

## **Vergoedingen**

Wat kost een consult en wat krijgt u hiervan vergoed? Wij geven u een overzicht.

### **Dieetadvies vergoed door uw zorgverzekering kan via de:**

- Basisverzekering
- Aanvullende verzekering
- Ketenzorg

### **Vergoeding vanuit de basisverzekering**

Dieetadvies door de diëtist wordt vergoed vanuit de basisverzekering. U heeft vanuit de basisverzekering recht op 3 behandelingen per jaar. In de praktijk komt dit neer een eerste intake en 3 vervolgsconsulten, of 6 vervolgsconsulten per jaar.

Voor vergoeding van consulten uit de basisverzekering is het eigen risico van toepassing. Deze is in 2017 verplicht € 385,- per jaar. Het is dus afhankelijk van eerder gemaakte zorgkosten of u daadwerkelijk 3 behandelingen vergoed krijgt, of een rekening van uw zorgverzekeraar ontvangt.

Het verplicht eigen risico is niet van toepassing voor kinderen onder de 18 jaar. Kinderen onder de 18 jaar krijgen dus altijd 3 behandelingen per jaar vergoed.

### **Vergoeding vanuit de aanvullende verzekering**

Heeft u een aanvullende ziektekostenverzekering? Dan krijgt u mogelijk meer dan 3 consulten vergoed. Deze uren worden niet ingehouden op het eigen risico. U heeft recht op extra vergoeding uit de aanvullende verzekering als de vergoeding uit de basisverzekering is verbruikt. Of en hoeveel consulten u extra krijgt vergoed, verschilt echter per zorgverzekeraar en aanvullende verzekering. Bent u benieuwd of u ook vergoeding dieetadvies uit het aanvullend pakket krijgt? Kijk dan [hier](#). Komt u er niet geheel aan uit? We kijken graag met u mee.

### **Ketenzorg**

Dieetadvies voor chronische patiënten is vaak opgenomen in regionale samenwerkingsverbanden, de zogenoemde ketenzorg. Indien u recht heeft op ketenzorg wordt de factuur door de ketenzorg vergoed. Uw huisarts is op de hoogte of dit voor u geldt. Ketenzorg wordt niet verrekend met het eigen risico.

Voor welke patientengroepen is de ketenzorg van toepassing?:

- Diabetes mellitus
- CVRM (Cardio Vasculair Risicomanagement)
- COPD

VodiMed heeft een contract voor vergoeding uit de ketenzorg met Zorroo, Het Huisartsteam Breda en Huisartsen Zorggroep Breda.

## Tarieven

### **Declaratie en betaling factuur**

VodiMed streeft ernaar met alle zorgverzekeraars een contract af te sluiten. Dat betekent dat wij de factuur direct naar uw zorgverzekeraar sturen. Hebben wij geen contract met uw zorgverzekeraar? Dan dient u de factuur eerst zelf te betalen. De factuur kunt u dan vervolgens bij uw zorgverzekeraar declareren.

[Hier vindt u een overzicht met welke zorgverzekeraars VodiMed een contract heeft.](#)

Mocht u geen of onvoldoende vergoeding vanuit de zorgverzekering ontvangen en/of niet via de ketenzorg worden verwezen, dan kunt u ervoor kiezen om zelf de kosten te betalen.

Heeft u geen recht meer op een vergoeding vanuit uw zorgverzekering? Dan gelden voor u de onderstaande tarieven:

<b>Soort consult</b>	<b>Tijdsduur (direct + indirect)</b>	<b>Tarief</b>
Intakeconsult uitgebreid	Een gesprek van 60 minuten + 30 minuten indirecte tijd*	€ 90,-
Intakeconsult kort	Een gesprek van 45 minuten + 30 minuten indirecte tijd*	€ 75,-
Vervolgconsult normaal	Een gesprek van 20 minuten + 10 minuten indirecte tijd*	€ 30,-
Vervolgconsult kort	15 minuten (directe tijd + indirecte tijd*)	€ 15,-
Vervolgconsult lang	45 minuten (directe tijd + indirecte tijd*)	€ 45,-
Telefonisch consult	Per 15 minuten	€ 15,-
E-mailconsult	Per 15 minuten	€ 15,-
Toeslag huisbezoek		€ 25,-**

\* De behandelingsduur die wij in rekening brengen, bestaat uit twee componenten:

1. **Directe tijd:** direct contact met u (face-to-face)
2. **Indirecte tijd:** de tijd die wij besteden aan het o.a. voorbereiden van het consult, registreren van uw gegevens, berekening van uw voeding, het opstellen van uw dieetadvies en het schriftelijk informeren van uw verwijzer (bij aanvang en afsluiting van de behandeling). Hier bent u als cliënt doorgaans niet bij aanwezig.

\*\* Toeslag huisbezoek: Heeft u arts geen aanvraag gedaan voor een huisbezoek? Maar wenst u dit wel? Dan komen deze kosten voor eigen rekening. Dat betekent dat u deze kosten niet bij uw zorgverzekeraar kunt declareren.

### **Annulering en/of verhindering**

U dient een afspraak minimaal 24 uur van tevoren te annuleren. Annuleert u de afspraak later of bent u bij een gemaakte afspraak niet aanwezig? Dan brengen wij de kosten voor de afspraak bij u in rekening. Deze kosten kunt u niet bij uw zorgverzekeraar declareren.

### **Heb ik een verwijfsbrief nodig?**

Vanaf 1 augustus 2011 is de diëtist direct toegankelijk. Dit betekent dat wij zonder verwijzing van een arts de dieetbehandeling mogen starten. Echter, de meeste zorgverzekeraars hebben ervoor gekozen geen vergoeding uit te keren zonder een verwijfsbrief van uw arts. Bekijk in uw polisvoorwaarden of uw zorgverzekeraar de behandeling zonder verwijzing vergoedt.

Komt u voor het eerst bij de diëtist zonder verwijfsbrief? Dan zal de diëtist screenen of een behandeling kan worden gestart. Bij twijfel, zal de diëtist u adviseren om contact op te nemen met uw behandelend arts, of bespreekt dit, in overleg met u, zelf met de arts.

De diëtisten van VodiMed hebben de cursus Directe Toegankelijkheid Diëtetiek gevolgd.

