

Vergoedingen

Voor een behandeling van Dimence, die wordt vergoed uit de Zorgverzekeringswet, betaal je geen eigen bijdrage. Er geldt in Nederland voor iedere verzekerde een verplicht eigen risico van € 385 per jaar, dus dat wordt ook voor een behandeling bij Dimence in rekening gebracht.

Als je bij de keuze voor jouw zorgverzekering hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico, dat hoger is dan die € 385,-, dan, kunnen de kosten hoger liggen. Je moet er rekening mee houden dat de zorgkosten van een behandeltraject hoger zijn dan het eigen risico. Het eigen risico wordt dus volledig opgemaakt.

Wanneer je een selectieve polis hebt afgesloten, worden niet alle behandelingen vergoed. Voor meer vragen over vergoedingen kun je het beste contact opnemen met je zorgverzekeraar.

Verwijsbrief

Je hebt een verwijsbrief van je huisarts nodig om voor vergoeding in aanmerking te komen.

Second opinion

Een second opinion wordt ook vergoed vanuit de basisverzekering. Ook voor een second opinion heb je een geldige verwijzing van je huisarts nodig.

Trainingen voor naasten

Ben je bij de behandeling van jouw naaste betrokken en ben je zelf niet ingeschreven als cliënt? Dan wordt de verzekering van je naaste aangesproken voor de vergoeding van de kosten.

Verblijf

Vanaf 2015 worden de eerste drie jaar van de klinische behandeling (behandeling inclusief verblijf voor drie aaneengesloten jaren bij Dimence) betaald door de Zorgverzekeringswet. Na het derde jaar wordt de behandeling (zorgzwaartepakket GGZ-B) betaald vanuit de Wet langdurige zorg.

Bij een opname of verblijf in een beschermde woonvorm (GGZ-C), worden de kosten vanuit de gemeente (Wet maatschappelijke ondersteuning) betaald.

Het Centraal Administratie Kantoor (CAK) brengt voor langdurig verblijf een eigen bijdrage bij je in rekening.

Op www.hetcak.nl (klik op 'eigen bijdrage berekenen') vind je meer informatie en kun je je eigen bijdrage ook zelf berekenen.

Voor een aantal producten en diensten waar je tijdens je verblijf gebruik van maakt, worden ook kosten in rekening gebracht. Je wordt hierover geïnformeerd tijdens het eerste gesprek.

Bijzondere bijstand

Kun je je zorgkosten niet zelf betalen? En vergoedt jouw zorgverzekeraar deze kosten ook niet? Dan kun je hiervoor misschien

bijzondere bijstand krijgen. Je kunt dit bij jouw gemeente navragen.

Zorgverzekeringen

Controleer altijd in de polisvoorwaarden van je eigen zorgverzekeraar of een behandeling (gedeeltelijk) wordt vergoed of niet. Als je een aanvullende verzekering hebt afgesloten, kom je mogelijk voor meer vergoedingen in aanmerking.

Contracten zorgverzekeraars

Het hele jaar door voeren we gesprekken met zorgverzekeraars over de vergoeding van behandelingen. Aan het einde van ieder jaar sluiten we contacten met zorgverzekeraars voor het jaar daarop. Als je vragen hebt over de contractering en jouw vergoeding kun je contact opnemen met jouw zorgverzekeraar. [Kijk in dit overzicht](#) voor meer informatie over zorgcontracten die we voor dit jaar hebben afgesloten met zorgverzekeraars.

Eigen risico

In 2022 is het zogenaamde Zorgprestatie-model ingegaan. Ggz-behandelingen worden nu niet meer als pakket in rekening gebracht bij de zorgverzekeraar. Ieder consult wordt apart in rekening gebracht. Dus: wanneer jij twee keer per maand een behandeling krijgt, krijgt de zorgverzekeraar twee rekeningen die maand. De zorgverzekeraar kijkt bij elke rekening of je eigen risico al opgemaakt is. Lopen je behandelingen door in een nieuw kalenderjaar, dan betaal je voor het nieuwe kalenderjaar ook het eigen risico. Zie ook: [vergoedingen](#).

Meer weten?

Kijk op www.dimence.nl/veelgestelde-vragen onder het kopje 'Facturen' en 'Vergoedingen & declaraties' of stel je vraag aan je behandelaar.