



Medische zorg in Nederland in 2022

Heeft u in Nederland zorg nodig?

Wat staat er in deze brochure?

U krijgt zorg in Nederland	3
Wat krijgt u vergoed?	4
Farmaceutische zorg	4
Huisartsenzorg	4
Hulpmiddelen	4
Medische specialistische zorg	4
Mondzorg	5
Paramedische zorg	5
Psychische zorg	6
Wijkverpleging	6
Ziekenvervoer	6
Zorg bij geboorte kind	6
Wat is de Wet langdurige zorg?	7
Hoe gaat de betaling?	7

U krijgt zorg in Nederland

Heeft u een European Health Insurance Card (EHIC) van het CAK? Dan krijgt u de meeste zorgkosten in Nederland vergoed. In deze folder leest u welke zorg u vergoed krijgt en wat u daarvoor moet doen. De Nederlandse overheid heeft Zilveren Kruis aangewezen om te zorgen voor de vergoeding.

Heeft u nog geen EHIC van het CAK?

De EHIC vraagt u aan via www.hetcak.nl/buitenland. U kunt ook bellen naar +31 (0) 88 711 55 51.

Maak altijd een paar kopieën van uw EHIC

Als u zorg in Nederland krijgt, heeft uw zorgverlener een kopie van uw EHIC nodig. Hiermee kan uw zorgverlener de kosten van uw zorg aan ons terugvragen.

De EHIC moet geldig zijn op de datum dat u zorg krijgt

Is uw EHIC niet geldig? Dan moet u misschien de kosten van uw zorg zelf betalen.

Let op! De EHIC gebruikt u voor een tijdelijk verblijf in Nederland

Verhuist u naar Nederland? Dan moet u zich inschrijven bij een Nederlandse zorgverzekeraar. De EHIC van het CAK is dan niet meer geldig.



Wat krijgt u vergoed?

U krijgt behandelingen vergoed die in het basispakket van de Nederlandse Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg zitten. Hieronder staan de meest voorkomende vormen van zorg die u vergoed krijgt. U krijgt deze vergoedingen als u naar een erkende Nederlandse zorgverlener gaat. Aan de onderstaande informatie kunt u geen rechten ontleen. Het gaat om een korte omschrijving van de meest voorkomende vormen van zorg. Wilt u meer weten? Neemt u dan contact met ons op.

Farmaceutische zorg

U krijgt alleen medicijnen vergoed als u ze tijdens uw verblijf in Nederland haalt. En als uw arts ze u voorschreef. Soms betaalt u een eigen bijdrage. Dat doet u bijvoorbeeld als er een middel bestaat dat goedkoper is en hetzelfde werkt. Vraag voor de zekerheid aan uw apotheker of u het middel vergoed krijgt.

Huisartsenzorg

Vergoeding

- een bezoek aan de huisarts op het spreekuur;
- een bezoek van de huisarts als u om medische redenen niet naar het spreekuur kunt komen op uw Nederlands verblijfadres;
- advies over de telefoon.

Geen vergoeding

- een griep prik;
- een medische keuring;
- de kosten voor het krijgen van een herhaalrecept;
- een bezoek van de huisarts op uw woonadres.

Hulpmiddelen

U krijgt sommige hulpmiddelen vergoed. Heeft u een hulpmiddel nodig? Neemt u dan contact met ons op. Wij vertellen u of vergoeding mogelijk is en welke voorwaarden gelden.

Een veel gebruikt hulpmiddel is een hoortoestel

Heeft een hoortoestel nodig? Dan is een vergoeding mogelijk als u:

- een gehoorverlies heeft van minimaal 35 dB en dit kan aantonen met een audiogram én
- u naar een StAr gecertificeerde audicien gaat.
(U vindt de lijst met gecertificeerde audiciens op www.audicienregister.nl.)

De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van uw hoorprofiel. Dit profiel wordt door de audicien bepaald. Op basis van uw hoorprofiel wordt u ingedeeld in een categorie.

U betaalt altijd een wettelijke eigen bijdrage van 25% van de prijs van het hoortoestel. Is uw hoortoestel duurder dan de maximale vergoeding? Dan betaalt u het prijsverschil zelf bij. Wilt u weten wat in uw situatie de maximale vergoeding is? Neemt u dan contact met ons op.

