewijs. Neem daarom bij het eerste gesprek uw identiteitsbewijs en verzekeringspasje mee. Wanneer er geen sprake is van vergoede zorg en cliënt wel graag behandeling krijgt, ontvangt de cliënt per zitting een factuur.

3. Betalingsvoorwaarden

Begin van de maand zult u een factuur ontvangen van de sessies van de maand ervoor. Deze dient u binnen 30 dagen te betalen. U kunt deze factuur zelf indienen bij uw zorgverzekeraar. Afhankelijk van uw polis krijgt u (een deel) vergoed. De facturatie besteden wij uit aan Infomedics. Na het verstrijken van de wettelijke betalingstermijn is uw behandelaar gerechtigd

verdere incassomaatregelen te treffen, en worden eventuele incassokosten op u verhaald.

4. Beroepscode

De therapeut is gebonden aan zijn of haar beroepscode. De beroepscode omvat regels en plichten van de behandelaar en de cliënt. Deze zijn vastgelegd in een aantal wetten, zoals de wet BIG (Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg), de WBGO (Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst) en de Wkkgz (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg).

5. Informatie naar derden

Informatie naar derden is alleen mogelijk met uw toestemming. Uitzondering hierop is intercollegiaal overleg en intervisie en supervisie, waarbij de anonimiteit gewaarborgd blijft. Bij verwijzing van de huisarts is het voor de huisarts belangrijk om te weten of de behandeling van start is gegaan en hoe de behandeling verloopt. Gebruikelijk is dat de huisarts hierover door middel van een (korte) brief geïnformeerd wordt. Als u niet akkoord bent met het verstrekken van gegevens aan de huisarts, dan kunt u dat bij uw behandelaar aangeven.

6. Dossiervoering en inzagerecht

Van de behandeling wordt een elektronisch dossier bijgehouden (dossierplicht). Dit dossier staat op een externe server, waardoor de gegevens niet op de computer van de praktijk worden opgeslagen. De gegevens worden conform de wettelijk gestelde eisen bewaard. De wettelijke bewaartermijn van dit dossier is 20 jaar. Bij Florere GGZ start de wettelijke bewaartermijn op het moment dat de behandeling/het dossier wordt afgesloten. Als cliënt heeft u recht op inzage in, aanvullen of verwijderen van uw dossier en recht op afschrift (tegen een administratieve vergoeding). Een verzoek om inzage of afschrift van gegevens dient schriftelijk te worden ingediend. Voor beide partijen is het prettig als u daarvoor van tevoren een afspraak maakt.

7. Routine Outcome Monitoring (ROM)

Gedurende de behandeling zal cliënt gevraagd worden een vragenlijst in te vullen t.b.v. effectmeting en tevredenheidsonderzoek (Routine Outcome Monitoring), conform het bestuurlijk akkoord voor de GGZ. De resultaten zullen (geanonimiseerd) aangeboden worden aan Stichting Benchmark GGZ.

8. Uw privacy en uw persoonsgegevens

Uw persoonsgegevens en medische gegevens slaan wij digitaal op. Dit doen wij om goede zorg aan u te kunnen verlenen. Het verwerken van uw gegevens doen wij volgens ons privacy- en dataveiligheidsbeleid, in overeenstemming met de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst. Uw gegevens verwerken wij op basis van Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). U gaat met die opslag (verwerking) akkoord door uw zorg door onze praktijk te laten uitvoeren.

Uw gegevens geven wij alleen door aan derden als dat nodig is voor het leveren van goede zorg. Indien hiervoor op basis van de wet specifieke toestemming is vereist, vragen we die vooraf aan u.

U kunt onderdelen van uw persoonsgegevens bekijken. Stuur u ons dan een schriftelijk verzoek.

Als u vindt dat de gegevens die wij van u hebben opgeslagen niet correct zijn, mag u ons schriftelijk vragen om uw gegevens aan te passen.

