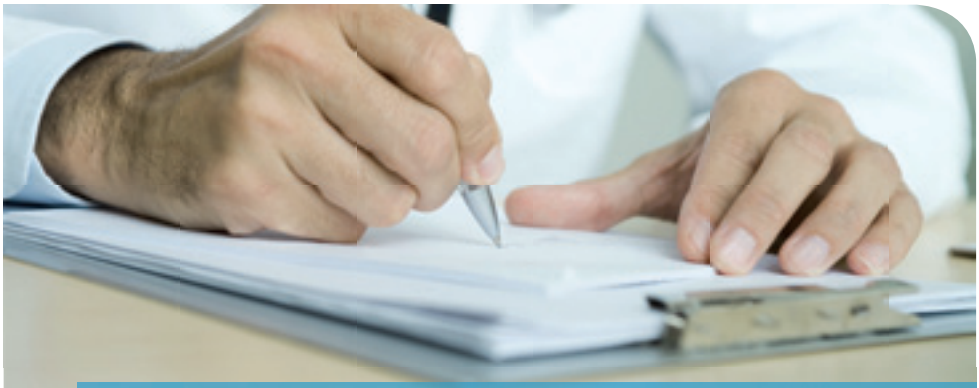
Kijk voor meer informatie op
www.agisweb.nl/buitenland

# Verzekerd in het **buitenland 2013**

Medische zorg voor u in Nederland

AGIS zorgverzekeringen

Agis helpt u met zorg



# Tijdelijk in Nederland

Nederland heeft met een aantal landen een verdrag gesloten over het verlenen van medische zorg. Woont u in één van deze landen en bent u daar tegen ziektekosten verzekerd, dan hebt u ook tijdens een verblijf in Nederland recht op (een vergoeding van de kosten van) medische zorg. Hiervoor geldt wel een aantal voorwaarden.

**Internationaal verzekeringsbewijs**

Eén van de voorwaarden is, dat u het vereiste internationale verzekeringsbewijs bij u hebt. Vergeet u niet om dit bewijs vóór uw vertrek naar Nederland aan te vragen bij uw zorgverzekeraar en enkele kopieën te maken. De zorgverlener heeft namelijk een exemplaar nodig om de kosten voor de medische zorg bij ons te declareren. Het bewijs moet geldig zijn op de datum waarop u de medische zorg inroept.

**Erkende zorgverlener**

Een andere voorwaarde is dat de medische zorg die u gebruikt valt onder de Agis Basispolis (vergelijkbaar met het basispakket van de Nederlandse Zorgverzekeringswet) of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Daarnaast moet de zorg worden ingeroepen bij een erkende zorgverlener. In deze brochure leest u op welke medische zorg u recht hebt en welk internationaal verzekeringsbewijs u daarvoor nodig hebt.

# Welke **landen?**

De informatie in deze brochure geldt voor u als u tegen ziektekosten verzekerd bent in één van de onderstaande landen:

## Landen van de Europese Unie (EU) en de Europese Economische Ruimte (EER):

| | | |
|---|---|---|
| België | Hongarije | Polen |
| Bulgarije | Ierland | Portugal |
| Cyprus | Italië | Roemenië |
| Denemarken | Letland | Slovenië |
| Duitsland | Liechtenstein | Slowakije |
| Estland | Litouwen | Spanje |
| Finland | Luxemburg | Tsjechië |
| Frankrijk | Malta | IJsland |
| Griekenland | Noorwegen | Zweden |
| Groot Brittanië | Oostenrijk | |

- Zwitserland

- Landen van het Rijnvaartverdrag
  Rijnoeverlanden (Duitsland, Frankrijk en Zwitserland), België en Luxemburg.

- Overige verdragslanden
  Australië, Bosnië-Herzegovina, Kaapverdië, Kroatië, Macedonië, Montenegro, Servië, Tunesië en Turkije.

# Welk bewijs?

Hieronder vindt u een overzicht van de verzekeringsbewijzen die u nodig hebt om de kosten van medische zorg vergoed te krijgen.

## EU-, EER-landen en Zwitserland

### European Health Insurance Card (EHIC)

Voor medische zorg die nodig wordt tijdens uw verblijf in Nederland. U krijgt de EHIC van uw zorgverzekeraar. Op de kaart staat de vervaldatum.

