

Medische zorg

Wonen in België, werken in Nederland



Inhoud

Waarvoor bent u verzekerd?	2
Hebben uw gezinsleden geen eigen ziektekostenverzekering?	2
In welk land kunnen u en uw gezinsleden zorg krijgen?	3
Hoe krijgt u uw zorg vergoed?	3
Hoe krijgen uw gezinsleden zorg vergoed?	3
Wat kost het?	4
Wat als...	4
Zo blijft u op de hoogte	5
Overige nuttige adressen	5

U woont in België en werkt in Nederland. U bent dan automatisch in Nederland verzekerd voor bijzondere medische kosten, zoals een verpleeghuisopname. Voor de 'gewone' zorgkosten sluit u zelf een Nederlandse zorgverzekering af. Voor zorg kunt u in België en Nederland terecht.

Waarvoor bent u verzekerd?

Iedereen die in Nederland woont of werkt, is automatisch verzekerd voor de Wlz, de Wet langdurige zorg. Bijzondere ziektekosten zijn kosten die voor bijna niemand te betalen zijn, zoals langdurige verpleging of gehandicaptenzorg. Deze kosten hoeft u niet zelf te betalen, maar vaak betaalt u wel een eigen bijdrage. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) moet vaststellen of u recht heeft op Wlz-zorg.

Door uw verzekering voor Wlz, bent u ook verzekeringsplichtig voor de Zorgverzekeringswet (Zvw). De Zvw is voor 'gewone' zorgkosten, zoals de huisarts en medicijnen. U bent pas Zvw-verzekerd als u een zorgverzekering afsluit bij een Nederlandse zorgverzekeraar. Sluit deze verzekering af binnen vier maanden nadat u in Nederland bent gaan werken.

Nadat uw aanvraag is verwerkt, krijgt u:

- een zorgpolis en een zorgpas. Met de pas kunt u in Nederland of in België terecht voor medische zorg. Uw zorgverzekeraar vergoedt de kosten.
- een S1-formulier. Met dit formulier meldt u zich in België aan bij een ziekenfonds (mutualiteit) of bij de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (HZIV). Zo kunt u van dat ziekenfonds of de Hulpkas vergoeding krijgen voor de kosten van zorg in België.

Een aanvullende verzekering kunt u in Nederland of in België afsluiten, dat mag u zelf kiezen. Nederlandse zorgverzekeraars kennen verschillende aanvullende verzekeringen, Belgische ziekenfondsen kennen de hospitalisatieverzekering. Deze vergoedt onder andere een deel van de remgelden (bijvoorbeeld de eigen bijdrage die u moet betalen bij een ziekenhuisopname).

Hebben uw gezinsleden geen eigen ziektekostenverzekering?

Dan kunnen uw gezinsleden met u meeverzekerd worden. Uw ziekenfonds beslist dit op basis van het S1-formulier dat u inlevert bij uw ziekenfonds. Als een gezinslid (partner en/of kind) is meeverzekerd, meldt het ziekenfonds dit aan de Nederlandse uitvoeringsorganisatie CAK (Centraal Administratiekantoor). Het CAK registreert uw gezinslid als meeverzekerde. CAK gebruikt de term 'verdragsgerechtigd' gezinslid. Van die registratie krijgt u altijd bericht. Na registratie heeft uw meeverzekerde gezinslid recht op medische zorg in woonland België en in Nederland.

In welk land kunnen u en uw gezinsleden zorg krijgen?

U en uw meeverzekerde gezinsleden krijgen zowel in België als in Nederland de kosten vergoed voor bezoek aan huisarts, ziekenhuis en voor medicijnen. Gaat uw gezinslid naar Nederland voor zorg? Vraag dan vooraf de EHIC (Europese verzekeringskaart) aan bij het CAK. Dit om te voorkomen dat u de kosten hiervan zelf moet betalen. Meer informatie over de medische zorg in Nederland en over de vergoedingen vindt u op de website van Zilveren Kruis. Bekijk de uitleg op www.zilverenkruis.nl, Buitenland, Tijdelijk naar Nederland, Gezinsleden van grensarbeiders. Uw gezinsleden hebben, tijdens verblijf in Nederland, ook recht op zorg uit de Wlz. Hier is wel een indicatiebesluit van het CIZ voor nodig.

