



ZEM: de zorgverzekering voor flexmigranten

Komt u tijdelijk in Nederland wonen of werken? Dan heeft u een zorgverzekering nodig. Uw werkgever heeft afspraken gemaakt met ZEM, de expert in zorgverzekeringen voor flexmigranten. Lees hier alle informatie.

Als u voor een Nederlandse werkgever werkt, bent u verplicht om een Nederlandse zorgverzekering af te sluiten. Via uw werkgever kunt u een zorgverzekering van ZEM afsluiten. ZEM is een merk van zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid en gespecialiseerd in collectieve zorgverzekeringen voor flexmigranten.

Hoe werkt de Nederlandse zorgverzekering?

De Nederlandse overheid bepaalt welke zorgkosten worden vergoed vanuit de basisverzekering. Voor de basisverzekering geldt een verplicht eigen risico. Het eigen risico is het bedrag dat betaald moet worden als de zorg uit de basisverzekering wordt vergoed. Bij ZEM is dit eigen risico meeverzekerd in de aanvullende verzekering AV-ZEM.

Wat zijn de voordelen van de zorgverzekering van ZEM?

- ✓ Service: de zorgverzekering van ZEM is gericht op de specifieke situatie van flexmigranten.

- ✓ Voordeel: er zijn afspraken gemaakt met werkgevers zodat u voordelig een verzekering kunt afsluiten.
- ✓ Gemak: uw werkgever regelt het afsluiten van de verzekering.
- ✓ Kwaliteit: ZEM heeft met veel zorgverleners afspraken gemaakt over de prijs en kwaliteit van de zorg.
- ✓ Geen facturen voor het eigen risico: vanuit de aanvullende verzekering AV-ZEM krijgt u zorgkosten die onder het verplicht eigen risico vallen vergoed.

Welke zorgkosten worden vergoed?

- Vanuit de basisverzekering krijgt u medisch noodzakelijke zorg vergoed. Bijvoorbeeld voor de huisarts, het ziekenhuis, geneesmiddelen en ziekenvervoer. De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de Nederlandse overheid. In de tabel Vergoedingen belangrijkste zorg staan een aantal vergoedingen die vanuit de basisverzekering ZEM Polis worden vergoed.

- Let op: soms heeft u een verwijzing nodig van een zorgverlener of toestemming nodig van ZEM. Als u dit niet heeft, dan worden de kosten niet vergoed. U kunt in Nederland niet zonder verwijzing van de huisarts naar een medisch specialist in het ziekenhuis.
- In veel gevallen declareert de (gecontracteerde) zorgverlener de kosten rechtstreeks bij ZEM. Heeft u zelf een factuur met zorgkosten ontvangen? Dan kunt u deze via uw werkgever declareren.

Waarom geldt er voor sommige zorgkosten geen (volledige) vergoeding?

- Als u kiest voor een zorgverlener waar ZEM geen contract mee heeft, dan kan het zijn dat u een deel zelf moet betalen. Op zem.nl/zorgzoeker kunt u bekijken met welke zorgverleners ZEM een contract heeft. Daar vindt u ook meer informatie over hoe u zorgverleners kunt vinden of wat het betekent als een zorgverlener geen contract heeft met ZEM.
- Voor sommige zorgkosten heeft de Nederlandse overheid een eigen bijdrage vastgesteld. De eigen bijdrage geldt bijvoorbeeld voor kraamzorg, sommige medicijnen of hulpmiddelen. De eigen bijdrage moet u zelf betalen.

Geldt deze verzekering ook voor zorgkosten buiten Nederland?

- U bent wereldwijd verzekerd voor spoedeisende zorg. De vergoeding die u krijgt voor zorg in het buitenland is nooit hoger dan wat een behandeling in Nederland kost.
- Wilt u naar uw thuisland of een ander land buiten Nederland voor een behandeling? Vaak heeft u dan eerst toestemming van ZEM nodig. Informeer daarom vooraf bij ZEM welke voorwaarden gelden.

Hoe kunt u deze verzekering afsluiten?

Deze verzekering kunt u via uw werkgever afsluiten. U moet hiervoor een machtigingsformulier ondertekenen.

- U ontvangt uw zorgpas en polisblad via uw werkgever.
- De maandelijkse premiebetaling gebeurt via uw werkgever.
- Let op: kinderen worden in Nederland niet automatisch meeverzekerd met hun ouders, ook niet als uw kind in Nederland is geboren. Informeer bij ZEM als u een kind verwacht of er iets in uw gezinssamenstelling verandert.

Wanneer wordt deze verzekering beëindigd?

- Zodra uw dienstverband eindigt bij uw werkgever (en u ontvangt geen ziekte-uitkering via uw werkgever), zal ook de zorgverzekering van ZEM worden beëindigd.

- U kunt een beëindigingsbrief via uw werkgever opvragen.
- Let op: als u in Nederland blijft wonen of werken en/of een uitkering ontvangt, dan blijft uw zorgverzekeringplicht doorlopen. U bent na afmelding door uw werkgever niet langer collectief bij ZEM verzekerd. Informeer bij ZEM naar de voorwaarden om uw verzekering zelfstandig door te laten lopen.


