



Sint Maartenskliniek

Tarieven en vergoedingen in Nederland

Iedereen in Nederland heeft een zorgverzekering. Dat is wettelijk verplicht. Maar niet iedere verzekering dekt dezelfde zorgkosten. Er kunnen aanvullende of beperkende voorwaarden gelden voor vergoedingen.

dit is een h2 titel

dit is een h3 titel

Daarom is het belangrijk dat u uw polisvoorwaarden goed doorleest voordat u zorg ontvangt. Bij twijfel of de zorg gedekt is door uw verzekering kunt u contact opnemen met uw verzekeraar. De Sint Maartenskliniek heeft voor 2021 met alle verzekeraars een contract afgesloten. Dat betekent dat de kosten voor uw behandeling bij onze kliniek worden vergoed door deze verzekeraars (behoudens uw eigen risico). Dit geldt echter alleen als u een geldige verwijzing van bijvoorbeeld uw huisarts of medisch specialist heeft. Als u geen verwijzing heeft, komen de kosten voor uw eigen rekening. Dit geldt nadrukkelijk niet voor een acute hulpvraag op onze Acute Zorgpoli.



Contracten met zorgverzekeraars 2021

Zorgverzekeraars 2021

In onderstaand overzicht staan de zorgverzekeraars waarmee de Sint Maartenskliniek voor 2021 afspraken heeft gemaakt.

Wilt u weten welke labels er onder de verschillende zorgverzekeraars vallen? [Bekijk dan de lijst met zorgverzekeraars en bijbehorende labels/volmachten.](#)

Achmea
VGZ (*inclusief labels van voorheen IptiQ*)
CZ
Menzis
Zorg en Zekerheid
DSW
ONVZ
ASR
ENO

Als uw zorgverzekeraar niet genoemd wordt, neem dan contact op met uw zorgverzekeraar of met ons via [dit formulier](#).

Eigen risico

Iedereen van 18 jaar en ouder heeft een verplicht eigen risico voor de zorgverzekering. Dat betekent dat uw zorgverzekeraar u maximaal 385 euro in rekening brengt naar aanleiding van een rekening van medisch specialistische zorg uit het basispakket, tenzij u gekozen heeft om uw eigen risico te verhogen. Een consult bij de huisarts valt niet onder het eigen risico. Maar als de huisarts medicijnen voorschrijft, of een aanvraag doet voor bijvoorbeeld laboratoriumonderzoek of een röntgenfoto, dan worden deze kosten wel verrekend met het eigen risico. Uw zorgverzekeraar zal dit met u verrekenen.

Aanvullend eigen risico

Naast het verplichte eigen risico bieden zorgverzekeraars de mogelijkheid om te kiezen voor een aanvullend vrijwillig eigen risico. U betaalt in dat geval dan een lagere maandpremie. Voor 2021 kan uw eigen risico verhoogd worden met € 500,- tot maximaal € 885,-, afhankelijk van het zorgverzekeringspakket dat u heeft gekozen. Ook dit aanvullend 'eigen risico' zal uw zorgverzekeraar met u verrekenen indien nodig.

Nota

De Sint Maartenskliniek stuurt de rekening voor uw zorgkosten rechtstreeks naar uw verzekeraar. Het 'eigen risico' wordt op basis van deze en/of andere rekeningen door uw zorgverzekeraar met u verrekend. Doordat de medisch specialistische zorg afgerekend wordt over een (zorg)periode van maximaal 120 dagen (of korter) is het waarschijnlijk dat de verrekening van het 'eigen risico' door de zorgverzekeraar pas na enkele maanden plaatsvindt.

Let op! Soms krijg u meerdere rekeningen voor uw behandeling. Dit komt door de landelijke 'sluitregels'. Die regels bepalen wanneer een (zorg)periode (subtraject) wordt afgesloten en aansluitend een vervolgperiode wordt geopend. Het jaar van de begindatum van elke (zorg)periode (subtraject) is bepalend voor het jaar waarin deze rekening met uw eigen risico wordt verrekend.

Meer informatie

Voor meer informatie over uw ziekenhuisbezoek en het eigen risico raadpleegt u de [website van de](#)

DBC zorgproducten

De Sint Maartenskliniek brengt de kosten voor een ziekenhuisbehandeling in rekening aan de hand van de zogenaamde DBC-zorgproducten. Een DBC-zorgproduct wordt opgebouwd uit onder andere de diagnose en de zorgactiviteiten voor consulten, behandelingen en/of onderzoeken die zijn uitgevoerd. In Nederland zijn er ongeveer 4.400 verschillende DBC-zorgproducten. Binnen de Sint Maartenskliniek worden hiervan ruim 700 gebruikt.