Hoe krijgt u uw zorg vergoed?

U kiest voor zorg in Nederland

Het soort zorgpolis dat u heeft afgesloten, bepaalt hoe u uw kosten moet declareren.

- Heeft u een naturapolis? En maakt u gebruik van een gecontracteerde zorgaanbieder? Dan stuurt de Nederlandse zorgverzekeraar de rekening rechtstreeks door naar uw zorgverzekeraar. Deze betaalt de rekening. U hoeft zelf niets meer te doen. Heeft de zorgverlener geen contract met uw zorgverzekeraar? Dan betaalt u de rekening zelf en declareert u de kosten bij uw zorgverzekeraar.
- Heeft u een restitutiepolis? Dan betaalt u eerst zelf de zorgkosten aan de zorgverlener en u declareert deze later bij uw zorgverzekeraar.

Eigen risico

Als u ziektekosten in Nederland maakt, heeft u altijd te maken met een eigen risico. Het eigen risico geldt niet voor bezoek aan de huisarts, aan de verloskundige of voor kraamzorg. Uw zorgverzekeraar stuurt een factuur met het bedrag dat u moet betalen.

U kiest voor zorg in België en declareert de kosten bij uw ziekenfonds in België

U betaalt eerst zelf de zorgkosten aan de zorgverlener en declareert deze later bij uw ziekenfonds. Bij een ziekenhuisopname stuurt het ziekenhuis de rekening rechtstreeks naar uw ziekenfonds. U hoeft deze dan niet eerst zelf te betalen. Deze 'derdebetalersregeling' is ook van toepassing in de apotheek. U betaalt zelf een deel van de kosten. Dit heet 'remgeld'. Hoeveel u zelf betaalt, hangt af van het soort zorg, maar het is nooit meer dan de helft van de kosten. Daarnaast betaalt u ook nooit meer dan een maximumbedrag per jaar. Dit heet het systeem van de maximumfactuur. **Let op:** Omdat u de zorg in België declareert, hoeft u in Nederland niet het verplichte of vrijwillige eigen risico te betalen.

U kiest voor zorg in België en declareert de kosten bij uw Nederlandse zorgverzekeraar

Uw zorgpolis biedt ook dekking tegen kosten van medische zorg in andere EU-landen. U mag de rekening voor zorg in België dus ook aan uw zorgverzekeraar sturen. Vraag vooraf naar de voorwaarden van uw zorgverzekeraar. Het eigen risico is van toepassing.

Hoe krijgen uw gezinsleden zorg vergoed?

Uw gezinslid kiest voor zorg in België

Uw gezinslid heeft dezelfde rechten als u en betaalt de zorgkosten dus eerst zelf (behalve bij ziekenhuiszorg of in de apotheek). Het ziekenfonds betaalt de kosten deels terug. Het remgeld blijft voor eigen rekening.

Uw gezinslid kiest voor zorg in Nederland

Op vertoon van de EHIC stuurt de Nederlandse zorgverlener de rekening naar zorgverzekeraar Zilveren Kruis. Uw gezinslid hoeft geen eigen risico te betalen.

Let op: U kunt de kosten van uw gezinslid dus niet declareren bij uw eigen zorgverzekeraar.

Wat kost het?

U betaalt een procentuele premie voor de Wlz en een nominale premie voor de Zorgverzekeringswet (Zvw). De hoogte van de Wlz-premie is afhankelijk van uw inkomen. De Wlz-premie houdt uw werkgever in op uw loon. Voor de zorgverzekering die u zelf afsluit, betaalt u een maandelijks (nominale) premie aan de zorgverzekeraar. Voor de inschrijving bij het Belgische ziekenfonds betaalt u een kleine vergoeding (lidmaatschapsgeld). De premie voor de aanvullende verzekering in Nederland of de hospitalisatieverzekering in België hangt onder andere af van het door u gekozen pakket, uw leeftijd en gezondheid.