### Voorlopig bewijs ter vervanging van de EHIC

Voor noodsituaties, bijvoorbeeld na diefstal of verlies van de EHIC. U kunt dit voorlopig bewijs aanvragen bij uw zorgverzekeraar.

### E112/S2 formulier

*Komt u speciaal naar Nederland voor een medische behandeling? Zorg dat u vooraf toestemming heeft van uw zorgverzekeraar*

### Formulier E 112/S2

Als u medische zorg inroept, waarvoor u speciaal naar Nederland komt. Het kan namelijk dat u bepaalde medische zorg liever in Nederland dan in uw woonland wilt gebruiken. U moet dan ruim vóór uw vertrek naar Nederland contact opnemen met uw zorgverzekeraar. Als die toestemming geeft, krijgt u het formulier E 112/S2 mee.

### Formulier E 123/DA1

Als u medische zorg wilt inroepen vanwege een (arbeids)ongeval of beroepsziekte.

## Landen van het Rijnvaartverdrag

**Formulier R 110**
Als u (of een meevarend gezinslid) medische zorg inroept. U moet twee originele, door uw werkgever ondertekende, formulieren R 110 invullen. Deze formulieren geeft u af aan de zorgverlener.

**Formulier R 123**
Als u medische zorg wilt inroepen vanwege een (arbeids)ongeval of beroepsziekte.

## Overige verdragslanden

Bent u in één van de overige verdragslanden tegen ziektekosten verzekerd, dan hebt u uitsluitend recht op (een vergoeding van de kosten van) spoedeisende medische zorg.
U hebt dan één van de volgende formulieren nodig:

**Formulier HR/NL 111**
Als u tegen ziektekosten verzekerd bent in Kroatië.

**Formulier K/N 111**
Als u tegen ziektekosten verzekerd bent in Kaapverdië.

**Formulier TUN/N 111**
Als u tegen ziektekosten verzekerd bent in Tunesië.

**Formulier RM/NL 111**
Voor spoedeisende medische zorg aan een persoon uit Macedonië.

**Formulier TUR/N 111**
Als u tegen ziektekosten verzekerd bent in Turkije.

**Formulier YN 111**
Als u tegen ziektekosten verzekerd bent in: Bosnië-Herzegovina, Montenegro en Servië.

**Verklaring A 111**
Voor spoedeisende medische zorg aan een persoon uit Australië.

# De Agis Basispolis

De dekking van de Agis Basispolis is wettelijk vastgesteld en is vergelijkbaar met het basispakket van de Nederlandse Zorgverzekeringswet. Hieronder vindt u een overzicht van een aantal veel voorkomende vormen van medische zorg, die door de Agis Basispolis zijn gedekt.

## Huisartsenzorg

Hieronder valt onder andere:

- een bezoek aan de huisarts op het spreekuur (een consult)
- een bezoek van de huisarts bij u thuis, wanneer u om medische redenen niet naar het spreekuur kunt komen (een visite)
- een telefonisch consult

De kosten voor een griepvaccinatie of een medische keuring worden niet vergoed.

## Farmaceutische zorg

Hierbij gaat het om genees-, verband- en dieetmiddelen. Alleen middelen die door een arts zijn voorgeschreven komen voor een vergoeding in aanmerking. Voor sommige medicijnen geldt een eigen bijdrage. Dit is bijvoorbeeld het geval bij middelen die vervangen kunnen worden door een goedkoper middel met dezelfde werking. Ook zijn er medicijnen die niet vanuit de basisverzekering worden vergoed. Uw apotheker kan u hier meer over vertellen.

U krijgt alleen middelen vergoed die u nodig hebt tijdens het verblijf in Nederland.

## Specialistische zorg

Hieronder valt onder andere de medische zorg door een specialist in zijn praktijk of op de polikliniek in het ziekenhuis. Hiervoor hebt u een schriftelijke verwijzing nodig van een huisarts, tandarts, verloskundige of een andere specialist. Dit geldt niet voor acute zorg. Onder specialistische zorg valt ook de medische zorg door een specialist tijdens een ziekenhuisopname.

Plastische chirurgie krijgt u zeer beperkt vergoed. De behandelend specialist moet vooraf altijd een gemotiveerde aanvraag indienen.