Registratie van DBC-zorgproducten en zorgactiviteiten

Zorg die de Sint Maartenskliniek levert wordt door middel van DBC-zorgproducten gedeclareerd bij de zorgverzekeraars. Hierbij moet de Sint Maartenskliniek voldoen aan de regelgeving die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is opgesteld.

Zodra u in zorg komt bij de Sint Maartenskliniek wordt er per zorgvraag, een zorgtraject geopend. Hierin wordt onder andere de diagnose en de verwijzing vastgelegd. Een zorgtraject kan echter jaren doorlopen. Om toch tussentijds te kunnen afrekenen worden onder het zorgtraject, subtrajecten geregistreerd. Een subtraject kan maximaal 120 dagen duren, maar bijvoorbeeld bij operaties, klinische opnames of bepaalde specifieke behandelingen kan de termijn ook korter zijn. De doorlooptijd van een subtrajecten is door de overheid, op grond van landelijke sluitregels, bepaald.

De daadwerkelijke zorg die u ontvangt wordt geregistreerd door middel van zorgactiviteiten.

Het afgesloten subtraject, samen met de geregistreerde zorgactiviteiten in die zelfde periode leiden tot een DBC-zorgproduct die de Sint Maartenskliniek declareert bij uw zorgverzekeraar.

De afleiding naar het DBC-zorgproduct gebeurt geautomatiseerd in een landelijke computer (Grouper). Op deze afleiding heeft de Sint Maartenskliniek géén invloed.

De zorg die u ontvangt moet administratief worden vastgelegd in uw patiëntendossier.

Let wel: als u in de Sint Maartenskliniek voor meerdere afzonderlijke zorgvragen wordt behandeld, wordt voor elke zorgvraag een afzonderlijk zorgtraject geopend met bijbehorende diagnose (conform de landelijke richtlijnen).

Effect landelijke sluitregels op uw eigen risico

Het jaar van de startdatum van uw subtraject bepaalt voor welk jaar uw eigen risico wordt aangesproken. Door deze landelijke sluitregels kan het dus zijn dat de begindatum van verschillende subtrajecten (voor dezelfde zorgvraag) in verschillende kalenderjaren valt. In dat geval wordt uw eigen risico van meerdere jaren aangesproken.

De Sint Maartenskliniek maakt jaarlijks met zorgverzekeraars afspraken over de prijzen van alle DBC-

zorgproducten. Alleen voor Revalidatiegeneeskunde gelden hierbij wettelijke maximumtarieven.

Rekening

In de meeste gevallen worden de kosten voor de ontvangen zorg rechtstreeks bij uw zorgverzekeraar in rekening gebracht. Indien dit niet mogelijk is krijgt u zelf de rekening van de Sint Maartenskliniek en deze dient u zelf te betalen. Als u voor deze, in rekening gebrachte, zorg bent verzekerd, kunt u deze rekening zelf indienen bij uw zorgverzekeraar voor vergoeding.

De prijs voor een DBC-zorgproduct is gebaseerd op een gemiddelde van de kosten die voor dit zorgproduct worden gemaakt. Dit betekent dat de werkelijke kosten van uw ontvangen zorg kunnen afwijken van de gemiddelde kosten. Naast de DBC-zorgproducten zijn er zogenaamde overige zorgproducten. Deze producten worden apart in rekening gebracht. Het betreft hier bijvoorbeeld dure geneesmiddelen en aanvragen voor laboratorium- en radiologisch onderzoek door huisartsen.

Verschillende locaties

De kosten voor een zorgvraag zijn binnen de Sint Maartenskliniek niet locatie-gebonden. Dat betekent dat binnen de Sint Maartenskliniek voor elke locatie dezelfde prijzen gelden.

Van röntgenfoto tot rekening

De Nederlandse Zorgautoriteit heeft de route van ziekenhuisbezoek tot rekening in beeld gebracht. In [dit filmpje](#) legt de Nederlandse Zorgautoriteit uit hoe declaraties in ziekenhuizen werken: wat registreren artsen? En hoe wordt dat uiteindelijk een rekening?

