

Asigurarea de bază

2025

Condițiile poliței

Privire generală asupra rambursărilor

2025

Mai jos găsiți o listă cu rambursările care sunt acoperite de polița de asigurare de bază ZEM. Aici puteți vedea dacă se aplică franșiza și dacă aveți de achitat o coplată.

Condițiile poliței

Aceasta este o sinteză a rambursărilor pentru cele mai importante servicii de asistență medicală. Consultați condițiile poliței pentru o prezentare completă a tuturor rambursărilor și condițiilor.

Declarații și rambursare pentru asistență medicală din partea unui furnizor care nu avem contract

Polița ZEM este o poliță de asigurare combinată. Majoritatea facturilor pentru asistență medicală sunt declarate direct la ZEM de către furnizorul de servicii medicale. Beneficiați de asistență medicală de la un furnizor cu care nu avem contract? În acest caz se aplică alte rambursări, a se vedea "Articolul 1.5.2 Cuantumul rambursării cheltuielilor de asistență medicală" din condițiile poliței. Furnizorii de servicii medicale cu care avem contract pot fi găsiți la adresa www.zem.nl/gecontracteerd.

Atenție: Nu se pot invoca drepturi în temeiul acestei prezentări generale a rambursărilor.

Tipul de asistență	Note explicative	Franșiză	Franșiza obligatorie prin lege
Medic de familie	Consultații și tratamente	Nu	Nu
Medic stomatolog	Până la 18 ani: control și tratament; și tratament cu fluor pentru copiii cu vârsta de până la 6 ani cărora le apar dinții definitiv	Nu	Nu
	De la 18 ani: servicii stomatologice chirurgicale, examinări cu raze X și proteze detașabile. Controalele periodice nu se rambursează.	Da	Da, pentru proteze dentare • Proteze dentare detașabile și complete: 25% din costuri Proteze dentare detașabile și proteze totale pe implanturi: 10% din costuri maxilarul inferior, 8 % din costuri pentru maxilarul superior • Reparații sau transpuneri (refacerea bazei) de proteze detașabile și complete: 10% din costuri
Medic specialist	Vizită la un medic specialist, cum ar fi un chirurg stomatolog, internist sau alergolog	Da	Nu
Spital	Spitalizare, operații și îngrijiri de urgență în spital	Da	Nu
Serviciu de transport al bolnavilor	Transport cu ambulanța dacă este necesar din punct de vedere medical	Da	Nu
	Transportul pacientului cu autoturismul sau cu transportul în comun dacă persoana asigurată depinde de acest transport	Da	Da. 126 EUR pe an calendaristic
	Pacienții care urmează un tratament timp de mai multe zile la rând pot opta, de asemenea, pentru o indemnizație de cazare în locul rambursării costurilor de transport.	Da	Nu, cu excepția cazului în care alegeți cazare peste noapte cu preț mai mare.

Tipul de asistență	Note explicative	Franșiză	Franșiza obligatorie prin lege
Medicamente	De la câteva medicamente rambursăm numai varianta cu prețul cel mai mic. Numim „politica preferențială”. Consultați regulamentul farmaceutic.	Da (exceptând cazul în care medicamente sub politica preferențială sunt incluse)	Nu, exceptând cazul în care alegeți un medicament cu preț mai mare.
Analize de sânge	Prelevare de sânge la medicul de familie și la medicul specialist	Da	Nu
Servicii de sănătate mintală (GGZ)	Îngrijirea persoanelor cu probleme de sănătate mintală la un terapeut cu cabinet propriu sau într-o instituție	Da	Nu
Fizioterapie	Până la vârsta de 18 ani: maximum 18 tratamente (2x9) pentru fizioterapie.	Nu	Nu
	De la 18 ani: (servicii limitate de) fizioterapie și terapie de recuperare din cadrul celui de al 21-lea tratament pentru afecțiunile de pe lista cronică. De obicei, primele 20 de tratamente le achitați dvs.	Da	Nu
	Fizioterapie pelviană pentru incontinența urinară până inclusiv la al 9-lea tratament	Da	Nu
	Kinetoterapie pentru osteoartrita articulațiilor șoldului și genunchiului până inclusiv la al 12-lea tratament	Da	Nu
	Kinetoterapie pentru claudicația intermitentă până la al 37-lea tratament	Da	Nu
	Kinetoterapie pentru BPOC până inclusiv la al 70-lea tratament în primul an	Da	Nu
Logopedie	Tratamentul trebuie să aibă un scop medical	Da	Nu
Ergoterapie	Maximum 10 ore de tratament pe an calendaristic	Da	Nu
Recomandări privind dieta	Maximum 3 ore de tratament pe an calendaristic	Da	Nu
Asistență medicală în contextul gravidității și al nașterii	Asistență de obstetrică	Nu	Nu
	Asistență maternală	Nu	Da. • Asistență maternală la domiciliu: 5,40 EUR pe oră • Asistență maternală într-o instituție (hotel maternal, centru de nașteri etc.). Doriți să nașteți în instituție, dar acest lucru nu este necesar din punct de vedere medical: În orice caz, veți plăti pe zi: 21,50 EUR pentru mamă și 21,50 EUR pentru fiecare copil. În funcție de instituție, se poate adăuga o sumă suplimentară. Tariful instituției depășește 152 EUR pe zi? Apoi veți plăti dvs. și suma care depășește 152 EUR.