Medisch specialistische zorg

Voor geplande medisch specialistische zorg heeft u een verwijfsbrief van uw huisarts, tandarts, verloskundige of specialist nodig. Onder medisch specialistische zorg valt zorg door een specialist in zijn praktijk of zorg op de polikliniek van het ziekenhuis.

Is het noodzakelijk dat u opgenomen wordt in het ziekenhuis dan worden de kosten hiervoor vergoed.

Onder specialistische zorg valt ook de medische zorg door een specialist tijdens een ziekenhuisopname.

Geen vergoeding

- Plastische chirurgie. Wij vergoeden plastische chirurgie bijna nooit. Uw plastisch chirurg moet uw behandeling daarom vooraf bij ons aanvragen. Wij laten uw plastisch chirurg weten of wij toestemming geven voor de behandeling.
- Niet-medische besnijdenis.
- Sterilisatie.

Mondzorg

U bent jonger dan 18 jaar

Wij vergoeden alle mondzorg, behalve kronen, bruggen, implantaten en orthodontische zorg.

U bent 18 jaar of ouder

- Wij vergoeden bijzondere tandheelkunde. Bijvoorbeeld bij een ernstige afwijking aan uw gebit. Uw tandarts vraagt deze behandeling vooraf bij ons aan.
- Wij vergoeden een nieuw volledig bovengebit, volledig ondergebit of volledig kunstgebit. U betaalt dan wel een eigen bijdrage van minimaal 25%.
- Wij vergoeden de reparatie of het opnieuw passend maken van een volledig kunstgebit. U betaalt wel een eigen bijdrage van 10%.
- Wij vergoeden soms de kosten van een kunstgebit op implantaten. Het moet wel gaan om een volledig bovengebit, volledig ondergebit of volledig kunstgebit. U betaalt een eigen bijdrage van 8% voor een bovengebit. Voor een ondergebit is de eigen bijdrage 10%. Heeft u een kunstgebit op implantaten nodig? Dan vraagt uw tandarts vooraf toestemming aan ons.
- Andere behandelingen, zoals controles of vullingen, vergoeden wij niet.

Paramedische zorg

Onder paramedische zorg valt fysiotherapie en oefentherapie, bekkenfysiotherapie, logopedie, ergotherapie en dieetadvisering.

Fysiotherapie en oefentherapie

De Nederlandse overheid heeft bepaald bij welke medische klachten een vergoeding mogelijk is. Uw medische klacht moet op de lijst 'chronische aandoeningen' staan. Uw fysiotherapeut kan u vertellen of dat bij uw klacht het geval is.

Uw klacht staat op de lijst

- Bent u jonger dan 18 jaar? Dan krijgt u alle behandelingen vergoed.
- Bent u 18 jaar of ouder? Dan betaalt u de eerste
- 20 behandelingen per aandoening zelf. De rest krijgt u vergoed.

Uw klacht staat niet op de lijst

- Bent u jonger dan 18 jaar? Dan krijgt u maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar vergoed. Het is mogelijk dit met maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar te verlengen.
- Bent u 18 jaar of ouder? Dan krijgt u uw behandelingen helaas niet vergoed.

Geen vergoeding

- Niet nakomen van afspraak;
- Behandelingen op uw woonadres.

Bekkenfysiotherapie

Heeft u last van urine-incontinentie? En bent u 18 jaar of ouder? Dan krijgt u de eerste 9 behandelingen bekkenfysiotherapie vergoed.

Logopedie

U krijgt alle nodige behandelingen vergoed. Het moet wel gaan om behandelingen in Nederland. U krijgt geen vergoeding als u behandelingen nodig heeft door uw dialect of taalachterstand.

Ergotherapie

U krijgt maximaal 10 uur vergoed per kalenderjaar. Het moet wel gaan om zorg in Nederland.

Dieetadvisering

U krijgt maximaal 3 uur vergoed per kalenderjaar. Het moet wel gaan om zorg in Nederland.

Let op! Er zijn uitzonderingen:

- U krijgt behandelingen vanuit aanvullende verzekeringen niet vergoed. Alternatieve geneeswijzen is hiervan een voorbeeld.
- U krijgt behandelingen in een privékliniek niet vergoed.

Psychische zorg

U bent jonger dan 18 jaar

De kosten voor psychische zorg krijgt u helaas niet vergoed.

