

Tarieven - Veelgestelde vragen

Hieronder volgt een toelichting op onze tarieven, door antwoord te geven op enkele veelgestelde vragen.

Worden de kosten van het onderzoek vergoed door mijn zorgverzekeraar?

Alle onderzoeken die wij uitvoeren en die onder de basisverzekering vallen, worden volledig vergoed. U dient uiteraard wel rekening te houden met het eigen risico. Iedereen van 18 jaar en ouder betaalt een verplicht eigen risico voor de zorgverzekering. De hoogte van het bedrag van het eigen risico is voor het jaar 2019 door de overheid vastgesteld op € 385. Dat betekent dat u de eerste € 385 van zorg uit het basispakket zelf betaalt. Sommige onderzoeken worden alleen vergoed als u een aanvullende verzekering heeft. Twijfelt u hierover? We raden u aan om op tijd contact op te nemen met uw zorgverzekeraar om dit na te vragen.

Waarom krijg ik een factuur van Diagnostiek voor U voor onderzoeken aangevraagd door de huisarts of verloskundige en wordt deze niet direct naar mijn zorgverzekeraar gestuurd?

Wij sturen de factuur naar u als het onderzoek niet onder de basisverzekering valt of als u niet verzekerd bent voor uw ziektekosten. In dat geval kunnen wij de factuur namelijk niet indienen bij de zorgverzekeraar. Daarom ontvangt u per post een factuur, nadat het onderzoek is uitgevoerd. De factuur kunt u vervolgens aan ons betalen en daarna zelf indienen bij uw zorgverzekeraar. Afhankelijk van (de inhoud van) uw aanvullende verzekering zal uw zorgverzekeraar de kosten aan u vergoeden.

Overzicht van uw zorgverzekeraar van de kosten van de medische zorg

Uw zorgverzekeraar communiceert met u als verzekerde over de kosten van medische zorg. Daartoe ontvangt u een afrekening van uw zorgverzekeraar met daarin opgenomen de kosten die vergoed worden door de zorgverzekering en de kosten die u eventueel zelf moet betalen.

Als u op aanvraag van uw huisarts of verloskundige doorgestuurd wordt voor onderzoek in ons diagnostisch centrum komt op de afrekening van uw zorgverzekeraar 'ziekenhuishulp' te staan en de naam van een specialist van ons centrum.

Wij realiseren ons dat deze informatie op de afrekening van uw zorgverzekeraar voor u niet altijd herkenbaar is. U bent immers niet in een ziekenhuis geweest en u hebt ook geen consult bij een specialist gehad. Zorgverzekeraars hebben omwille van de bescherming van de privacy van de verzekerde besloten diverse soorten medische zorg 'ziekenhuishulp' te noemen. Voorbeelden daarvan zijn diagnostisch onderzoek in een diagnostisch centrum, medische zorg verleend door trombosediensten, audiologische centra en uiteraard zorg verleend in een ziekenhuis. Mocht u vragen hebben over de kosten die uw zorgverzekeraar vermeld heeft op de afrekening, dan kunt u natuurlijk altijd even contact met ons opnemen.

Wat betekent de code op de factuur van Diagnostiek voor U?

Op de factuur staan in de kolom code(s) de declaratiecodes; deze bestaan uit zes cijfers. De declaratiecode verwijst naar het zorgproduct en is bepalend voor het tarief dat gehanteerd wordt. Aan de declaratiecode is een prestatieomschrijving gekoppeld, die omschrijft welk onderzoek het precies betreft.

Op de website van de [Nederlandse Zorgautoriteit](#) kunt u opzoeken welke codes bij welke zorgproducten horen. Ook staan daar de maximumtarieven van elk zorgproduct.

Let op: de declaratiecodes op de factuur zijn niet dezelfde codes als de codes die op het aanvraagformulier van Diagnostiek voor U staan. De codes op het aanvraagformulier, dat u van uw (huis)arts of verloskundige gekregen heeft, verwijzen naar het onderzoek dat voor u is aangevraagd.

Ik krijg via mijn zorgverzekeraar een overzicht van facturen die ingediend zijn door Diagnostiek voor U en daarop staat code 079988 Registratietarief (inclusief oproep) in het kader van multidisciplinaire zorgverlening bij chronische aandoeningen; wat is dit precies?

Patiënten met een chronisch ziektebeeld (onder andere diabetes, cardiovasculair risico management, Astma en COPD) krijgen periodiek onderzoeken. Dit kan een functieonderzoek zijn, maar er kan ook bloed worden afgenomen dat geanalyseerd wordt.