Tipul de asistență	Note explicative	Franșiză	Franșiza obligatorie prin lege
Asistență medicală districtuală	Asistență medicală districtuală, inclusiv bugetul personal pentru asistența medicală districtuală	Nu	Nu
Dispozitive	Dispozitive pentru tratament, asistență medicală, reabilitare, îngrijire sau un anumit handicap. De exemplu, aparat auditiv sau încălțăminte ortopedică. Atenție: nu cadre cu roți și alte mijloace simple de ajutor pentru mers. Consultați regulamentul privind dispozitivele.	Da	<p>Coplată în funcție de dispozitiv.</p> <ul style="list-style-type: none"> Aparate auditive: de la 18 ani, 25% din cost Încălțăminte ortopedică sau antialergenică: până la 16 ani, 67 EUR pe pereche, de la 16 ani, 134 EUR pe pereche. Peruci: toate costurile care depășesc 482,50 EUR Lentile de contact: <ul style="list-style-type: none"> pentru lentilele cu durată de utilizare mai mare de 1 an 64 EUR pentru fiecare lentilă. În cazul în care lentilele au o durată de utilizare de 3 ani, veți plăti o singură dată 64 EUR pentru fiecare lentilă în cei 3 ani; pentru lentilele cu durata de utilizare mai mică de 1 an 64 EUR pentru fiecare lentilă, în limita a 128 EUR pe an calendaristic. Dacă aveți nevoie de lentile noi de 3 ori într-un an, plătiți o singură dată 64 EUR pentru fiecare lentilă în acel an. Lentile de ochelari: <ul style="list-style-type: none"> Până la 18 ani: 64 EUR pentru fiecare lentilă, în limita a 128 EUR pe an calendaristic
Îngrijirea persoanelor cu handicap	Îngrijirea persoanelor cu handicap care au deficiențe de auz sau de vâz care au o tulburare de dezvoltare a limbajului	Da	Nu
	Tratament furnizat de către un medic pentru persoanele cu handicap mintal (AVG)	Da	Nu
Îngrijirea persoanelor vârstnice	Îngrijirea de reabilitare pentru persoanele vârstnice	Da	Nu
	Tratament furnizat de către un specialist în geriatrie (SO)	Da	Nu
Intervenție combinată privind stilul de viață (GLI)	Asistență medicală pentru persoane supraponderale sau obezitate. GLI vizează o schimbare de comportament pentru a realiza și a menține un stil de viață sănătos.	Nu	Nu

Asigurarea de bază

2025

Definiții termeni.....	2
Asigurarea de bază ZEM	11
Secțiunea A Condiții generale.....	11
Articolul 1 Dispoziții generale	11
Articolul 2 Intrarea în vigoare, durata și încetarea asigurării de sănătate	14
Articolul 3 Prima și franșiza.....	17
Articolul 4 Alte dispoziții	20
Secțiunea B Domeniul de acoperire	23
Articolul 5 Îngrijirea oferită de medicul de familie.....	23
Articolul 6 Asistență medicală de specialitate (cu excepția asistenței de sănătate mintală)	24
Articolul 7 Asistență obstetrică și asistență maternală	26
Articolul 8 Reabilitare	29
Articolul 9 Transplant de organe	30
Articolul 10 Dializă.....	31
Articolul 11 Ventilație mecanică.....	31
Articolul 12 Afecțiuni oncologice la copii	32
Articolul 13 Serviciu de tromboză	32
Articolul 14 Consultanță ereditară.....	32
Articolul 15 Asistență medicală audiologică	33
Articolul 16 Îngrijirea legată de fertilitate.....	33
Articolul 17 Asistență paramedicală.....	34
Articolul 18 Îngrijire orală.....	39
Articolul 19 Asistență farmaceutică.....	43
Articolul 20 Dispozitive	47
Articolul 21 Transportul bolnavilor	48
Articolul 22 În străinătate.....	50
Articolul 23 Îngrijirea sănătății mintale	51
Articolul 24 Asistență medicală în cadrul unui lanț.....	54
Articolul 25 Renunțarea la fumat.....	55
Articolul 26 Asistență medicală pentru persoanele cu dizabilități senzoriale	55
Articolul 27 Asistență medicală și îngrijire	56
Articolul 28 Intervenția combinată asupra stilului de viață	57
Articolul 29 A doua opinie.....	59
Secțiunea C Informații	60

Definiții termeni

Accident

Un impact brusc și direct al unei forțe externe care cauzează leziuni fizice, a căror natură și localizare pot fi stabilite din punct de vedere medical de către noi.

