

Aanvullende informatie voor arbeidsmigranten/grensarbeiders

Deze informatie wordt uitgegeven door tussenpersoon Witte-Boussen Assurantiën B.V. en geldt als aanvulling op onze brochure 'Zorgverzekeringen'. Deze brochure is terug te vinden op onze website.

Hoe is de zorgverzekering in Nederland geregeld?

Iedereen die in Nederland woont of werkt moet een basisverzekering voor medische zorg afsluiten (basisverzekering). De Rijksoverheid bepaalt wat er in de basisverzekering zit. Dat is medisch noodzakelijke zorg waar iedereen recht op heeft. Zorgverzekeraars bepalen zelf wat in hun aanvullende verzekeringen zit.

Basisverzekering

De basisverzekering dekt de standaardzorg van bijvoorbeeld huisarts, ziekenhuis of apotheek. Voor de meeste zorg in de basisverzekering geldt een verplicht eigen risico. Er kunnen ook nog eigen bijdragen gelden.

De basisverzekering is verplicht als u woont of werkt in Nederland. Ook voor partner en kinderen die in Nederland komen wonen, geldt de verzekeringsplicht, tenzij deze personen inkomsten uit het buitenland behouden. De inhoud van de basisverzekering wordt jaarlijks bepaald door de overheid, die ook de hoogte van het verplichte eigen risico vaststelt. Voor bepaalde zorg geldt geen eigen risico, zoals huisartsenzorg of verloskundigenzorg. Het eigen risico is ook niet van toepassing op eventueel afgesloten aanvullende verzekeringen. Een zorgverzekeraar heeft acceptatieplicht voor de basisverzekering.

De basisverzekering is ruim van opzet en omvat het merendeel van de essentiële geneeskundige zorg, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen die voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk. Fysiotherapie en tandheelkundige zorg worden gedeeltelijk vergoed. Enkele vormen van zorg die in de basisverzekering zijn inbegrepen:

- geneeskundige zorg door huisartsen, medisch specialisten en verloskundigen;
- wijkverpleging;
- verblijf in het ziekenhuis;
- geneeskundige geestelijke gezondheidszorg;
- geregistreerde geneesmiddelen uit het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS);
- tandheelkundige zorg tot de leeftijd van 18 jaar;
- zorg van therapeuten, zoals fysio- en oefentherapeuten, logopedisten en ergotherapeuten;
- diëtetiek;
- medische hulpmiddelen;
- ambulancevervoer 'zittend ziekenvervoer';
- fysiotherapie voor chronisch zieken;
- spoedeisende onvoorzienbare zorg in het buitenland, tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag of het tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (WMG).

Indien u naar het buitenland gaat, met als doel daar een medische behandeling te ondergaan, neem dan altijd vooraf contact met ons op. Uw zorgverzekeraar dient dat vooraf te beoordelen. Uitgezonderd zijn buitenlandse gecontracteerde ziekenhuizen.

Als u zich inschrijft bij een Nederlandse gemeente, dient u zelf zorg te dragen voor inschrijving bij een huisarts die bij u in de buurt, liefst in de eigen woonplaats, een praktijk houdt. Ook adviseren wij u om de tandartsenpraktijk in dezelfde regio te kiezen.

Heeft u behoefte aan medische zorg, neem dan contact op met uw huisarts. Voor medisch specialistische zorg, bijvoorbeeld in het ziekenhuis, heeft u een verwijzing van uw huisarts, tandarts of bedrijfsarts nodig, die maximaal één jaar geldig is.

Vrijwillige aanvullende (tandarts-)verzekering

Een aanvullende verzekering dekt (een deel van de) zorg die niet onder de basisverzekering valt. Bijvoorbeeld extra vergoeding voor een behandeling bij de fysiotherapeut, alternatief geneeswijzer, brillen/contactlenzen op sterkte, tandarts, of een aanvulling i.v.m. spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland, waaronder repatriëring. Let op: neem altijd contact op met uw alarmcentrale indien er sprake is van spoedeisende zorg in het buitenland! Het afsluiten van een aanvullende verzekering is niet verplicht.

Vrijwillig gekozen eigen risico

Naast het verplichte eigen risico, kunt u ook kiezen voor een vrijwillig eigen risico, variërend tussen € 100,- en € 500,- waarmee u premievoordeel krijgt. Kijk voor meer informatie over het eigen risico in onze brochure 'Zorgverzekeringen'.

Wat moet u doen om uzelf te verzekeren via de zorgcollectiviteit van uw werkgever?

U dient zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen vier maanden nadat u voor uw werkgever in Nederland bent komen werken, een zorgverzekering af te sluiten. De ingangsdatum hangt af van de datum dat u voor uw Nederlandse werkgever bent gaan werken.

Bent u later dan de genoemde vier maanden met het aanleveren van de gevraagde documenten, dan wordt u niet met terugwerkende kracht verzekerd! Schrijft u zich niet (tijdig) in, dan riskeert u daarnaast een boete, omdat de basisverzekering een verplichte verzekering is.