U kunt ons vragen om uw persoonsgegevens te wissen. Als wij dit doen kunnen wij (mogelijk) niet langer verantwoorde zorg aan u verlenen. De WGBO vereist een bewaartermijn van 20 jaar. Daarom slaan we uw gegevens in dat geval op in een inactief archief, onzichtbaar en onbruikbaar voor de normale gebruiker.

U kunt uw toestemming tot onze verwerking van uw persoonsgegevens intrekken. Wij kunnen dan (mogelijk) geen verantwoorde zorg garanderen. Wij slaan uw gegevens in dat geval op in een inactief archief (zie boven). U kunt bij ons bezwaar maken als u het niet eens bent met de manier waarop wij uw persoonsgegevens verwerken. U krijgt bericht van ons als er iets mis is gegaan met uw persoonsgegevens. Uw gegevens verwerken wij niet langer dan nodig is voor het leveren van goede zorg. Wij houden ons aan de bewaartermijnen van de WGBO. Het bovenstaande geldt ook voor persoonsgegevens die wij via derden ontvangen.

9. Klachten

Heeft u een klacht over uw behandeling bij Florere GGZ? De eerste stap is dat u dit bespreekbaar maakt met uw (regie-)behandelaar. Indien dit niet bevredigend is kunt u zich richten tot de klachten- en geschillenorganisatie van uw (regie-)behandelaar. U kunt op www.ppcutrecht.nl meer informatie vinden over het indienen van een klacht.

10. Gegevens voor de verzekering

Wanneer u informeert voor eventuele vergoedingen bij uw verzekering, dan kunt u de volgende gegevens over Florere GGZ doorgeven:

Florere GGZ

Maliebaan 77

3581CG Utrecht

AGB-code: 22-... (vooralsnog de AGB-code van de praktijk PPC UTRECHT 94060270).

Rekeningnummer :NL13ABNA0507611705

BIC: ABNANL2A

Tel 030-7431875

administratie@florereggz.nl

11. Basis-GGZ of specialistische GGZ?

Hieronder kunt u 2 verschillende versies aantreffen over de werkwijze en betaling binnen Florere GGZ. Uw huisarts verwijst u voor Generalistische Basis GGZ (GB GGZ) of Specialistische GGZ (SGGZ).

Generalistische Basis GGZ

Intake en zorgtraject

Florere GGZ is verplicht om te controleren of de opgegeven verzekeringsgegevens juist zijn, om uw BSN-nummer te registreren en uw identiteit vast te stellen aan de hand van een identiteitsbewijs. Neem daarom bij het eerste gesprek uw identiteitsbewijs mee.

De meeste behandelingen bij Florere GGZ worden vanuit de generalistische basis-GGZ vergoed. U hoeft hiervoor dus geen aanvullende verzekering of speciale polisvoorwaarden te hebben. U heeft dan wel een verwijfsbrief van uw

Florere

GGZ

huisarts nodig. Een behandeling wordt vergoed als uw klacht voldoet aan de criteria van een vergoedbare diagnose. Zowel de huisarts als de psycholoog bekijkt of er sprake is van een DSM-5 classificatie (het handboek voor classificatie van psychische klachten). De behandelaar beoordeelt bij aanmelding of er sprake is van zorg die in aanmerking komt voor vergoeding door de zorgverzekeraar binnen de Generalistische Basis GGZ. Niet alle DSM-5 classificaties komen voor vergoede zorg in aanmerking. Wanneer de classificatie niet voor vergoeding in aanmerking komt, zal dit expliciet gecommuniceerd worden aan de cliënt.