Asigurare

Raportul juridic reglementat prin contractul de asigurare.

Asigurare de bază

Asigurare de sănătate în conformitate cu Legea privind asigurările de sănătate.

Asigurare de sănătate

Asigurare de sănătate în conformitate cu Legea privind asigurările de sănătate. Se mai numește și asigurare de bază sau principală.

Asigurător de sănătate

Societatea de asigurări, autorizată ca atare și care oferă asigurări în sensul Legii privind asigurările de sănătate. ZEM este o marcă a Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorg en Zekerheid u.a.

Asistent medical

Un asistent medical înregistrat în conformitate cu articolul 3 din Legea BIG.

Asistență contractată

Asistența medicală acordată de către noi în cadrul unei polițe de asigurare (de sănătate) pe baza unui acord încheiat între noi și furnizorul de asistență medicală.

Asistență de specialitate

Asistență sau examinare care, în conformitate cu standardele medicale general acceptate, face parte din specialitatea pentru care este înregistrat medicul specialist și care poate fi clasificată drept tratament sau examinare obișnuită.

Asistență farmaceutică

Asistența farmaceutică include consiliere sau îndrumare pentru evaluarea medicației și utilizarea responsabilă a medicamentelor UR, astfel cum se menționează în articolul 1 alineatul (1) litera (s) din Legea privind medicamentele. Sau distribuirea acelor medicamente sau îngrijiri farmaceutice cărora li se aplică Legea privind aprovizionarea cu sânge.

Asistență maternală

Îngrijirea mamei și a nou-născutului asigurată la domiciliul persoanei asigurate de către un asistent maternal atașat cabinetului de maternitate, în urma unui interviu inițial (telefonic) la cabinetul de maternitate sau la centrul de maternitate.

Asistență medicală cu ajutorul unor dispozitive

Furnizarea dispozitivelor medicale desemnate prin reglementări ministeriale, precum și a pansamentelor, în conformitate cu reglementările privind dispozitivele de îngrijire adoptate de către noi în ceea ce privește cerințele de consimțământ, perioadele de utilizare și cerințele de volum.

Asistență medicală districtuală

Asistență medicală și îngrijire, așa cum le oferă în general asistenții medicali.

Cabinet de maternitate sau centru de maternitate

O instituție autorizată ca atare prin lege sau în conformitate cu normele stabilite prin lege, precum și instituția recunoscută ca atare de către noi pentru furnizarea de asistență maternală la adresa de domiciliu sau la reședința persoanei asigurate.

Centru de asistență medicală de specialitate

O instituție de îngrijire medicală specializată, autorizată ca atare în conformitate cu normele stabilite prin sau în temeiul Legii privind autorizarea instituțiilor de asistență medicală (WTZi).

Centru de consiliere genetică

O instituție autorizată, în temeiul Legii privind serviciile medicale speciale, să efectueze teste genetice clinice și consultanță ereditară.

Centru de nașteri

O unitate în care se oferă asistență natală și postnatală sub coordonarea activă a unor medici primari obstetricieni. Un centru primar de nașteri se caracterizează printr-un spațiu propriu cu paturi, cu aspect recognoscibil și cu o legătură directă și izolată cu spitalul. Acesta poate oferi o alternativă la serviciile medicale ambulatorii pentru nașterile fără indicație medicală.

Centru de stomatologie specială

O universitate sau un centru considerat echivalent de către noi pentru a oferi asistență stomatologică în cazuri speciale, în care tratamentul necesită o abordare în echipă și/sau competențe speciale.

Centru paliativ

Instituție special amenajată pentru îngrijirea temporară a pacienților bolnavi incurabil aflați în faza finală a vieții lor și pentru primirea temporară a aparținătorilor acestora.

Chirurg stomatolog

Un specialist în stomatologie, înregistrat ca chirurg stomatolog în registrul specialiștilor în boli orale și chirurgie orală al Asociației Regale Olandeze de Stomatologie (KNMT).

Colectivitate

Un grup de persoane ale căror interese sunt reprezentate de un angajator sau de o persoană juridică și pentru care este în vigoare un acord colectiv între noi și angajatorul sau persoana juridică respectivă.

Combinajie de diagnostic și tratament (DBC)

O DBC descrie, printr-un cod de performanță DBC stabilit de Autoritatea olandeză de sănătate (NZa) în temeiul Legii privind sănătatea (reglementarea pieței), parcursul finalizat și validat al asistenței medicale de specialitate. Acesta include cererea de îngrijire, tipul de îngrijire, diagnosticul și tratamentul. Circuitul DBC începe în momentul în care persoana asigurată se prezintă la medicul specialist cu cererea de îngrijire și se încheie la sfârșitul tratamentului sau după 120 de zile în cazul asistenței medicale de specialitate.

Consultant medical

Medicul (stomatolog), fizioterapeutul sau alt expert care ne oferă consultanță în probleme medicale, de fizioterapie sau de altă natură.

