

Algemene voorwaarden en zorgovereenkomst

Claudia's Care Center (GGZ) verstrekt voorafgaand aan de intake de algemene voorwaarden en deze zorgovereenkomst. Daarmee voldoen wij aan de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO).

Door akkoord te gaan met deze overeenkomst, geeft u toestemming om onder de beschreven voorwaarden een behandeling te starten bij Claudia's Care Center. De algemene voorwaarden en deze overeenkomst beschrijven de rechten en plichten van u als cliënt, en van ons als zorginstelling.

Wij verzoeken u om deze overeenkomst digitaal te ondertekenen via het online toestemmingsformulier, voorafgaand aan het intakegesprek.

Duur en onderdelen van het traject

Na de intake bepalen we welk zorgpad het beste aansluit bij uw klachten, hulpvraag en zorgzwaarte (gebaseerd op o.a. de HONOS+ vragenlijst).

De drie zorgpaden zijn als volgt opgebouwd:

- **Zorgpad Verkennend:** 16 behandelcontacten
- **Zorgpad Versterkend:** 24 behandelcontacten
- **Zorgpad Verdiepend:** 40 behandelcontacten

Let op: dit is een richtlijn. Tijdens het traject monitoren wij samen met u de voortgang. Indien nodig en onderbouwd, kan het aantal behandelcontacten worden aangepast of verlengd.

Naast de behandelcontacten vinden er ook evaluaties plaats met het behandelteam. De behandeling wordt afgerond met een eindevaluatie door de regiebehandelaar. Deelname door u aan deze evaluaties is een voorwaarde en vast onderdeel van de behandeling.

Om de voortgang van de behandeling goed te kunnen monitoren en waar nodig bij te sturen, zijn wij verplicht om periodiek vragenlijsten naar u te sturen. Dit is een vereiste vanuit de zorgverzekeraar en maakt onderdeel uit van de behandeling. De vragenlijsten gaan over uw gezondheid, klachten en kwaliteit van leven. U ontvangt deze iedere 8 weken per e-mail. Het invullen van deze vragenlijsten is een voorwaarde en vast onderdeel van het behandeltraject. De resultaten zijn onderdeel van uw dossier, worden alleen binnen het behandelteam gebruikt en vallen onder de privacywetgeving (AVG).

Gebruik van AI bij verslaglegging

Voor rapportagedoeleinden wordt gebruik gemaakt van een AI-ondersteunde tool (Ontzorgd) die voldoet aan de beveiligingsnormen ISO 27001 en NEN 7510. De gegevens worden uitsluitend verwerkt voor het opstellen van rapportages en worden na verwerking automatisch verwijderd. De behandelaar blijft verantwoordelijk voor de controle en definitieve vastlegging van de rapportage.

Informatieverstrekking huisarts/verwijzer

Wij informeren uw verwijzer (meestal uw huisarts) over de start en afsluiting van de behandeling via een brief.

Betaling

Behandelingen binnen de basis- en specialistische GGZ worden geheel of gedeeltelijk vergoed vanuit uw basisverzekering. De mate van vergoeding is afhankelijk van het type polis dat u heeft.

Sinds 2025 zijn er alleen nog maar naturapolissen of budgetpolissen verkrijgbaar: gedeeltelijke vergoeding → u betaalt mogelijk een eigen bijdrage

Eigen Risico

Iedereen van 18 jaar en ouder betaalt een verplicht eigen risico van minimaal €385 per kalenderjaar. Dit wordt door de zorgverzekeraar ingehouden bij de eerste declaratie.

Eigen Bijdrage - Niet gecontracteerde zorgaanbieder

De term "Eigen Bijdrage" wordt vaak verward met het "Eigen Risico". Belangrijk om te weten dat het om twee verschillende dingen gaat. De eigen bijdrage heeft te maken met de vergoedingsvoorwaarden van de verzekeraar.

De eigen bijdrage ontstaat wanneer u verzekerd bent bij een zorgverzekeraar waarmee wij geen contract hebben.

We werken met een aantal verzekeraars samen. Tijdens het vrijblijvende kennismakingsgesprek bespreken we bij welke verzekeraars wij gecontracteerd zijn.

Belangrijk om te weten:

- Wij hanteren het door de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) vastgestelde tarief: [NZa tarief](#).
- Zorgverzekeraars vergoeden vaak het "gemiddeld marktconform tarief", dat lager ligt dan het NZa-tarief.
- Het verschil hiertussen noemen we de eigen bijdrage.

Rekenvoorbeeld:

NZa-tarief – vergoeding zorgverzekeraar = eigen bijdrage (die u zelf aan ons betaalt)

Bij aanmelding ontvangt u van ons een overzicht met een indicatie van de verwachte kosten. Deze service verlenen wij om u zo goed mogelijk te informeren, maar **u blijft zelf verantwoordelijk** voor het controleren van de vergoeding bij uw zorgverzekeraar. Wij helpen u hier graag bij indien gewenst.

No Show

Bij afwezigheid zonder tijdige afmelding* brengen wij onderstaande no-show tarieven in rekening. Deze vergoeden deels de gereserveerde tijd en ruimte, en zorgen dat we cliënten een plek kunnen blijven bieden.

* Tijdige afmelding betekent:

- Voor afspraken op dinsdag t/m vrijdag: minimaal 24 uur van tevoren
- Voor afspraken op maandag: uiterlijk vrijdag vóór 11:00 uur

Afspraaktype	Duur	No-show tarief
Intakegesprek	180 - 240 min	€150
Individueel gesprek – behandelaar	45 – 60 min	€62,50
Individueel gesprek – regiebehandelaar	45 – 60 min	€75,00
Workshop	Dagdeel (ca. 4 uur)	€45,00
Dagbehandeling	Hele dag (ca. 7 uur)	€75,00
Evaluatie met 2 of meer behandelaren	60 – 90 min	€95,00

⚠ Bij regelmatige of herhaalde no-shows kunnen we in overleg aanvullende afspraken maken over deelname aan het behandeltraject.

Zorgnota's iedere maand indienen bij je zorgverzekeraar

U ontvangt maandelijks per e-mail een factuur van Infomedics, met daarop alle verrichte prestaties (consulten) en de benodigde gegevens om de factuur in te dienen bij uw zorgverzekeraar.

Dit is een zogenoemde 2-in-1 nota:

1. Klik op "Bekijk en betaal rekening" in de e-mail van Infomedics
2. Download de factuur en dien deze in bij uw zorgverzekeraar en wacht de vergoeding af
3. Zodra u de vergoeding heeft ontvangen, betaalt u het openstaande bedrag aan Infomedics (inclusief eigen risico en eventuele eigen bijdrage)

Betaaltermijn

De betaaltermijn van Infomedics is 30 dagen. Daarna volgt een kosteloze herinnering. Indien ook deze termijn verloopt, worden er extra kosten in rekening gebracht.

Akkoord Zorgovereenkomst

U verklaart akkoord te gaan met deze zorgovereenkomst door het digitaal aanvinken van de verklaring, voorafgaand aan de intake.