Prijslijst

Onderstaand vindt u de prijslijst die de Sint Maartenskliniek hanteert voor de DBC en overige zorgproducten. Als uw zorgverzekeraar een contract heeft afgesloten met de Sint Maartenskliniek dan kunnen lagere prijzen gelden dan de lijst weergeeft. Uw zorgverzekeraar kan u hierover meer vertellen.

[Standaard prijslijst Sint Maartenskliniek 2021](#)

Veelgestelde vragen over tarieven en vergoedingen

Eigen risico

Heb ik een 'eigen risico' voor de medisch specialistische zorg?

Zorg die elk van de specialismen van de Sint Maartenskliniek levert betreft 'medisch specialistische zorg'. Bij 'medische specialistische zorg' is het 'eigen risico' altijd van toepassing.

Bij medisch specialistische zorg bepaalt het jaar van de startdatum van het subtraject over welk jaar u uw 'eigen risico' betaalt. Een subtraject kan maximaal 120 dagen (ongeveer 4 maanden) doorlopen. Hierdoor kunt u niet zonder meer aannemen dat een consult of ziekenhuisbehandeling in 2021 ook automatisch ten laste zal gaan van uw 'eigen risico' 2021, maar dat het toch nog behoort bij het 'eigen risico' jaar 2020.

Deze periode, van maximaal 120 dagen, is onderdeel van de afsluitregels voor DBC-subtrajecten (deze periode kan dus ook korter zijn, afhankelijk van de ontvangen zorg) en komt voort uit de landelijke regelgeving waar elk ziekenhuis in Nederland zich aan moet houden.

Mocht u vragen hebben over het jaar van verrekening van uw 'eigen risico' kunt u contact opnemen met de afdeling ZorgControl via mailadres: zorgcontrol@maartenskliniek.nl.

Hoe hoog is het eigen risico?

Iedere verzekerde heeft een wettelijk verplicht minimaal 'eigen risico'. Het wettelijk minimaal 'eigen risico' wordt jaarlijks landelijk bepaald op Prinsjesdag en voor 2021 is dat € 385,-.

Het is mogelijk om met uw zorgverzekeraar een hoger 'eigen risico' af te spreken om zo uw zorgpremie te verlagen (tot maximaal € 885,-).

Dit is een keuze die u zelf maakt met uw zorgverzekeraar bij het afsluiten van uw zorgverzekering. Uw zorgverzekeraar verrekent het 'eigen risico' op basis van landelijke regelgeving rekening houdend met uw polisvoorwaarden.

Als u vragen heeft over de hoogte van uw 'eigen risico' en de verrekening hiervan, dan kunt u hiervoor contact opnemen met uw eigen zorgverzekeraar.

Verwijzing

Heb ik een verwijzing nodig voor een bezoek aan de polikliniek van de Sint Maartenskliniek?

Alle patiënten (met uitzondering van spoedgevallen) die voor een consult of ziekenhuisbehandeling naar de Sint Maartenskliniek komen, hebben vooraf een geldige verwijzing nodig. Ook voor een (éénmalig) bezoek aan onze polikliniek, een belconsult of een beeldconsult heeft u dus een geldige verwijzing nodig. Dit kan een papieren verwijzing zijn of een digitale verwijzing via Zorgdomein

(applicatie waarmee huisartsen patiënten digitaal naar een ziekenhuis verwijzen) of op een ander manier.

Zonder een - gedateerde, op naam van de Sint Maartenskliniek, specialisme en zorgvraag gestelde - verwijzing kan de Sint Maartenskliniek de rekening niet aan uw zorgverzekeraar sturen en bent u zelf verantwoordelijk voor de betaling van deze rekening.

Wanneer is er een verwijzing nodig?

Voor elke afzonderlijke klacht of aandoening (zorgvraag) is vooraf een geldige verwijsbrief nodig. Als u dus voor meerdere zorgvragen naar de Sint Maartenskliniek komt dan heeft u dus ook meerdere verwijsbrieven nodig, namelijk voor elke zorgvraag één.

Wie kan mij verwijzen naar de Sint Maartenskliniek?

De volgende artsen kunnen u verwijzen: huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts gehandicaptenzorg, verpleegkundig specialist, physician assistent, sportarts, bedrijfsarts of jeugdarts.

Ik heb geen (geldige) verwijzing. Wat gebeurt er dan?

Als u geen geldige verwijzing heeft, dan wordt uw behandeling (nog) niet gestart totdat de Sint Maartenskliniek wel een geldige verwijzing heeft ontvangen.