Vanaf 2022 in het Zorgprestatiemodel ingevoerd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Dat betekent dat er per afspraak een tarief voor de directe tijd gerekend wordt, welke bepaald is door de NZA. Voor diagnostiek wordt een hoger tarief gerekend dan voor behandeling, omdat voor diagnostiek meer uitwerktijd nodig is (welke verrekend is in het sessietarief). De duur van een behandeling in de GB GGZ is gewoonlijk minstens 5 en maximaal 12 sessies*, inclusief de intakegesprekken. Gedurende de intake wordt ingeschat in hoeverre een traject in de GB GGZ toereikend is voor uw zorgvraagzwaarte. Indien de GB GGZ als passend wordt geschat, zal u een schatting van het aantal benodigde sessies worden voorgelegd. Indien GB GGZ niet passend wordt geacht voor de zorgvraagzwaarte, dan zal dit met u besproken worden. U krijgt dan direct te horen of doorverwijzing naar de SGGZ binnen Florere GGZ passend wordt beschouwd of dat een andere organisatie beter passende zorg biedt.

* een sessie is 45 tot 60 minuten directe tijd, afhankelijk van de afspraken die u maakt met uw zorgverlener. De indirecte tijd (voorbereiding en administratietijd) is bij het tarief inbegrepen.

Betaling

Contractvrije zorg

Wij hebben ervoor gekozen om met de meeste zorgverzekeraars GEEN contracten met zorgverzekeraars aan te gaan, of er wordt ons geen contract geboden omdat de organisatie nog onvoldoende lang bestaat in de ogen van de zorgverzekeraar. Dat houdt financieel het volgende in: Indien u geen restitutiepolis en/of vrije zorgkeuze polis hebt, dan is er een eigen bijdrage. De hoogte van de eigen bijdrage is afhankelijk van de afspraken die u met uw zorgverzekeraar heeft gemaakt. U betaalt dan mogelijk tussen 0% en 30% van de factuur. Dat heet de eigen bijdrage. De enige uitzondering hierop zijn de budgetpolissen. Zij kunnen wel eens lager uitvallen (rond de 35%).

Zelf indienen → Dat gebeurt bij onderstaande verzekeraars:

- CZ groep (Ohra, Delta Lloyd, CZ, CZ-direct)

Florere

GGZ

- Menzis (Anderzorg, Hema, PMA, Menzis)
- Achmea (Zilveren kruis, FBTO, Interpolis, zilveren kruis Ziezo, Prolife, Avero, OZF, IK!, IAK, Kiemer)
- VGZ (univé, bewust, IZZ, IZA, Zeker, Naytional Academic, United Consumers, Promovendum, Besures, UMC, VGZ)
- Multizorg (ONVZ, PNO, VVAA, Zorg en Zekerheid, AZVZ, Ditzo, de Amersfoortse, Sallend zorgverzekeringen, Zorgdirect)

U ontvangt eerst een factuur van Infomedics met het gehele bedrag van het traject. Deze kunt u dan bij uw verzekering indienen. Vervolgens krijgt u (een percentage van) de factuur vergoed. Bij een restitutiepolis is dit 100%, bij een andere verzekeringsvorm kan dit ongeveer 75% zijn. U krijgt het bedrag dan van uw verzekering op uw bankrekening. Vervolgens kunt u de factuur van Infomedics betalen.

Gecontracteerde zorg bij DSW (DSW, InTwente en Stadt Holland)
Wij sturen de factuur rechtstreeks naar uw verzekering. Zij keren het bedrag aan ons uit waar u recht op hebt. Indien het eigen risico van het kalenderjaar nog niet verbruikt is, zal uw zorgverzekeraar u hiervoor factureren.

Specialistische GGZ

Intake en zorgtraject

Florere GGZ is verplicht om te controleren of de opgegeven verzekeringsgegevens juist zijn, om uw BSN-nummer te registreren en uw identiteit vast te stellen aan de hand van een identiteitsbewijs. Neem daarom bij het eerste gesprek uw identiteitsbewijs mee.