Contract de asigurare

Contractul de asigurare încheiat între o persoană asigurată și asigurătorul de sănătate.

Copil

Un copil propriu necăsătorit, adoptat sau înfiat, cu vârsta până la 18 ani.

Coplată GVS

Sistemul de rambursare a costurilor medicamentelor (GVS) este o componentă a regimurilor de acordare a drepturilor prevăzute de Legea privind asigurările de sănătate. Medicamentele înregistrate în GVS sunt rambursate de către fondurile de asigurări de sănătate în cadrul asigurării de bază. Pentru unele medicamente, persoana asigurată achită o coplată.

Coplată

O parte din costurile de îngrijire sau alte servicii care, conform legii, trebuie suportată de către persoana asigurată. Coplata poate fi o sumă fixă pentru fiecare tratament sau un anumit procent din costul îngrijirii. Coplata este diferită de franșiză. Franșiza și coplata se pot aplica în paralel la asistența medicală asigurată.

Definiții termeni

Dietetician

Un dietetician care îndeplinește cerințele prevăzute în așa-numita „Decizie privind dieteticienii, terapeuții ocupaționali, logopezii, specialiștii în igienă orală, kinetoterapeuții, ortopezii și podoterapeuții”, astfel cum se menționează în secțiunea 34 din Legea BIG.

Dispozitive

Dispozitivele conform asigurării de sănătate.

Distanță rezonabilă

Distanța rezonabilă până la serviciile medicale contractate pe o rază definită în kilometri de la adresa la care locuiește persoana asigurată. Pentru aceste informații ne puteți contacta la numărul de telefon 071 582 57 77 sau puteți vizita agenția noastră.

Durata de asigurare

Durata totală în care persoana deține fără întreruperi statutul de persoană asigurată la ZEM

Dvs./persoana asigurată

Persoana pentru care a fost încheiat contractul de asigurare și care este înregistrată la noi ca persoană asigurată.

Ergoterapeut

Un ergoterapeut care îndeplinește cerințele prevăzute în așa-numita „Decizie privind dieteticienii, terapeuții ocupaționali, logopedii, specialiștii în igienă orală, kinetoterapeuții, ortopezii și podoterapeuții”, astfel cum se menționează în secțiunea 34 din Legea BIG.

Ergoterapeut pediatric

Un ergoterapeut care îndeplinește cerințele prevăzute în așa-numita „Decizie privind dieteticienii, terapeuții ocupaționali, logopedii, specialiștii în igienă orală, kinetoterapeuții, ortopezii și podoterapeuții”, astfel cum se menționează în secțiunea 34 din Legea BIG, și care este înregistrat în Registrul de Calitate al Paramedicilor ca ergoterapeut pediatric.

Ergoterapeut specializat pe afecțiunile mâinii și ale brațului

Un ergoterapeut care îndeplinește cerințele prevăzute în așa-numita „Decizie privind dieteticienii, terapeuții ocupaționali, logopedii, specialiștii în igienă orală, kinetoterapeuții, ortopezii și podoterapeuții”, astfel cum se menționează în secțiunea 34 din Legea BIG și care este înregistrat în Registrul de Calitate al Paramedicilor ca ergoterapeut specializat pe afecțiunile mâinii și ale brațului.

Evidența persoanelor

O colecție coerentă de date cu caracter personal referitoare la diferite persoane, menținută sau – în scopul unei consultări efective – creată în mod sistematic prin mijloace automatizate.

Familie

Două persoane căsătorite sau necăsătorite, cu sau fără copii necăsătoriți, sau o persoană singură cu unu sau mai mulți copii necăsătoriți, care, în mod demonstrabil, locuiesc împreună în mod permanent și împart o gospodărie comună.

Farmacoterapie rațională

Evaluarea pe baza farmacoterapiei raționale se aplică medicamentelor neînregistrate și poate exista o situație în care acestea pot fi rambursate din asigurarea de bază. Farmacoterapia rațională este un tratament al persoanei asigurate cu un medicament într-o formă adecvată, a cărui eficacitate și eficiență reies din stadiul actual al științei și practicii. Acest lucru înseamnă, de asemenea, că medicamentul ar trebui să fie cel mai economic atât pentru fondul de asigurări de sănătate, cât și pentru persoana asigurată.

Fizioterapeut

Un fizioterapeut care este înregistrat ca atare în conformitate cu condițiile menționate la articolul 3 din Legea BIG. De asemenea, termenul „fizioterapeut” desemnează și un maseur de gimnastică recuperatorie, astfel cum este menționat în secțiunea 108 din Legea BIG.

Fizioterapeut geriatric

Un fizioterapeut care este înregistrat ca atare în conformitate cu termenii și condițiile menționate la articolul 3 din Legea BIG și care este înregistrat ca fizioterapeut geriatric în Registrul de calitate al fizioterapiei NL al Asociației Regale Olandeze de Fizioterapie (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie – KNGF) sau în Registrul individual al Fundației pentru Certificare în Fizioterapie (Stichting Keurmerk Fysiotherapie).