U bent 18 jaar of ouder

Heeft u psychische klachten? Dan gaat u eerst naar een huisarts. Hij bepaalt aan de hand van uw klachten welke zorg u nodig heeft. U krijgt dan een behandeling in de huisartsenpraktijk, of de huisarts verwijst u door naar Basis GGZ of gespecialiseerde GGZ.

Basis GGZ behandelt lichte en matige psychische aandoeningen

U krijgt de zorg van een psycholoog, psychotherapeut of psychiater. Die bepaalt welk behandeltraject u krijgt. Uw behandelaar weet of uw behandeltraject wordt vergoed. Dit is afhankelijk van het soort behandeling en uw aandoening.

Specialistische GGZ behandelt zware psychische aandoeningen

U krijgt de zorg van een GGZ-instelling, psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog. Uw behandelaar weet of uw behandeltraject wordt vergoed. Dit is afhankelijk van het soort behandeling en uw aandoening. Uw zorgverlener moet op de rekening de declaratie code noemen.

Wijkverpleging

Onder wijkverpleging valt onder andere verpleging en persoonlijke verzorging. Heeft u op uw Nederlands verblijfsadres wijkverpleging nodig? Neem dan contact op met een wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige bepaalt of u wijkverpleging nodig heeft. Is bepaald dat de zorg nodig is? Dan maakt de wijkverpleegkundige een zorgplan. Zonder zorgplan is geen vergoeding mogelijk.

Geen vergoeding

Wijkverpleging op uw woonadres.

Ziekenvervoer

U krijgt ambulancevervoer binnen Nederland helemaal vergoed

U hoeft hiervoor geen eigen bijdrage te betalen.

U krijgt vervoer per auto, taxi of openbaar vervoer in 5 situaties vergoed:

- U ondergaat nierdialyse;
- U ondergaat chemotherapie of radiotherapie;
- U bent afhankelijk van een rolstoel;
- U bent blind of slechtziend en kunt niet reizen zonder begeleider;
- U bent jonger dan 18 jaar en heeft intensieve kindzorg nodig.

Vooraf vraagt u het vervoer voor uw behandeling schriftelijk bij ons aan. U gebruikt hiervoor het aanvraagformulier zittend ziekenvervoer. Dit formulier kunt u telefonisch of per e-mail opvragen. Ons telefoonnummer is +31 (0)33 445 68 70 en ons e-mailadres is gbr@zilverenkruis.nl. Na ontvangst van het ingevulde aanvraagformulier vertellen wij u of u een vergoeding krijgt. U betaalt eerst een eigen bijdrage van € 111,- per kalenderjaar.

Geen vergoeding

- voor vervoer meer dan 200 km enkele reis;
- voor vervoer zonder toestemming van Zilveren Kruis.

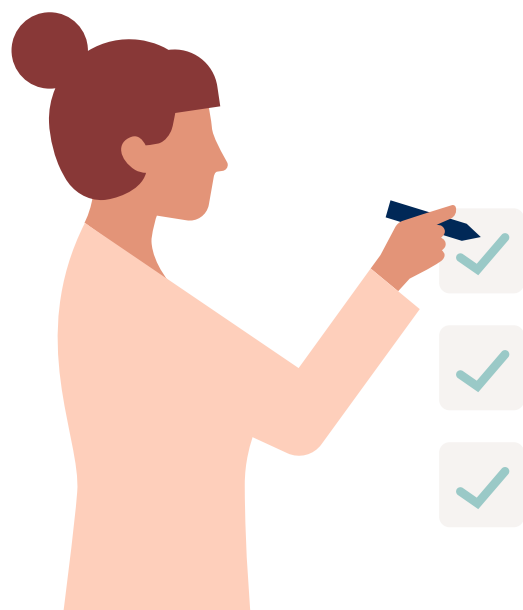
Zorg bij de geboorte van een kind

U krijgt de kosten van de zorg voor, tijdens en na de geboorte vergoed. Het moet wel gaan om zorg in Nederland. Wilt u in het ziekenhuis bevallen zonder dat uw arts of verloskundige dit noodzakelijk vindt? Dan betaalt u de rekening van het ziekenhuis. U stuurt de rekening daarna naar ons. Wij betalen u dan € 230,- terug.

Het kraamcentrum vertelt u na uw bevalling hoeveel kraamzorg u krijgt. U betaalt voor elk uur kraamzorg een eigen bijdrage van € 4,70. U krijgt alleen kraamzorg vergoed op een Nederlands verblijfsadres.