De behandelingen bij Florere GGZ worden vanuit het basispakket vergoed. U hoeft hiervoor dus geen aanvullende verzekering of speciale polisvoorwaarden te hebben. Indien het gaat om omzetting van de Generalistische Basis GGZ naar de Specialistische GGZ binnen Florere GGZ, dan heeft u geen nieuwe verwijsbrief nodig. Een behandeling wordt vergoed als uw klachten voldoen aan de criteria van een DSM-5 classificatie die voor vergoeding in aanmerking komt. Zowel de huisarts als de psycholoog bekijkt of er sprake is van een DSM-5 classificatie (het handboek voor classificatie van psychische klachten). De behandelaar beoordeelt bij heraanmelding of er sprake is van zorg die in aanmerking komt voor vergoeding door de zorgverzekeraar binnen de Specialistische GGZ. Wanneer dit niet het geval is zal dit expliciet gecommuniceerd worden aan de cliënt.

Bij de start van de behandeling wordt tijdens de diagnostiekfase bepaald welk zorgpad u gaat bewandelen. Dit is afhankelijk van de mate van ernst, complexiteit en het risico van uw problematiek. De behandeling kan bestaan

Florere

GGZ

uit gesprekken (face-to-face), telefonische contacten (ear-to-ear), e-mailcontacten (bit-to-bit), diagnostiek (testmateriaal afnemen en uitwerken), verslaglegging en overleg met uw verwijzer indien nodig. Deze tijd wordt gedeclareerd in de vrom Alle tijd (in minuten) die wordt besteed aan uw behandeling, wordt opgeteld (zowel directe tijd als indirecte tijd). In overleg met u kan gaandeweg de behandeling besloten worden tot een 'zwaarder' traject, als de behandeling van uw klachten toch meer tijd vraagt. Tijdens de behandeling ontvangt u een factuur voor de eigen bijdrage.

Betaling

Contractvrije zorg

Wij hebben ervoor gekozen om met de meeste zorgverzekeraars GEEN contracten met zorgverzekeraars aan te gaan, of er wordt ons geen contract geboden omdat de organisatie nog onvoldoende lang bestaat in de ogen van de zorgverzekeraar. Dat houdt financieel het volgende in: Indien u geen restitutiepolis en/of vrije zorgkeuze polis hebt, dan is er een eigen bijdrage. De hoogte van de eigen bijdrage is afhankelijk van U betaalt dan mogelijk tussen 0% en 30% van de factuur. Dat heet de eigen bijdrage. De enige uitzondering hierop zijn de budgetpolissen. Zij kunnen wel eens lager uitvallen (rond de 35%).

Zelf indienen → Dat gebeurt bij onderstaande verzekeraars:

- CZ groep (Ohra, Delta Lloyd, CZ, CZ-direct)
- Menzis (Anderzorg, Hema, PMA, Menzis)
- Achmea (Zilveren kruis, FBTO, Interpolis, zilveren kruis Ziezo, Prolife, Avero, OZF, IK!, IAK, Kiemer)
- VGZ (univé, bewust, IZZ, IZA, Zeker, Naytional Academic, United Consumers, Promovendum, Besures, UMC, VGZ)
- Multizorg (ONVZ, PNO, WVAA, Zorg en Zekerheid, AZVZ, Ditzo, de Amersfoortse, Sallend zorgverzekeringen, Zorgdirect)

U ontvangt eerst een factuur van Infomedics met het gehele bedrag van het traject. Deze kun U dan bij uw verzekering indienen. Vervolgens krijgt u een percentage van de factuur terug. Bij een restitutiepolis is dit 100%, bij een andere verzekeringsvorm kan dit ongeveer 75% zijn. U krijgt het bedrag dan van uw verzekering op uw bankrekening. Vervolgens kunt u de factuur van Infomedics betalen.

Gecontracteerde zorg bij DSW (DSW, InTwente en Stadt Holland)

Wij sturen de factuur rechtstreeks naar uw verzekering. Zij keren het bedrag aan ons uit waar u recht op hebt. Indien het eigen risico van het kalenderjaar nog niet verbruikt is, zal uw zorgverzekeraar u hiervoor factureren.

Florere **GGZ**