## Opname in een ziekenhuis

Is het noodzakelijk dat u tijdens uw verblijf in Nederland opgenomen wordt in een ziekenhuis dan worden de kosten hiervoor vergoed. De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van de prijsafspraak die met het ziekenhuis is gemaakt. Voor een opname in verband met plastische chirurgie geldt dat vóóraf een aanvraag door de specialist moet worden ingediend en toestemming door ons moet zijn verleend.

# Mondzorg

### Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Mondzorg wordt vergoed met uitzondering van kronen, bruggen, implantaten en orthodontische zorg.

### Mondzorg voor verzekerden vanaf 18 jaar

Hiervoor is geen vergoeding mogelijk, behalve als het gaat om bijzondere tandheelkunde. Hiervoor moet vóóraf door ons toestemming worden verleend. Verder is er een vergoeding mogelijk voor prothetische voorzieningen.
Hiervoor geldt dat:

- het moet gaan om een volledige onder- en/of bovenprothese
- u een eigen bijdrage van minimaal 25% moet betalen

Het repareren of rebasen van een bestaande volledige prothese wordt vergoed.

# Verloskundige- en kraamzorg

De kosten voor een bevalling in een ziekenhuis worden volledig vergoed als er sprake is van een bevalling op medische indicatie. Dit geldt ook voor een “thuisbevalling” op een Nederlands adres. Kiest u er voor om in het ziekenhuis te bevallen zonder dat hiervoor een medische reden is, dan geldt een eigen bijdrage. U ontvangt daarom de nota rechtstreeks van het ziekenhuis. Deze nota moet u zelf aan het ziekenhuis betalen en kunt u daarna aan ons doorsturen. Wij vergoeden dan het gedeclareerde bedrag min de eigen bijdrage van € 312,87.

Aansluitend aan de bevalling hebt u recht op 10 dagen kraamzorg. Het kraamcentrum stelt vast voor hoeveel uren kraamzorg u in aanmerking komt. U betaalt voor elk uur kraamzorg een eigen bijdrage van € 4,-.

## Paramedische zorg

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

## Fysiotherapie en oefentherapie

Bij de vergoeding van fysio -en oefentherapie wordt onderscheid gemaakt tussen een chronische en niet-chronische indicatie en twee leeftijdsgroepen. De overheid heeft hierbij bepaald in welke gevallen een vergoeding mogelijk is.

| | **Tot 18 jaar** | **Vanaf 18 jaar** |
|---|---|---|
| **Chronische indicatie** | Alle medisch noodzakelijke behandelingen worden vergoed. | Alle medisch noodzakelijke behandelingen worden vergoed vanaf de 21ste behandeling.<br>De eerste 20 behandelingen voor rekening van de verzekerde. |
| **Niet-chronische indicatie** | Vergoeding voor maximaal 9 behandelingen per aandoening per jaar. Verlenging van maximaal 9 behandelingen mogelijk. | Geen vergoeding mogelijk.<br>Alle behandelingen voor rekening van de verzekerde. |

*Op de nota moet de zorgverlener de diagnosecode, de indicatiecode en de behandeldatum vermelden.*

## Bekkenfysiotherapie

Voor verzekerden vanaf 18 jaar worden maximaal negen behandelingen in verband met urine-incontinentie vergoed.

## Logopedie

Alle noodzakelijke behandelingen worden vergoed behalve behandelingen van taalontwikkelingsstoornis in verband met dialect of omdat iemand anderstalig is.

## Ergotherapie

Per kalenderjaar wordt maximaal 10 uur vergoed.

## Dieetadvisering

Per kalenderjaar krijgt u maximaal 3 uur vergoed.

## Ziekenvervoer

### Ambulancevervoer

Het vervoer per ambulance wordt door ons volledig vergoed. Hiervoor geldt geen eigen bijdrage.

Belangrijk:

*Het vervoer van Nederland naar het buitenland en/of omgekeerd wordt niet door ons vergoed (dit geldt ook voor het vervoer van en naar een grensovergang of luchthaven).*

### Vervoer per auto (eigen vervoer of taxi) en openbaar vervoer

Hiervoor is alleen een vergoeding mogelijk voor:

- verzekerden, die nierdialyse moeten ondergaan
- verzekerden, die oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moeten ondergaan
- verzekerden, die zich uitsluitend per rolstoel kunnen verplaatsen
- visueel gehandicapten, die zich door hun handicap niet zonder begeleiding kunnen verplaatsen

Het vervoer moet vóóraf bij ons worden aangevraagd. Hierbij is het belangrijk dat wij een medische verklaring van uw behandelend arts ontvangen, waaruit blijkt dat u tot één van de genoemde groepen hoort.