Heeft u zorg nodig die niet in deze brochure staat?

Neemt u dan gerust contact met ons op. Wij vertellen u of de zorg vergoed wordt of niet.



Wat is de Wet langdurige zorg?

De Wet langdurige zorg (Wlz) regelt langdurige zorg in Nederland

Heeft u de hele dag intensieve zorg en toezicht nodig? Dan kunt u uw zorg en toezicht vergoed krijgen. Gaat u naar de website www.ciz.nl van het Centrum Indicatiestelling (CIZ). Hier vindt u een aanvraagformulier dat u moet invullen. Het moet wel gaan om zorg in Nederland.

Het aanvraagformulier stuurt u op naar:

CIZ
Team indicatiestelling buitenland
Postbus 2690
3500 GR Utrecht

Het CIZ kijkt of u een vergoeding krijgt vanuit de Wlz

Nadat u het formulier opstuurt, kijkt het CIZ of u langdurige zorg vergoed krijgt vanuit de Wlz. Zo ja, dan krijgt u een indicatiebesluit. Op dit besluit staat op welke zorg u recht heeft en voor hoeveel uur. De zorg die op het besluit staat krijgt u vergoed. Hiervoor heeft u wel een geldig internationaal verzekeringsbewijs nodig.

Het indicatiebesluit is maximaal 6 maanden geldig. Het kan eenmalig met maximaal 6 maanden verlengd worden.

Heeft u een vraag voor het CIZ?

Belt u dan naar + 31 (0) 88 789 10 00. Ook is het CIZ bereikbaar via e-mail: indicatiestelling.buitenland@ciz.nl.

Hoe gaat de betaling?

Meestal betalen wij de rekening direct aan uw zorgverlener

U hoeft dan zelf niets te doen. Het CAK betaalt deze kosten aan ons terug.

Soms moet u zelf eerst de rekening betalen

Bijvoorbeeld als wij uw behandeling maar voor een gedeelte vergoeden. Ook kan het zijn dat uw zorgverlener niet rechtstreeks bij ons wil declareren. Dit is namelijk niet verplicht.

U stuurt de rekening naar ons toe

Via onze site zk.nl/gbr dient u de rekening digitaal bij ons in. Wilt u de rekening liever per post sturen? Download u dan het declaratieformulier op onze site en stuur het formulier mee met uw rekening en uw internationale verzekeringsbewijs.

Stuurt u de rekening binnen 3 jaar

U kunt de rekening maximaal 3 jaar na het invoeren van de zorg indienen. Daarna betalen we niet meer.

In Nederland geldt een eigen risico van € 385,- per jaar

Voor buitenlandse verzekerden is afgesproken dat dit bedrag niet wordt geïnd.

Wij betalen alleen medische zorg in Nederland

Heeft u zorgkosten gemaakt in uw woonland? Stuur dan de rekening naar uw eigen zorgverzekeraar.

Heeft u zorgkosten gemaakt in een ander land dan Nederland of uw woonland?

De rekening voor zorgkosten gemaakt in een EU/EER land of Zwitserland stuurt u naar het CAK.

Het adres is:

Het CAK
Antwoordnummer 91041
2509 VC Den Haag

Voor zorgkosten in andere landen adviseren wij u contact op te nemen met uw eigen zorgverzekeraar of uw reisverzekeraar.

Heeft u vragen?



Mail naar

gbr@zilverenkruis.nl

Wij nemen zo snel mogelijk contact met u op.



Wilt u liever iemand persoonlijk spreken?

+31 (0)33 445 68 70

U bereikt ons van maandag tot en met vrijdag van 8.30 tot 17.00 uur.



Schrijf naar

Zilveren Kruis
Groep Buitenlands Recht
Postbus 650
7300 AR Apeldoorn

Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. KvK 06088185, Achmea Zorgverzekeringen N.V. KvK 28080300

Wij doen ons uiterste best om u goede en duidelijke informatie te geven. Klopt er iets niet in onze communicatie? Geef het dan aan ons door zodat wij de fout kunnen herstellen. Staan er onjuistheden in? Dan is Zilveren Kruis hiervoor niet aansprakelijk. Aan de inhoud van dit product of deze dienst kunt u geen rechten ontlelen.