

Verzekering en vergoedingen

Stichting 1nP valt onder Parnassia Groep en heeft contractafspraken met alle Nederlandse zorgverzekeraars zodat verzekerde zorg wordt vergoed vanuit je zorgverzekering.

Dit zorgt ervoor dat jouw behandeling als 'gecontracteerde zorg' wordt beschouwd en waardoor jouw zorg vergoed wordt vanuit de basisverzekering. Alleen het eigen risico wordt in rekening gebracht door je zorgverzekeraar, tenzij je deze al voor andere zorgkosten hebt gebruikt. Er zijn diagnoses waarvan de behandeling niet in aanmerking komt voor vergoeding vanuit het basispakket. Indien dit het geval is, word je voor de start van de behandeling hiervan op de hoogte gesteld. Je kunt in dat geval alleen door een 1nP-behandelaar verder worden behandeld, als je de zorg zelf betaalt. Voor meer informatie kun je hier alle [betalings-](#) en [leveringsvoorwaarden](#) teruglezen.

Facturen

Als je in zorg bent, kan je in het cliëntenportaal zien welke facturen er gestuurd zijn naar de zorgverzekeraar, die vervolgens maandelijks het eigen risico van de voorgaande maand bij je in rekening zal brengen.

Uitzonderingen

Enkele behandelaren bij Stichting 1nP nemen vanwege samenloop van contracten geen verzekerden van CZ, VGZ, Univé, UVIT en ZEKUR aan. Als dit het geval is, ontvang je na jouw aanmelding een e-mailbericht waarin wij dit aangeven en hoe wij je actief zullen ondersteunen bij het vinden van een andere behandelaar.

Zorgprestatiemodel

Sinds januari 2022 vindt facturatie plaats volgens het zorgprestatiemodel (zpm). Het zpm is in het leven geroepen de administratieve lasten te verminderen en de bekostiging van de ggz flexibeler en transparanter te maken. Een van de gevolgen hiervan is dat de zorgkosten maandelijks worden gefactureerd. De factuur wordt maandelijks verzonden door Parnassia Groep. Op de afrekeningspecificatie die je van jouw zorgverzekeraar ontvangt, staat daarom ook 'Parnassia Groep' en niet 'Stichting 1nP' vermeld.

Planning = realisatie

Op basis van het zorgprestatiemodel hanteren we het principe 'planning = realisatie'. Dit betekent dat jouw behandelaar de afspraken vooraf inplant in zijn/haar agenda en je deze kunt zien in jouw cliëntenportaal. Stichting 1nP gaat er vanuit dat deze geplande tijd ook besteed wordt aan jouw afspraak (consult).

Als de afspraak 15 minuten of meer van deze geplande tijd is afgeweken, dan moet jouw behandelaar deze afspraak aanpassen, zodat er niet te veel of te weinig tijd gefactureerd

wordt bij jouw zorgverzekeraar. Het is wettelijk geregeld dat afwijkingen minder dan 15 minuten niet aangepast hoeven te worden.

Als je op één dag meerdere keren contact hebt gehad met je behandelaar over de inhoud van je behandeling (bijvoorbeeld omdat je sms-, of chatberichten hebt uitgewisseld) mag dit door jouw behandelaar als 1 consult worden vastgelegd op die dag. Dit geldt alleen voor behandelinhoudelijke contacten, dus niet als je alleen contact hebt over bijvoorbeeld het verplaatsen van een afspraak. Je kunt alle geplande afspraken zien en desgewenst controleren in het cliëntenportaal.

No Show, afspraak afzeggen

Kun je een afspraak niet nakomen of wil je deze annuleren, laat dit zo spoedig mogelijk weten aan je behandelaar. Voor afspraken die binnen 24 uur van de aanvangstijd van de afspraak worden afgezegd ontvang je een 'No Show'-factuur. Hetzelfde geldt voor het helemaal niet komen opdagen op de afspraak.

Zorgverzekering en eigen risico

Voor iedereen van 18 jaar en ouder geldt in Nederland een verplicht eigen risico. In 2025 bedraagt het eigen risico € 385,-. Dit betekent dat je de eerste € 385,- van verzekerde zorgkosten zelf moet betalen. Het kan zijn dat je een hoger eigen risico hebt afgesproken met je zorgverzekeraar. Voor vragen over het eigen risico kun je contact opnemen met jouw zorgverzekeraar.

Indien je in het lopende kalender jaar nog géén of deels gebruik hebt gemaakt van jouw eigen risico en je meldt je aan bij Stichting 1nP, dan worden de kosten voor jouw zorgtraject, intake en/of behandeling afgetrokken van jouw verplichte eigen risico.

Wanneer jouw behandeling doorloopt in het nieuwe kalender jaar wordt er opnieuw beroep gedaan op jouw eigen risico.

Voor het gemak leggen we dit uit met een voorbeeld:

Stel dat je behandeling op 5 maart 2024 is gestart en eindigt op 10 mei 2025. Het eigen risico voor 2024 wordt aangesproken voor het deel van de behandeling dat in 2024 plaatsvond (dus van 5 maart 2024 tot en met 31 december 2024). Het eigen risico van 2025 wordt aangesproken voor het deel dat de behandeling in 2025 plaatsvindt (dus van 1 januari 2025 tot en met 10 mei 2025), tot een maximum van € 385,- per jaar of het door jou vrijwillig afgesloten hoger maximum.

Verplichte aanlevering gegevens

Wij zijn verplicht om bepaalde gegevens van jou door te geven aan je zorgverzekeraar en aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Als je het hier niet mee eens bent kun je bezwaar maken tegen: het doorgeven van de hoofddiagnose, de uitkomsten van vragenlijsten (die het type zorg dat je nodig hebt bepalen) en het zorgvraagtype. Als je

niet wilt dat wij deze gegevens delen kun je dit aangeven bij je behandelaar. Samen vullen jullie hiervoor een [privacyverklaring](#) in.

Zelfbetalers, niet verzekerd of verzekerd in het buitenland

Wil je de zorg zelf betalen, ben je niet verzekerd of ben je verzekerd in het buitenland dan zul je zelf van ons rechtsreeks de factuur ontvangen. Vanwege de contractafspraken met alle zorgverzekeraars kun je deze factuur *niet* zelf indienen bij een Nederlandse zorgverzekeraar.