

INROEPEN VAN ZORG IN HET BUITENLAND

U WILT VOOR ZORG NAAR HET BUITENLAND GAAN

Als u voor een medische behandeling naar een zorgaanbieder in het buitenland wilt, kan dat op twee manieren:

1. met uw zorgverzekeringsspas
2. met de Europese sociale zekerheidsverordening.

De procedure die u moet volgen en de financiële gevolgen zijn verschillend. Dit wordt hieronder uitgelegd.

U MAAKT GEBRUIK VAN UW ZORGVERZEKERINGSPAS

Uw zorgverzekeringsspolis heeft werelddekking. Dat betekent dat u overal ter wereld gedekt bent voor de kosten van zorg indien deze zorg is opgenomen in het Nederlandse aansprakenpakket. Als u een restitutiespolis heeft kunt u kiezen naar welke zorgaanbieder u gaat. De kosten van de zorg worden vergoed tot het in Nederland gangbare tarief. U krijgt zelf de rekening. Het eventuele verschil moet u zelf betalen.

Als u een naturapolis heeft moet u in beginsel naar een zorgaanbieder gaan die door uw zorgverzekeraar is gecontracteerd. In dat geval worden de kosten rechtstreeks door uw zorgverzekeraar aan de buitenlandse zorgaanbieder betaald, ook als de kosten hoger zijn dan in Nederland.

Als u een naturapolis heeft en toch naar een zorgaanbieder gaat die niet is gecontracteerd, worden de kosten van de zorg vergoed tot het in Nederland gangbare tarief. U krijgt zelf de rekening. Het eventuele verschil moet u zelf betalen. Uw verzekeraar mag op die vergoeding een korting toepassen.

De korting mag nooit zo hoog zijn dat het inroepen van de zorg bij die zorgaanbieder daardoor praktisch onmogelijk wordt gemaakt. Een eenduidige norm hiervoor bestaat niet. Als de kosten van een huisartsconsult € 30 zijn en door de verzekeraar de helft vergoed wordt, is dat wellicht geen belemmering. Als de kosten van een operatie € 30 000 bedragen en de verzekeraar daarvan 95% vergoedt, kan dat waarschijnlijk wel als een belemmering worden beschouwd. Dit hangt van de omstandigheden af.

De kosten van zorg die u in het buitenland maakt met gebruikmaking van uw zorgverzekeringsspas tellen mee voor uw Nederlands eigen risico. Het wordt verrekend met de vergoeding of u krijgt een nota van uw zorgverzekeraar.

NEEM CONTACT OP MET UW ZORGVERZEKERAAR

Als u voor zorg naar het buitenland wil, dan is het verstandig om altijd vooraf contact op te nemen met uw zorgverzekeraar. De verzekeraar hoeft namelijk geen kosten van zorg te vergoeden die niet gedekt zijn door de zorgverzekeringsspolis. Uw verzekeraar kan u precies informeren over de vergoeding die u voor een behandeling in het buitenland krijgt. Als u een aanvullende verzekering heeft, is het mogelijk dat uw aanvullende verzekering voorziet in vergoeding van in het buitenland gemaakte kosten die voor uw rekening zijn gebleven.

U MAAKT GEBRUIK VAN EEN EUROPEES E-112 FORMULIER

Voor zorg in het buitenland kunt u niet alleen gebruik maken van uw zorgpolis, maar ook van de Europese sociale zekerheidsverordening. Het gaat dan om lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein of Zwitserland. Als u voor zorg naar een van die landen gaat en u wilt gebruik maken van de Europese sociale zekerheidsverordening, dan moet u uw verzekeraar om toestemming vragen.

Als u de betreffende zorg in Nederland tijdig kan krijgen, kan de zorgverzekeraar deze toestemming weigeren. Wanneer u de zorg in Nederland niet tijdig kan krijgen, dan mag uw zorgverzekeraar de toestemming niet weigeren, tenzij de zorg niet is opgenomen in het Nederlandse aansprakenpakket.

Wanneer uw verzekeraar toestemming geeft, krijgt u een formulier E-112. Dit formulier geeft u af aan de zorgaanbieder in het buitenland. De kosten worden afgerekend via zogeheten verbindingsorganen in het buitenland en in Nederland. Het doet er niet toe of de zorg eventueel duurder is dan het in Nederland gangbare tarief. Afhankelijk van het land waar u bent, kan het zijn dat u een eigen bijdrage moet betalen zoals die geldt in het land waar u de zorg krijgt.