Uitzondering hierop is zorg die dermate noodzakelijk is, maar geen spoed. Deze zorg kan al wel worden ingepland, maar u dient dan wel de volledige kosten van de te verwachte behandeling vooraf te betalen, tenzij u voorafgaand aan de afspraak alsnog een geldige verwijzing kan overleggen.

U bent hierbij zelf verantwoordelijk van het tijdig aanleveren van de geldige verwijzing. Als de kosten van de behandeling hoger of lager uitvallen dan vooraf verwacht, dan dient u de extra kosten bij te betalen of betaalt de Sint Maartenskliniek het teveel betaalde bedrag terug.

Hoe lang is een verwijsbrief geldig?

Een verwijzing is, tenzij er in de verwijzing een kortere periode is aangegeven, maximaal één jaar (365 dagen) geldig. Dat betekent dat vanaf de datum van verwijzing (datum van de verwijsbrief), de aangevraagde zorg in de Sint Maartenskliniek binnen 365 dagen moet zijn gestart.

Als u voor een bepaalde bekende klacht of aandoening onder behandeling van de Sint Maartenskliniek bent en u komt hiervoor structureel en periodiek (binnen 1 jaar) naar onze kliniek dan heeft u daarvoor geen nieuwe verwijzing nodig.

Indien de periode tussen de afspraken langer is dan 1 jaar dan is er mogelijk wel een nieuwe verwijzing nodig. Mocht u hierover vragen hebben dan kunt u contact met ons opnemen via het emailadres: zorgcontrol@maartenskliniek.nl.

Buitenland

Hoe werkt het met een buitenlandse verzekering?

Bent u verzekerd in het buitenland, dan kunt u in aanmerking komen voor een vergoeding van de behandeling in de Sint Maartenskliniek. Hieraan zijn wel voorwaarden verbonden. Wij adviseren u hierover, ruim voor uw bezoek aan de Sint Maartenskliniek, contact op te nemen met uw zorgverzekeraar. Het is belangrijk dat de hiervoor noodzakelijke formulieren in het bezit van de Sint Maartenskliniek zijn vóórdat u de kliniek voor de eerste keer bezoekt. Meer informatie vindt u op [deze pagina](#).

Verzekering en vergoeding

Maakt het uit of ik een restitutie polis of een natura polis heb voor vergoeding van de medische behandeling in de Sint Maartenskliniek?

Dat maakt niet uit als de Sint Maartenskliniek een contract heeft met uw zorgverzekeraar. De rekening van het ziekenhuis gaat dan naar de zorgverzekeraar en de zorgverzekeraar betaalt de nota aan het ziekenhuis. Het eigen risico verrekent de zorgverzekeraar met u.

Wordt de zorg, die de Sint Maartenskliniek levert, altijd vergoed?

De Sint Maartenskliniek levert bijna alleen verzekerde medisch specialistische zorg die valt in de basisverzekering. Een belangrijke voorwaarde daarbij is dat u een verwijsbrief heeft, van bijvoorbeeld uw huisarts of specialist. Hierbij dient u wel rekening te houden met een verrekening van de kosten met uw eigen risico.

Komt u alleen voor paramedische zorg, bijvoorbeeld hydrotherapie of ergotherapie naar de Sint Maartenskliniek en vormt deze zorg geen onderdeel van een breder behandelplan? Dan hangt het van uw aanvullende verzekering af hoeveel u vergoed krijgt. U kunt hiervoor contact opnemen met uw zorgverzekeraar.

Als u niet verzekerd bent, bijvoorbeeld vanwege geloofsovertuiging, dan kunt u dat van tevoren bij de inschrijving aangeven. U moet de kosten van uw behandeling dan vooraf zelf betalen, of u zorgt voor een garantieverklaring.

Wordt mijn behandeling vergoed?

De Sint Maartenskliniek levert bijna alleen verzekerde medisch specialistische zorg die valt in de basisverzekering. Een belangrijke voorwaarde daarbij is dat u een verwijsbrief heeft, van bijvoorbeeld

uw huisarts of specialist. Hierbij dient u wel rekening te houden met een verrekening van de kosten met uw eigen risico.

Als u niet verzekerd bent, bijvoorbeeld vanwege geloofsovertuiging, dan kunt u dat van tevoren bij de inschrijving aangeven. U moet de kosten van uw behandeling dan vooraf zelf betalen, of u zorgt voor een garantieverklaring.

Kosten en rekening

Wat kost mijn behandeling?