Fizioterapeut pediatric

Un fizioterapeut care este înregistrat ca atare în conformitate cu termenii și condițiile menționate la articolul 3 din Legea BIG și care este înregistrat ca fizioterapeut pediatric în Registrul de calitate al fizioterapiei NL al Asociației Regale Olandeze de Fizioterapie (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie – KNGF) sau în Registrul individual al Fundației pentru Certificare în Fizioterapie (Stichting Keurmerk Fysiotherapie).

Fizioterapeut psihosomatic

Un fizioterapeut care este înregistrat ca atare în conformitate cu termenii și condițiile menționate la articolul 3 din Legea BIG și care este înregistrat ca fizioterapeut psihosomatic în Registrul de calitate al fizioterapiei NL al Asociației Regale Olandeze de Fizioterapie (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie – KNGF) sau în Registrul individual al Fundației pentru Certificare în Fizioterapie (Stichting Keurmerk Fysiotherapie).

Fizioterapeut specializat

Un fizioterapeut care are cunoștințe și abilități suplimentare într-o anumită direcție din cadrul fizioterapiei prin intermediul unei formări suplimentare.

Fraudă

În orice caz, prin fraudă se înțelege comiterea cu intenție sau tentativa de comitere de fals în acte, înșelăciune, prejudicierea creditorilor sau a titularilor unor drepturi și/sau deturnare de fonduri, la încheierea și/sau executarea unui contract de asigurare (de sănătate), în scopul de a obține un beneficiu, o rambursare sau o prestație necuvenită sau de a obține o asigurare sub pretexte false.

Furnizor central de asistență medicală

Un profesionist competent care îndrumă copilul și familia/sistemul coordonând sprijinul adecvat cu scopul de a consolida autogestionarea copilului/familiei.

Furnizor de îngrijire

O instituție sau un profesionist care oferă îngrijire și/sau asistență, care include un furnizor de resurse, astfel cum sunt enumerate în Regulamentul privind resursele.

Igienist dentar

Un igienist dentar independent care îndeplinește cerințele prevăzute în așa-numita „Decizie privind dieteticienii, terapeuții ocupaționali, logopedii, specialiștii în igienă orală, kinetoterapeuții, ortopezii și podoterapeuții” și care este autorizat în conformitate cu secțiunea 4 din Decizia privind independența funcțională, precum și cu Decizia temporară privind autorizarea independentă a igieniștilor orali înregistrați.

Igienist oral autorizat

Igienistul oral autorizat îndeplinește următoarele cerințe:

- a absolvit actualul program de studii de patru ani în domeniul sănătății orale, cu o diplomă eliberată nu mai devreme de anul 2006;
- are acorduri scrise de colaborare cu un medic stomatolog cu privire la asistența medicală ulterioară (inclusiv îngrijirea ulterioară și simptomele dureroase);
- este înscris în registrul temporar BIG, articolul experimental 36a;
- deține certificatul de responsabil cu supravegherea protecției radiologice.

Instituții GGZ

Instituții care oferă îngrijiri medicale în legătură cu o afecțiune psihiatrică și care sunt autorizate ca atare în conformitate cu Legea privind autorizarea instituțiilor de asistență medicală (WTZi).

Internare

Internarea într-o instituție pentru cel puțin 1 noapte, dacă și atâta timp cât, din motive medicale, asistența medicală acordată în temeiul asigurării poate fi acordată numai într-o instituție.

Internare

Internare timp de cel puțin 24 de ore.

Încercare FIV

Asistență medicală în funcție de metoda de fertilizare in vitro, inclusiv:

- promovarea dezvoltării până la maturitate a ovulelor în corpul pacientei prin tratament hormonal;
- puncția foliculară;
- fertilizarea ovocitelor și cultivarea embrionilor în laborator;
- implantarea embrionului (embrionilor) în cavitatea uterină de una sau mai multe ori pentru a induce o sarcină.

Kinetoterapeut Cesar/kinetoterapeut Mensendieck

Un kinetoterapeut Cesar/kinetoterapeut Mensendieck care îndeplinește cerințele prevăzute în așa-numita „Decizie privind dieteticienii, terapeuții ocupaționali, logopedii, specialiștii în igienă orală, kinetoterapeuții, ortopezii și podoterapeuții”, astfel cum se menționează în secțiunea 34 din Legea BIG.

Kinetoterapeut geriatric

Un terapeut de recuperare care este înregistrat ca atare în conformitate cu condițiile menționate în așa-numita „Decizie privind dieteticienii, terapeuții ocupaționali, logopedii, igiena orală, kinetoterapeuții, ortopezii și podiatrii” și care este înregistrat ca kinetoterapeut geriatric în Registrul de Calitate al Paramedicilor.