ALS ZORG TIJDENS VERBLIJF IN HET BUITENLAND NODIG WORDT

Als tijdens verblijf in het buitenland zorg nodig wordt, dan kunt u deze zorg op de volgende manieren inroepen:

1. met uw zorgverzekeringspas
2. met de Europese sociale zekerheidsverordening en met een verdrag

De procedure die u moet volgen en de financiële gevolgen zijn verschillend. Dit wordt hieronder uitgelegd.

U MAAKT GEBRUIK VAN UW ZORGVERZEKERINGSPAS

Als u in het buitenland bent (voor uw werk of op vakantie) en tijdens dit verblijf heeft u zorg nodig, dan is het belangrijk dat u uw verzekeringsgegevens weet. Neem daarom altijd uw zorgverzekeringspas mee als u naar het buitenland gaat.

Als u in het buitenland bent en zorg nodig wordt, krijgt u zelf de rekening. U krijgt de kosten vergoed tot maximaal 100% van het in Nederland gangbare tarief. Het eventuele verschil moet u zelf betalen. Hou hiermee rekening als u naar bijvoorbeeld de Verenigde Staten of Japan reist, omdat de kosten daar (aanzienlijk) hoger kunnen zijn dan in Nederland. In die gevallen is een reisverzekering aan te bevelen. Dat geldt ook voor de vergoeding van repatriëringskosten. De kosten daarvan worden niet door uw zorgverzekering vergoed.

Neem zo mogelijk altijd contact op met uw zorgverzekeraar. Het kan zijn dat u eerst de rekening zelf moet betalen. Uw verzekeraar kan u adviseren hoe in die gevallen te handelen.

Als u gebruik maakt van uw zorgverzekeringspas, bent u het eigen risico verschuldigd. Het wordt verrekend met de vergoeding of u krijgt een nota van uw zorgverzekeraar.

U MAAKT GEBRUIK VAN DE EUROPESE ZIEKTEVERZEKERINGSKAART (EHIC)

Als u in een lidstaat van de Europese Unie, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein of Zwitserland bent en zorg nodig wordt, dan kunt ook gebruik maken van uw Europese ziekteverzekeringskaart, de EHIC (European Health Insurance Card). Op grond van een verdrag tussen Nederland en Australië, kunt de EHIC ook gebruiken in Australië.

Het doet er niet toe of de zorg eventueel duurder is dan het in Nederland gangbare tarief. De kosten worden afgerekend via zogeheten verbindingorganen in het buitenland en in Nederland. Afhankelijk van het land waar u bent, kan het zijn dat u een eigen bijdrage moet betalen zoals die geldt in het land waar u de zorg krijgt.



De EHIC is een waardedocument, in de vorm van een pasje en vergelijkbaar met een creditcard. Een zorgaanbieder in het buitenland weet dat de betaling van de zorg gegarandeerd is. Wees er dus zuinig op. De EHIC-pas wordt door uw zorgverzekeraar verstrekt. Soms is de EHIC-pas gecombineerd met de verzekeringspas van uw zorgverzekeraar. U heeft dan één pas. Vraag uw zorgverzekeraar om de EHIC-pas als u naar het buitenland gaat en uw zorgverzekeraar de EHIC-pas nog niet heeft afgegeven.

Vaak kunt u de EHIC-pas via de website van uw zorgverzekeraar aanvragen. In sommige landen moet u vóór behandeling de EHIC-pas kunnen overleggen als u zorg nodig heeft. Als u de EHIC-pas niet bij u heeft, kan het zijn dat u de kosten van de behandeling eerst zelf moet betalen.

U MAAKT GEBRUIK VAN EEN VERDRAGSFORMULIER 111

Als u tijdelijk verblijft in Marokko, Tunesië, Turkije, de Kaapverdische Eilanden, Servië, Kroatië, Bosnië en Hercegovina, Montenegro of Macedonië, kunt u, als tijdens uw verblijf zorg nodig wordt, ook een verdragsformulier 111 gebruiken.

Het is aan te bevelen dit formulier bij uw zorgverzekeraar aan te vragen voor u op reis gaat.