Voor het vervoer per auto en openbaar vervoer geldt een eigen bijdrage van € 95,00 per kalenderjaar.

Belangrijk:

*Ook hiervoor geldt dat het vervoer van Nederland naar het buitenland en/of omgekeerd niet door ons wordt vergoed (dit geldt ook voor het vervoer van en naar een grensovergang of luchthaven).*

## Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)

### Eerstelijns psychologische zorg

Hieronder vallen bezoeken aan zorgverleners als een eerstelijns psycholoog, GZ-psycholoog maar ook de orthopedagoog of jeugdpsycholoog. De eerste 5 zittingen worden vergoed. Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 20,00 per zitting. Het kan zijn dat u een hoger bedrag zelf moet betalen. Dit is afhankelijk van het tarief dat de zorgverlener in rekening brengt. De zorgverlener dient op basis van prestatiecodes te declareren.

### Tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (niet-klinische en klinische GGZ)

Hieronder vallen de behandelingen door psychotherapeuten, klinische psychologen, psychiaters en GGZ-instellingen. De zorgverlener dient op basis van DBC-systematiek te declareren.

# Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

## De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is een verzekering, die bijzondere ziektekosten dekt.

Op dit moment vallen onder de basisaanspraken van de AWBZ onder andere:

- verpleging in een ziekenhuis of sanatorium indien het verblijf langer dan een jaar duurt
- zorg door een thuiszorgorganisatie
- verpleging in een verpleeghuis
- verpleging in een verzorgingshuis
- verpleging in een inrichting voor zintuiglijk gehandicapten
- verpleging in een zwakzinnigeninrichting
- plaatsing in een dagverblijf voor gehandicapten
- plaatsing in een gezinsvervangend tehuis
- thuiszorg

Wilt u weten of u recht hebt op één van deze aanspraken en of u zelf ook een deel van de kosten moet betalen, dan kunt onze collega's van de Groep AWBZ bellen op nummer + 31 (0)33 445 68 71.

**Meer weten over de AWBZ?**
**Bel naar + 31 (0)33 445 68 71**

# Belangrijke aanvullende informatie

## Terugbetaling medische kosten

Hebt u door omstandigheden de kosten voor de medische zorg zelf betaald, dan kunt u de originele nota('s) met een kopie van uw internationaal verzekeringsbewijs naar ons toesturen. Als de kosten voor een (gedeeltelijke) vergoeding in aanmerking komen, worden deze aan u terugbetaald. Denkt u er aan bij het terugvragen van de kosten uw bank- of gironummer te vermelden. Gaat het om een (bank)rekening-nummer in het buitenland, vermeldt u dan - naast de naam en het adres - óók de BIC-code en het IBAN van uw buitenlandse (bank)instelling.

## Werken bij een Nederlandse werkgever

Gaat u tijdens uw verblijf werken bij een Nederlandse werkgever, dan betaalt u loonbelasting en valt u onder de Nederlandse Zorgverzekeringswet. U bent dan verzekeringsplichtig in Nederland. De Zorgverzekeringswet gaat voor op uw buitenlandse ziektekostenverzekering. Zodra u bij een Nederlandse werkgever gaat werken, is het zeer belangrijk dat u dit aan ons én aan uw buitenlandse zorg-verzekeraar doorgeeft.

# Hebt u vragen?

De inhoud van deze brochure geeft globale informatie. Hebt u na het lezen van deze informatie nog vragen, neemt u dan gerust contact met ons op. Wij beantwoorden uw vragen graag. U kunt ons van maandag tot en met vrijdag tussen 08.30 en 17.00 uur bellen op nummer +31 (0)33 445 68 70.

Kijk voor meer informatie op www.agisweb.nl/buitenland

**Contactgegevens**
Agis Zorgverzekeringen

**Groep Buitenlands Recht**

**Postadres**
Postbus 1725
3800 BS Amersfoort

**Telefoon**
+31 (0)33 445 68 70

**Fax**
+31 (0)33 445 53 54

**Internet**
www.agisweb.nl/buitenland

Aan deze brochure kunnen geen rechten worden ontleend.

Agis maakt deel uit van Achmea

AGIS zorgverzekeringen

Agis helpt u met zorg

a.031br30.13.1