Kinetoterapeut pediatric

Un terapeut de recuperare care este înregistrat ca atare în conformitate cu condițiile menționate în așa-numita „Decizie privind dieteticienii, terapeuții ocupaționali, logopedii, igiena orală, kinetoterapeuții, ortopezii și podiatrii” și care este înregistrat ca kinetoterapeut pediatric în Registrul de Calitate al Paramedicilor.

Kinetoterapeut psihosomatic

Un terapeut de recuperare care este înregistrat ca atare în conformitate cu condițiile menționate în așa-numita „Decizie privind dieteticienii, terapeuții ocupaționali, logopedii, igiena orală, kinetoterapeuții, ortopezii și podiatrii” și care este înregistrat ca kinetoterapeut psihosomatic în Registrul de Calitate al Paramedicilor.

Kinetoterapeut specializat

Un kinetoterapeut care are cunoștințe și abilități suplimentare într-o anumită direcție din cadrul kinetoterapiei prin intermediul unei formări suplimentare.

Legea BIG

Legea privind profesiile medicale individuale.

Lifestyle coach

Lifestyle coach-ul este un profesionist care îi îndrumă pe oameni să preia controlul asupra propriei sănătăți și stări de bine. Procedând astfel, lifestyle coach-ul pornește în mod explicit de la definiția sănătății pozitive. Scopul este ca oamenii să trăiască o viață în care să se simtă bine, cu toate posibilitățile și limitările pe care le au. Lifestyle coach-ul este înregistrat ca antrenor de stil de viață în registrul Asociației Profesionale de Lifestyle Coaching din Țările de Jos sau în registrul relevant de evidență a paramedicilor.

Logoped

Un logoped care îndeplinește cerințele prevăzute în așa-numita „Decizie privind dieteticienii, terapeuții ocupaționali, logopedii, specialiștii în igienă orală, kinetoterapeuții, ortopezii și podoterapeuții”, astfel cum se menționează în secțiunea 34 din Legea BIG.

Medic

Un medic înregistrat ca atare în conformitate cu condițiile menționate la articolul 3 din Legea BIG.

Medic asociat (physician assistant – PA)

Un medic asociat (physician assistant) care este înregistrat ca atare în conformitate cu condițiile menționate la articolul 3 din Legea BIG. Un medic asociat (physician assistant – PA) poate prelua în mod independent sarcinile medicului, cum ar fi întocmirea istoricului medical, întocmirea unui plan de tratament, precum și procedurile chirurgicale, cum ar fi intervențiile chirurgicale, implantarea de stimulatori cardiace, endoscoopiile, blocarea nervilor și plasarea unui cateter venos central (CVC).

Medic de familie

Un medic înregistrat ca medic generalist în registrul medicilor de familie acreditați al Asociației Regale Olandeze de Promovare a Medicinii (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst – KNMG), instituit de Comisia de Înregistrare a Medicilor Specialiști (Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten – RGS).

Medic de medicina muncii

Un medic înregistrat ca medic de medicina muncii în registrul Societății Regale Olandeze pentru Promovarea Medicinii (KNMG) stabilit de Comitetul de înregistrare a medicilor specialiști (RGS) și care acționează în numele angajatorului sau al serviciului de sănătate și securitate la locul de muncă la care este afiliat angajatorul.

Medic GGD

Un medic însărcinat de către autoritatea sanitară municipală să lucreze în domenii precum sănătatea publică, medicina legală și asistența medicală în caz de dezastre etc.

Medic specialist

Un medic înregistrat ca medic specialist în registrul medicilor specialiști al Asociației Regale Olandeze de Promovare a Medicinii (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst – KNMG), instituit de Comisia de Înregistrare a Medicilor Specialiști (Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten – RGS).

Medic specializat în sănătatea copiilor și a adolescenților

Medic înregistrat ca medic pentru copii și adolescenți în registrul profilurilor de îngrijire a sănătății pentru copii și adolescenți instituit de Colegiul Specialităților Medicale al Asociației Regale Olandeze de Promovare a Medicinii (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst – KNMG).

Medic specializat în tratamente manuale

Un medic specializat în tratamente manuale care este înregistrat ca medic în conformitate cu condițiile prevăzute la articolul 3 din Legea BIG și care a absolvit cursul de formare suplimentară în medicina manuală.

Medic stomatolog

Un medic stomatolog care este înregistrat ca atare în conformitate cu condițiile menționate la articolul 3 din Legea BIG.

Membru al familiei

Persoană care aparține familiei, astfel cum este menționată în definiția anterioară.

Mutilare

Se consideră că este vorba de o mutilare în cazul unei desfigurări grave, care este imediat vizibilă în viața de zi cu zi. Această mutilare trebuie să fie rezultatul unei boli, al unui accident sau al unei intervenții medicale.

Necesitate medicală/urgență

Persoana asigurată are dreptul la asistență medicală numai în măsura în care aceasta i-a fost indicată în mod rezonabil din punctul de vedere al conținutului și al amploarei, în măsura în care asistența respectivă se înscrie în domeniul de acoperire al acestei polițe. Toate aceste aspecte fac obiectul evaluării efectuate de către consultantul nostru medical.