Zodra u een zorgverzekering heeft aangevraagd, ontvangt u normaliter binnen een maand een polisblad en uw zorgpasje(s). Wij adviseren om uw aanmelding zo spoedig mogelijk in orde te maken. Het polisnummer heeft u namelijk nodig indien u gebruik maakt van medische zorg. Wij adviseren u het zorgpasje altijd bij u te dragen, met name als u in het buitenland bent.

Indien uw werkgever een collectiviteit heeft afgesloten, is deelname dan verplicht?

Indien uw werkgever een collectief ziektekostencontract heeft afgesloten bij één of meerdere zorgverzekeraars, is het vaak interessant om uw zorgverzekering daarbij onder te brengen. Deelname is echter niet verplicht, maar kan wel inhouden dat een evt. werkgeversbijdrage niet (meer) van toepassing is. Neem voor meer informatie hieromtrent contact op met uw werkgever.

Hoe kunt u nota's declareren bij uw zorgverzekeraar?

Veel zorgkosten worden rechtstreeks door uw zorgverlener ingediend bij uw zorgverzekeraar. Achteraf krijgt u daarvan een bericht van uw zorgverzekeraar. Ontvangt u toch een nota van uw zorgverlener? Dan kunt u deze digitaal of per post bij de zorgverzekeraar declareren.

Woont u in België, maar ontvangt uw inkomen in Nederland?

Als u in België woont, maar alleen inkomen ontvangt in Nederland dan bent u tóch verplicht de basisverzekering af te sluiten. Bij aanmelding bij de Nederlandse zorgverzekeraar dient u te vermelden dat u in het buitenland woont. Gezinsleden die eventueel geen inkomsten uit Nederland krijgen, kunnen normaliter niet verzekerd worden bij een Nederlandse zorgverzekeraar. Uw gezinsleden dienen zich te verzekeren in België bij een mutualiteit. Zodra de Nederlandse zorgverzekeraar u een polisblad stuurt, dient u kort daarna ook een e106/S1 formulier van de zorgverzekeraar te ontvangen, waarmee u zich kunt melden bij de mutualiteit. De mutualiteit zal op basis van dat e106/S1 formulier u en eventueel uw gezinsleden registreren. Neem voor meer informatie contact op met uw mutualiteit. Indien u nog niet bent aangemeld bij een mutualiteit, kunt u er zelf één contacteren. Daarnaast adviseren wij u een hospitalisatieverzekering in België af te sluiten. Neem voor meer informatie contact op met uw werkgever.

Bent u woonachtig in een ander land en wilt u meer informatie over zorgverzekeringen? Neemt u dan contact op met ons.

Woont u in Nederland en verhuist u binnen Nederland?

Uw zorgverzekeraar krijgt het verhuisbericht automatisch door via uw gemeente. U kunt uw verhuizing ook naar ons mailen.

Woont u in Nederland en verhuist u naar het buitenland?

Als u van Nederland naar het buitenland verhuist dient u dit aan ons door te geven. Vermeld hierbij de datum van de verhuizing, het nieuwe adres en of u nog inkomsten vanuit Nederland blijft ontvangen. Indien u geen inkomsten uit Nederland meer ontvangt, vervalt namelijk de verzekeringsplicht. Wij geven uw verhuismelding door aan de zorgverzekeraar.

Woont u niet in Nederland en verhuist u binnen uw woonland?

Geef dan de datum van de verhuizing en het nieuwe adres aan ons door, zodat wij de zorgverzekeraar kunnen informeren.

Gaat u uit dienst bij uw huidige werkgever; moet u dat melden?

Als u uit dienst gaat bij uw werkgever, bent u verplicht dit tijdig aan ons te melden. Vermeld daarbij ook uw polisnummer. Normaliter wordt de collectiviteit beëindigd per de 1^{ste} van de maand volgend op de einddatum van uw dienstverband. Bijvoorbeeld: is uw laatste werkdag 15 maart, dan houdt uw werkgever de zorgpremies in tot en met 31 maart en wordt uw polis per 1 april omgezet naar een individuele zorgverzekering.

Wanneer komt uw zorgverzekering in Nederland te vervallen?

Zodra het dienstverband met uw Nederlandse werkgever is beëindigd én u niet (meer) in Nederland woonachtig bent, dient u zelf binnen één maand na het einde van uw dienstverband uw zorgverzekering op te zeggen. Indien u uw verzekering niet of niet tijdig opzegt, blijft uw betalingsverplichting doorlopen! Blijft u in Nederland woonachtig en gaat u niet in het buitenland werken, dan blijft de verzekeringsplicht in Nederland gelden. Geef de beëindiging van uw dienstverband tijdig aan ons door en vermeld daarbij ook of u elders gaat werken in Nederland of daarbuiten.

Met wie kunt u contact opnemen voor vragen over de zorgverzekering?

Voor vragen over premies, vergoedingen, declaraties, het eigen risico, het verkrijgen van medische machtigingen of klachten kunt u contact opnemen met onze afdeling Zorg. Voor het doorgeven van wijzigingen in uw gezinssituatie, aanpassingen in uw zorgverzekering of voor het melden van een verhuizing, bij voorkeur mailen naar ons e-mailadres: zorg@witteboussen.nl. Vermeldt daarbij altijd uw polis (relatie-)nummer.