De kosten voor een behandeling zijn vooraf niet precies te bepalen. De prijs die in rekening wordt gebracht, is namelijk grotendeels afhankelijk van vijf factoren:

- Hoe vaak komt u in de Sint Maartenskliniek voor een consult of een behandeling bij de arts voor de zorgvraag?
- Welke onderzoeken worden gedaan? (bijvoorbeeld foto's, echo, scan, bloedonderzoek)
- Wat is de diagnose die wordt gesteld?
- Welke zorg en handelingen worden geleverd of uitgevoerd? (bijvoorbeeld ziekenhuisopname, dagbehandeling, operatie of een paramedische behandeling door o.a. een fysiotherapeut, ergotherapeut, psycholoog)
- Bij welke zorgverzekeraar bent u verzekerd? De prijs kan verschillen per zorgverzekeraar en is afhankelijk van de onderhandelingen tussen de verzekeraar en het ziekenhuis. Bent u niet verzekerd, dan gelden zogenoemde passantentarieven.

Ik krijg een onverwacht hoge/lage rekening voor de zorg die ik heb ontvangen, klopt dat wel?

De uitgevoerde consulten en behandelingen worden door middel van zorgactiviteiten vastgelegd. Deze zorgactiviteiten worden niet apart in rekening gebracht, maar zijn onderdeel van de zorgvraag wat uiteindelijk leidt tot een DBC-zorgproduct. Het DBC-zorgproduct kan meer of minder zorgactiviteiten bevatten en gaat uit van een landelijk vastgesteld gemiddeld profiel. Het kan dus voorkomen dat uw specifieke behandeling minder consulten, behandelingen en/of onderzoeken bevat dan gemiddeld. In dat geval wordt, als gevolg van de landelijke DBC systematiek, toch het volledige tarief in rekening gebracht, omdat landelijk alleen het gemiddeld tarief wordt gehanteerd. Omgekeerd kan het ook voorkomen dat u meer dan het gemiddelde hoeveelheid zorg ontvangt, ook dan wordt het volledige gemiddelde tarief in rekening gebracht. Meer informatie hierover vindt u op de pagina over de DBC systematiek.

Aanvullende informatie over tarieven en vergoedingen kunt u lezen op de pagina Tarieven en Vergoedingen.

Mocht u vervolgens nog vragen hebben over de kosten van uw behandeling, dan kunt u contact

opnemen met de afdeling Zorgcontrol via telefoonnummer 024 - 3659714, of e-mail: zorgcontrol@maartenskliniek.nl.

Ik krijg meer dan één rekening voor de zorg die ik heb ontvangen, klopt dat wel?

Ja, dat kan kloppen.

Landelijke regelgeving bepaald namelijk dat een zorgvraag opgedeeld wordt in diverse aansluitende declarabele periodes (subtrajecten). De duur van zo'n periode wordt bepaald door criteria van de overheid, waarbij een periode maximaal 120 dagen kan duren (maar ook korter afhankelijk van de geleverde en geregistreeerde zorg). Op deze duur heeft de Sint Maartenskliniek geen invloed.

Aandachtspunt hierbij is dat bij de jaarovergang er voor één zorgvraag dus twee maal het 'eigen risico' kan worden aangesproken. Zie ook de informatie over het 'eigen risico' op deze pagina.

Moet ik de rekening betalen als ik niet tevreden ben over het polibezoek of de behandeling?

De Sint Maartenskliniek maakt kosten om uw polibezoek/behandeling te kunnen laten plaatsvinden. Als u niet tevreden bent over de kwaliteit van het consult en/of behandeling dan kunt u dat de Sint Maartenskliniek laten weten. Kijk [hier](#) voor de mogelijkheden.

De kosten worden in eerste instantie wel bij uw zorgverzekeraar gedeclareerd. Dat u een bepaald bedrag aan 'eigen risico' verschuldigd bent, is een wettelijke bepaling waar de Sint Maartenskliniek geen invloed op heeft. Mocht uw klacht door de Sint Maartenskliniek gegrond worden verklaard zal hiervoor een correctiefactuur naar uw zorgverzekeraar worden gestuurd, die daarmee het 'eigen risico' bedrag voor u kan corrigeren.