Noi/nouă/nostru/noastră/noștriZEM

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.

Obstetrician

Un obstetrician care este înregistrat ca atare în conformitate cu condițiile menționate la articolul 3 din Legea BIG.

Optometrist

Paramedic care, cu sau fără supravegherea unui oftalmolog, efectuează controale, măsurători și diverse examinări suplimentare ale ochilor.

Ortodont

Un specialist în stomatologie, înregistrat în registrul specialiștilor în ortopedie dento-maxilară al Asociației Regale Olandeze de Stomatologie (KNMT).

Ortodonție

Un tratament sau o examinare general acceptată în conformitate cu standardele medicale și stomatologice aparținând specialității practicate de un ortodont.

Ortoptist

Paramedic care diagnostichează și tratează tulburările privind funcționarea coordonată și dezvoltarea ochilor.

Pachet de servicii de îngrijire (ZZP)

Un pachet de servicii de îngrijire (ZZP) este un pachet de îngrijire care corespunde caracteristicilor dvs. personale și îngrijirii de care aveți nevoie. Acesta include cazare, îngrijire, tratament și servicii și, eventual, îngrijire de zi. Se pot distinge diferite ZZP cu sau fără îngrijire de zi. Quantumul ZZP indică nivelul de servicii la care aveți dreptul. Îngrijirea trebuie să corespundă descrierii din regulamentele a unuia dintre ZZP-urile definite în acest scop pentru îngrijirea pe termen lung a sănătății mintale. Pentru o descriere completă a tuturor îngrijirilor acoperite de un ZZP, consultați site-ul Autorității Olandeze de Sănătate.

Partener

Persoana cu care persoana asigurată locuiește permanent sau cu care este căsătorită și cu care persoana asigurată întreține o gospodărie comună.

Pedichiurist medical

Un pedichiurist medical care deține o diplomă de nivel 4 din sector sau de studii profesionale medii și, prin urmare, este calificat să trateze picioarele cu risc, cum ar fi picioarele reumatice și diabetice. Acest pedichiurist medical trebuie să fie înregistrat ca atare în KRP, KMV sau RPV. De asemenea, pedichiuristul medical este înregistrat în registrul Vektis AGB cu un cod AGB.

Pedichiurist specializat

Un pedichiurist obișnuit, care deține o diplomă de nivel 3 din industrie sau de studii profesionale medii, la care se adaugă o atestare pentru „îngrijirea picioarelor pentru diabetici” și/sau „îngrijirea picioarelor pentru pacienții reumatoizi”. Acest pedichiurist trebuie să fie înregistrat cu specializarea în KRP sau RPV. De asemenea, pedichiuristul trebuie să fie înregistrat în registrul Vektis AGB cu un cod AGB.

Persoană asigurată

Persoana care a încheiat contractul de asigurare cu noi.

Persoană cu dizabilități senzoriale

Persoană cu deficiențe de vedere, deficiențe de auz sau deficiențe de comunicare datorate unei tulburări de dezvoltare a limbajului.

Poliță privind asistența medicală

Actul (electronic) prin care se înregistrează polița de asigurare de sănătate încheiată între o persoană asigurată și un asigurător de sănătate.

Practician îndrumător

Furnizor de servicii medicale care, ca răspuns la cererea de asistență medicală a unui pacient, pune un diagnostic și stabilește planul de tratament. În acest scop, acesta are cel puțin o consultație față în față cu pacientul. Practicianul îndrumător este responsabil pentru punerea în aplicare eficientă a planului de tratament, prin coordonare și comunicare adecvată cu ceilalți terapeuți, și monitorizează dacă se ating obiectivele terapiei. Practicianul îndrumător evaluează evoluția împreună cu pacientul și modifică planul de tratament dacă este necesar.

Prețul/tariful pieței

În măsura în care suma percepută de furnizorul de asistență medicală nu este nerezonabil de mare în raport cu suma percepută de alți furnizori de asistență medicală pentru activități similare.

Protetician stomatolog

Un protetician format în conformitate cu așa-numita „Decizie privind cerințele de formare și domeniul de competențe pentru proteticienii stomatologi”.

Psihiatru

Un medic înregistrat ca psihiatru în registrul medicilor specialiști al Asociației Regale Olandeze de Promovare a Medicinii (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst), instituit de Comisia de Înregistrare a Medicilor Specialiști (Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten – RGS).

Psiholog de asistență medicală

Un psiholog din domeniul asistenței medicale care este înregistrat în conformitate cu condițiile menționate la articolul 3 din Legea BIG.

Psihoterapeut

Un psihoterapeut care este înregistrat ca atare în conformitate cu condițiile menționate la articolul 3 din Legea BIG.

Reabilitare

Cercetare, consultanță și tratament de natură medical-specializată, paramedicală, comportamentală și tehnică de reabilitare. Această asistență este asigurată de o echipă multidisciplinară de experți, condusă de un medic specialist, atașată la o instituție de reabilitare autorizată în temeiul sau în conformitate cu normele stabilite de Legea privind autorizarea instituțiilor de asistență medicală (WTZi).