Kijk voor bedragen en percentages in de cijferbijlage.

Zorgtoeslag

Heeft u een (gezins-)inkomen onder een bepaalde grens en is uw vermogen niet te groot, dan kunt u zorgtoeslag aanvragen via de Belastingdienst. Dat is een tegemoetkoming in de kosten van uw zorgverzekering. Aanvragen kan voor uzelf en voor uw gezinsleden die zijn meeverzekerd (uw partner en/of kinderen ouder dan 18 jaar). Zie www.toeslagen.nl. Heeft u een DigiD, dan kunt u de zorgtoeslag aanvragen via Mijn toeslagen. Heeft u geen DigiD? Dan kunt u bellen met de Belastingtelefoon Buitenland: +31 (0)555 385 385.

Wat als...**... u pas na vier maanden een zorgverzekering in Nederland afsluit?**

Dan gaat uw zorgverzekering in op de dag van uw aanvraag. U bent dan minimaal een periode van vier maanden onverzekerd. Heeft u in die periode zorgkosten? Dan moet u de rekeningen zelf betalen. Als u onverzekerd bent, kunt u ook een boete krijgen van het CAK.

... u uw zorgpremie zes maanden of langer niet heeft betaald?

Dan geeft uw zorgverzekeraar dat door aan het CAK. Er wordt dan elke maand een extra premie van uw loon afgetrokken, totdat de schuld is afbetaald.

... u een rekening krijgt van de Vlaamse zorgkas?

Deze hoeft u niet te betalen, omdat u in Nederland verzekerd bent. Dit geldt ook voor uw meeverzekerde partner en voor meeverzekerde kind(eren) tot 25 jaar.

... u tijdens verblijf in een ander EU-land medische zorg nodig heeft?

Met de EHIC heeft u recht op medisch noodzakelijke zorg bij tijdelijk verblijf in een EU-land (bijvoorbeeld tijdens vakantie, zakenreis of studie). Het gaat om zorg die u niet kunt uitstellen tot uw terugkeer naar België. Vraag de EHIC voor uzelf aan bij uw zorgverzekeraar en voor uw meeverzekerde gezinsleden bij het CAK.

Let op: De EHIC biedt alleen dekking voor de zorg van de verplichte verzekering van het EU-land. De kosten in andere EU-landen krijgt u meestal niet volledig vergoed. Het is verstandig om een extra verzekering of een reisverzekering af te sluiten.

Zo blijft u op de hoogte

Bureau voor Belgische Zaken van de SVB heeft in deze leaflet kort uitleg gegeven. Maar niet alle voorwaarden en uitzonderingen staan in deze leaflet. En wetten en regelingen veranderen. Kijk daarom regelmatig op www.svb.nl/bbz.

Heeft u vragen? Neem dan contact op met Bureau voor Belgische Zaken. Wij helpen u graag verder.

Bureau voor Belgische Zaken

Rat Verlegghstraat 2, 4815 NZ Breda

+31 (0)76 548 58 40

Vragen per e-mail: Ga naar www.svb.nl/bbz, Contact, gebruik ons e-mailformulier. www.svb.nl/bbz

Overige nuttige adressen

Zilveren Kruis

Groep Buitenlands Recht
Postbus 650, 7300 AR Apeldoorn
+31 (0)33 445 68 70
gbr@zilverenkruis.nl
www.zilverenkruis.nl

CAK

Buitenlandregeling
Postbus 84030, 2508 AA Den Haag
+31 (0)88 711 55 51
www.hetcak.nl

Vlaamse Zorgkas

Koning Albert II laan 35, bus 36
B-1030 Brussel
vlaamsezorgkas@zorg-en-gezondheid.be
www.vlaamsezorgkas.be

Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)

Team indicatiestelling buitenland
Postbus 2690
3500 GR Utrecht
+31 (0)88 789 10 00
indicatiestelling.buitenland@ciz.nl
www.ciz.nl