Wilt u extra informatie?

- Meer informatie over de zorgverzekering van ZEM vindt u op zem.nl. Hier vindt u onder andere het vergoedingsoverzicht, de polisvoorwaarden en uitleg over wanneer u een eigen bijdrage betaalt.
- Algemene informatie over de verplichte zorgverzekering, wonen en werken in Nederland vindt u op workinnl.nl. Deze informatie is beschikbaar in negen verschillende talen.

Vergoedingen belangrijkste zorg

Op de volgende pagina vindt u een samenvatting van de vergoedingen voor de belangrijkste zorg vanuit uw ZEM Polis. U ziet hier ook of u een eigen bijdrage betaalt. De ZEM Polis is een basisverzekering. Dat betekent dat in veel gevallen de overheid bepaalt welke behandelingen er worden vergoed. U bent vaak voordeliger uit als u kiest voor een zorgverlener waar ZEM een contract mee heeft. Kijk hiervoor op zem.nl/zorgzoeker. Een volledig overzicht van alle vergoedingen en voorwaarden vindt u op zem.nl/vergoedingen.

Uw werkgever werkt samen met de Stichting Verzekering Buitenlandse Werknemers (VBW). Voor calamiteiten die niet (geheel) worden gedekt door ZEM, kunt u via uw werkgever aanspraak maken op vergoedingen vanuit het Waarborgfonds van deze stichting. Deze vergoedingen zijn ook in de onderstaande tabel opgenomen. In het Reglement van het Waarborgfonds kunt u de voorwaarden terugvinden. U kunt dit Reglement opvragen bij uw werkgever.

	Huisarts	<p>Altijd vergoed.</p> <p>Deze kosten worden ook vergoed als u niet bent ingeschreven bij een huisarts en de huisarts daardoor een passantentarief in rekening brengt.</p>
	Medicijnen	<p>De overheid bepaalt welke medicijnen worden vergoed.</p> <p>Soms betaalt u een eigen bijdrage.</p> <p>Het kan voorkomen dat de huisarts een medicijn voorschrijft dat niet wordt vergoed. Het gaat dan vaak om medicijnen die zonder voorschrift verkrijgbaar zijn bij een drogist of supermarkt. Denk hierbij aan paracetamol en maagtabletten.</p>
	Fysiotherapie	<p>De overheid bepaalt voor welke aandoeningen fysiotherapie-behandelingen worden vergoed.</p> <p>Vanaf 18 jaar betaalt u vaak de eerste 20 behandelingen zelf.</p> <p>Fysiotherapie voor arbeidsgelateerde oorzaken kan worden vergoed door de Stichting VBW. Dit wordt vergoed tot 5 behandelingen (en eventueel nog eens 5 behandelingen na goedkeuring) van maximaal € 35,- per behandeling per kalenderjaar.</p>
	Ziekenhuis & medisch specialisten	<p>De overheid bepaalt welke behandelingen worden vergoed.</p> <p>U kunt in Nederland niet rechtstreeks naar het ziekenhuis voor bijvoorbeeld een afspraak bij een gynaecoloog of internist. Hiervoor heeft u een verwijzing nodig van de huisarts of huisartsenpost.</p>
	Hulpmiddelen	<p>De overheid bepaalt welke hulpmiddelen worden vergoed.</p> <p>Soms betaalt u een eigen bijdrage.</p> <p>Krukken worden niet vergoed.</p>
	Kosten omtrent zwangerschap en geboorte	<p>De overheid bepaalt welke kosten worden vergoed.</p> <p>Bevallen in het ziekenhuis is altijd mogelijk. Als er geen medische noodzaak is om in het ziekenhuis te bevallen, worden deze ziekenhuis-kosten niet vergoed vanuit de basisverzekering ZEM polis en betaalt u een eigen bijdrage.</p> <p>Kinderen worden in Nederland niet automatisch meeverzekerd op de zorgverzekering van hun ouders. Het is belangrijk dat u binnen 4 maanden na de geboorte een zorgverzekering voor uw kind regelt. Medische kosten van uw kind na de bevalling vallen <u>niet</u> onder de zorgverzekering van de moeder.</p> <p>Voor kraamzorg betaalt u een eigen bijdrage.</p>
	Tandarts	<p>De overheid bepaalt welke behandelingen worden vergoed.</p> <p>Vanaf 18 jaar worden behandelingen alleen vergoed bij zeer specifieke, ernstige aandoeningen.</p> <p>Periodieke controles worden niet vergoed.</p> <p>Spoedeisende tandheelkundige zorg kan worden vergoed door de Stichting VBW tot € 200 per kalenderjaar. Denk hierbij aan het trekken van een kies.</p>
	Repatriëring na overlijden	<p>Mocht u komen te overlijden dan is met uw werkgever contractueel vastgelegd dat uw lichaam wordt vervoerd naar uw thuisland in Europa. Voorwaarde is dat uw werkgever dit regelt via ANWB Alarmcentrale.</p>