Consulten: Fysieke consulten, Belconsulten en Beeldbelconsulten

Consulten vinden veelal fysiek plaats op één van onze locaties van de Sint Maartenskliniek. De overheid heeft het sinds 2018 ook mogelijk gemaakt dat consulten "op afstand" middels telefoon (Belconsult), via beeldbellen of schriftelijk kunnen worden uitgevoerd en in rekening kunnen worden gebracht als vervanging voor fysieke vervolgpolikliniekbezoeken.

Per 1-1-2021 zijn de mogelijkheden voor consulten op afstand uitgebreid en mogen belconsulten en beeldbelconsulten ook plaatsvinden als vervanging voor een fysiek eerste polikliniekbezoek.

De inhoudelijke eisen voor al deze consultvormen zijn gelijk en mede daardoor wegen al deze consulten even "zwaar" in de afleiding van het DBC-zorgproduct, waardoor elk consultvorm tot dezelfde prijs

leidt.

Dit betekent dat u dus een factuur kunt krijgen zonder dat u in het ziekenhuis bent geweest, maar dat het consult via een belconsult (telefonisch), via beeldbellen en/of schriftelijk consult heeft plaatsgevonden.

Er is sprake van een consult wanneer tijdens deze afspraak medisch beleid wordt besproken. Dit betekent dat onder andere de diagnose wordt bepaald, gecontinueerd of herzien, een anamnese wordt uitgevoerd (indien nodig) en dat er een mogelijk (vervolg) behandelingsvoorstel wordt besproken, waaronder eventueel beëindiging van de zorgvraag.

Wat is een belconsult?

Een belconsult is een consult tussen een zorgverlener en een patiënt, en vervangt een fysiek polikliniekbezoek.

Wat is een consult via beeldbellen?

Een beeldbelconsult vindt plaats via de computer, tablet of smartphone waarbij er door middel van een beeldverbinding een consult wordt afgenomen. Ook dit consult vervangt een fysiek polikliniekbezoek.

Wanneer kan een bel- of beeldbelconsult plaatsvinden?

De behandelaar kan samen met u een afspraak maken over de manier waarop het consult plaatsvindt, fysiek, via bellen of middels beeldbellen.

Ook externe omstandigheden (zoals Corona) kunnen bepalend zijn hoe een consult plaatsvindt.

Richtlijnen hiervoor worden vaak door de overheid, RIVM maar ook door de Sint Maartenskliniek zelf uitgegeven.

Is een telefoontje voor laboratorium-uitslagen of een nieuwe afspraak ook een belconsult?

Nee, niet elk telefonisch contact met de Sint Maartenskliniek is een belconsult. Een 'gewoon' telefoontje om een afspraak te (her)plannen, laboratorium- en/of radiologie-uitslagen te bespreken of andere informatieverzoeken, worden niet beschouwd als een consult.

Overige vragen

Waar kan ik terecht met vragen over de kosten en specificatie van mijn behandeling op mijn nota?

Sinds 1 juni 2014 zijn alle ziekenhuizen verplicht om naast de DBC gegevens ook een deel van de individuele behandelgegevens (zorgactiviteiten) van elke patiënt op de nota te specificeren. Uw zorgverzekeraar ontvangt deze gespecificeerde nota en u kunt met vragen bij hen terecht. Zij kunnen u uitleg geven over de gedeclareerde rekening en indien nodig neemt uw zorgverzekeraar contact op met de Sint Maartenskliniek als er aanvullende vragen zijn.

Als u bezwaar wilt maken tegen het vermelden van uw behandelgegevens op de nota, dan kunt u een privacy-verklarings-formulier invullen dat u bij de balie van de polikliniek kunt opvragen.

Ik heb nog andere vragen over de financiële aspecten van mijn behandeling bij de Sint Maartenskliniek. Waar kan ik die stellen?

Als u nog andere vragen heeft over de kosten en vergoedingen van uw behandeling, neem dan contact op met uw zorgverzekeraar of de Sint Maartenskliniek.

Uw [zorgverzekeraar](#) kan aangeven of de behandeling wordt vergoed en de vragen beantwoorden die betrekking hebben op uw [polisvoorwaarden](#) en het 'eigen risico'.

Bij de Sint Maartenskliniek kunt u informatie opvragen over de (te verwachten) [prijs](#) en de [geregistreerde zorg](#) die geleid heeft tot de declaratie.

Mocht u nog specifieke vragen hebben voor de Sint Maartenskliniek over dit onderwerp, dan kunt u contact opnemen met de afdeling ZorgControl via telefoonnummer 024 - 3659714, of uw vraag stellen via de e-mail: zorgcontrol@maartenskliniek.nl.