

Kosten en vergoedingen diëtetiek

Wat wordt vergoed?

- De kosten voor 3 uur dieetadvies van een diëtist worden vergoed vanuit de basisverzekering, wanneer u een verwijzing hebt.
- Houd rekening met uw verplichte eigen risico. Voor verzekerden tot 18 jaar geldt geen verplicht eigen risico.
- Wanneer de uren uit uw verzekering verbruikt zijn, is het ook mogelijk om extra vervolggconsulten zelf te betalen. Sommige verzekeraars vergoeden extra consulten vanuit de aanvullende verzekering.
- Voor een verwijsbrief kunt u langs de (huis-)arts gaan. Artsen kunnen hun verwijsbrief via Zorgdomein naar ons versturen, indien het niet om de ketenzorg gaat.
- Ook zonder verwijzing kunt u terecht voor dieetadvies. De kosten worden in dat geval echter slechts door enkele zorgverzekeraars vergoed.
- Het is verstandig om voorafgaand aan de behandeling bij uw zorgverzekeraar na te vragen hoe de vergoedingen voor u geregeld zijn
- Vaak hoeft men niet meer eerst naar de huisarts voor een consult en een verwijzing, maar kan er meestal direct een beroep worden gedaan op de diëtist. Men noemt dit 'Directe Toegang Diëtetiek' de zogenaamde DTD. Voorwaarde voor DTD is dat de diëtist hiervoor geschoold is en dat de zorgverzekeraar directe toelating accepteert. Het is verstandig om vooraf hierover eerst met de diëtist en zorgverzekeraar in contact te treden.
- Voor dieetadvies bij bepaalde aandoeningen gelden specifieke afspraken met zorgverzekeraars. Uw diëtist kan u hier meer over vertellen.
- Dieetadvies tijdens uw verblijf in een ziekenhuis of verpleeghuis valt niet onder de basisverzekering, u krijgt hier dus geen rekening voor.

Tijdsduur diëtetiek

De tijdsduur die per consult in rekening wordt gebracht is:

- eerste consult: 75 minuten
- vervolg consult: 15-30 minuten
- telefonisch consult: 15-30 minuten
- e-mail: 15-30 minuten

Extra kosten diëtetiek

- Moet u extra kosten maken voor uw dieet? In bepaalde gevallen worden deze kosten door uw zorgverzekeraar vergoed.
- Als de kosten niet worden vergoed, kunt u de kosten voor een deel terugkrijgen via fiscale aftrek.
- Als u de extra kosten niet zelf kunt betalen, kunt u een beroep doen op de bijzondere bijstand van de sociale dienst van uw gemeente.
- Voor meer informatie over de kosten en vergoedingen van paramedische zorg neemt u contact op met Rivas Zorglijn 0900-8440

Wat wordt niet vergoed?

De kosten voor beweegadvies, gezondheidsmetingen en de cursussen 'Proud to be fit' en 'Sportief afvallen' worden niet vergoed door de zorgverzekeraar.

Wegblijftarief

- Helaas komt het voor dat cliënten zonder bericht wegblijven op een geplande afspraak. Hierdoor kunnen wij deze tijd niet inzetten voor een andere cliënt.
- Wanneer u uw afspraak niet op tijd annuleert, kunnen wij per afspraak een wegblijftarief van 35 euro in rekening brengen. Deze kosten worden niet door uw zorgverzekeraar vergoed.
- U kunt uw afspraak kosteloos 24 uur voor de geplande afspraak annuleren.

Wat als u een aanvullende verzekering niet kunt betalen?

- Veel gemeenten bieden inwoners met een laag inkomen een gemeentelijke zorgverzekering aan. Dat is een verzekering op maat (de gemeentepolis), die van groot belang kan zijn voor mensen met een beperking en/of chronisch ziekte(n).
- De verzekering is voor hen betaalbaar omdat de gemeente meebetaalt aan de premie. Informeer bij uw gemeente, of ga naar www.gezondverzekerd.nl en klik op uw gemeente.

Wordt uw behandeling niet vergoed door uw zorgverzekeraar?

Bekijk hier de prijzen voor de behandelingen als deze niet worden vergoed.