Voor die onderzoeken krijgen de patiënten een oproepbrief van Diagnostiek voor U, waar ze op verzoek van hun huisarts ingeschreven staan. Aan deze inschrijving zijn kosten verbonden voor het aanmelden van de patiënt, het doorvoeren van wijzigingen in de patiëntgegevens, het plannen van de oproepen, het versturen van de oproepbrieven en het eventueel wijzigen van een gemaakte afspraak.

Op de factuur staan meerdere tariefcodes met tarieven, maar er is maar één buisje bloed afgenomen. Hoe kan dat?

Het kan zijn dat uw huisarts meerdere testen wil laten uitvoeren van het afgenomen bloed. Dat is afhankelijk van de aard van uw klachten. Iedere test kent een eigen declaratiecode en tarief.

Wat is het ordertarief dat op de factuur staat?

Naast de declaratiecodes en tarieven die op de factuur terug te vinden zijn, wordt er bij laboratoriumonderzoek bij elke afname van lichaamsmateriaal eenmalig een ordertarief in rekening gebracht. Dit ordertarief heeft betrekking op de afname en verwerking van lichaamsmateriaal. Denk hierbij aan bloed, urine en ontlasting. Wanneer tijdens een onderzoek bijvoorbeeld zowel urine als bloed wordt afgenomen, worden de orderkosten slechts eenmalig de orderkosten in rekening gebracht.

Een uitzondering op bovenstaande is de glucose tolerantie test: bij deze test zijn er afnamen op verschillende momenten en wordt per afname het ordertarief in rekening gebracht.

Hoe hoog is het eigen risico in de zorgverzekering?

Iedereen van 18 jaar en ouder betaalt een verplicht eigen risico voor de zorgverzekering. De hoogte van het bedrag van het eigen risico is voor het jaar 2019 door de overheid vastgesteld op € 385,00. Dat betekent dat u de eerste € 385,00 van zorg uit het basispakket zelf betaalt. Behalve de kosten van de huisarts, verloskundige zorg en kraamzorg. Deze kosten krijgt u altijd vergoed.

Kan ik een kopie van een factuur ontvangen?

Om een kopiefactuur te ontvangen kunt u een e-mail sturen naar administratie@diagnostiekvooruu.nl of bellen met telefoonnummer 088 – 21 41 145.

Ik heb een prenatale screening/combinatietest gehad. Valt dit onder de basisverzekering?

Dit onderzoek valt onder de basisverzekering als het onderstaande voor u van toepassing is:

U heeft een medische indicatie voor de combinatietest, ongeacht uw leeftijd (bij het indienen van de declaratie bij uw zorgverzekeraar dient u het document, waaruit de medische indicatie blijkt, mee te sturen)

Indien u voldoet aan bovengenoemde voorwaarde dan kunt u de factuur indienen bij uw zorgverzekeraar. Indien u niet voldoet aan bovengenoemde voorwaarden, maar aanvullend verzekerd bent, is het mogelijk dat u voor vergoeding van de kosten in aanmerking komt. Dit is uiteraard geheel afhankelijk van de inhoud van uw aanvullende verzekering. Bij onduidelijkheden adviseren wij u hiervoor contact op te nemen met uw zorgverzekeraar.

Ik heb een voetonderzoek (podo-onderzoek) gehad. Valt dit onder de basisverzekering?

Nee, de kosten van het voetonderzoek worden niet gedekt door de basisverzekering. U kunt de factuur indienen bij uw zorgverzekeraar. Afhankelijk van de inhoud van uw aanvullende verzekering zal uw zorgverzekeraar de factuur aan u vergoeden.

Bij de factuur voor het voetonderzoek ontvangt u een brief van ons, waarin de naam van de podotherapeut vermeld staat en diens zorgverlenerscode. Uw zorgverzekeraar heeft deze zorgverlenerscode nodig. Om te bepalen voor welke vergoeding u in aanmerking komt, wil uw zorgverzekeraar daarnaast weten welk zorgprofiel voor u van toepassing is. Dit zorgprofiel is geen diagnose, maar zegt iets over uw risicoprofiel op het ontstaan van een zogenaamde ulcus. Het zorgprofiel moet u doorgeven aan uw zorgverzekeraar en kunt u opvragen bij uw behandeld huisarts of praktijkondersteuner in de praktijk van uw huisarts.