Serviciu de transport al bolnavilor

Transportul cu mijloacele de transport în comun, cu autoturismul sau cu taxiul, altul decât cel cu ambulanța, la care au dreptul persoanele asigurate, în conformitate cu Legea privind asigurarea de sănătate.

Specialist în asistență medicală

Un asistent medical înregistrat în conformitate cu articolul 3 din Legea BIG cu specializarea de asistent medical specializat în afecțiuni acute, cronice, preventive sau de terapie intensivă, specialist în afecțiuni somatice sau în îngrijirea sănătății mintale.

Spital

Un centru de asistență medicală specializată autorizat ca spital sau ZBC în conformitate cu normele Legii privind autorizarea instituțiilor medicale (WTZi).

Stat al UE și SEE

Acești termeni desemnează Țările de Jos și următoarele țări din Uniunea Europeană: Belgia, Bulgaria, Cipru (Grecia), Danemarca, Germania, Estonia, Finlanda, Franța, Grecia, Ungaria, Irlanda, Italia, Croația, Letonia, Lituania, Luxemburg, Malta, Austria, Polonia, Portugalia, România, Slovenia, Slovacia, Spania, Cehia, Regatul Unit și Suedia. În temeiul dispozițiilor tratatului, Elveția este considerată echivalentă cu acestea. Țările SEE (statele semnatare ale „Acordului privind Spațiul Economic European”) sunt Liechtenstein, Norvegia și Islanda.

Structura serviciilor

O asociație organizațională cu personalitate juridică constituită ca organizație a medicilor de familie, înființată pentru a oferi asistență medicală în timpul orelor de seară, de noapte și de weekend și care are un tarif valabil din punct de vedere juridic.

Tarif Wmg

Tariful stabilit prin sau în conformitate cu Legea privind reglementarea pieței serviciilor de sănătate.

Tehnician dentar

Un tehnician dentar care fabrică piese dentare într-un laborator dentar.

Terapeut dermatolog

Un terapeut dermatolog care îndeplinește cerințele prevăzute în așa-numita „Decizie privind cerințele educaționale și domeniul de competențe pentru terapeuții dermatologi”, în conformitate cu secțiunea 34 din Legea BIG.

Terapeut manual

Un fizioterapeut care este înregistrat ca atare în conformitate cu termenii și condițiile menționate la articolul 3 din Legea BIG și care este înregistrat ca terapeut manual în Registrul de calitate al fizioterapiei NL al Asociației Regale Olandeze de Fizioterapie (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie – KNGF) sau în Registrul individual al Fundației pentru Certificare în Fizioterapie (Stichting Keurmerk Fysiotherapie).

Terapeut pentru edeme

Un fizioterapeut care este înregistrat ca atare în conformitate cu termenii și condițiile menționate la articolul 3 din Legea BIG și care este înregistrat ca terapeut pentru edeme în Registrul de calitate al fizioterapiei NL al Asociației Regale Olandeze de Fizioterapie (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie – KNGF) sau în Registrul individual al Fundației pentru Certificare în Fizioterapie (Stichting Keurmerk Fysiotherapie).

Teste de laborator

Testare efectuată de un laborator autorizat ca atare în conformitate cu Legea privind autorizarea instituțiilor de asistență medicală (WTZi).

Tratament de zi

Tratamentul într-o instituție cu internare și externare în aceeași zi.

Tulburări funcționale ale corpului

Există o tulburare funcțională a corpului, de exemplu, atunci când există o limitare a mișcărilor, o restricționare a câmpului vizual sau o permeabilitate. Tulburările funcționale psihologice și sociale care rezultă dintr-o anomalie fizică nu reprezintă o indicație pentru rambursare.

Wlz

Legea privind asistența medicală pe termen lung.

Secțiunea A Condiții generale

Articolul 1 Dispoziții generale

1.1 Temeiul asigurării de sănătate

Prezentul contract de asigurare de sănătate se întemeiază pe:

- a. Legea privind asigurările de sănătate (Zvw);
- b. Decizia privind asigurările de sănătate;
- c. reglementarea privind asigurarea de sănătate;
- d. explicațiile corespunzătoare din părțile a, b și c;
- e. datele pe care ni le-ați furnizat atunci când ați încheiat asigurarea.

Contractul de asigurare de sănătate este prevăzut în polița dvs. de sănătate și în prezentele condiții de asigurare. Fișa poliței de asigurare conține lista persoanelor asigurate și a poliței/polițelor de asigurare de sănătate încheiate. După ce v-am procesat cererea, veți primi certificatul de asigurare sub forma unei fișe a poliței și cardul de asigurare (prin poștă sau în format digital) în cel mai scurt timp posibil. Pe viitor, veți primi o nouă fișă a poliței înainte de fiecare an calendaristic.

La prezentarea cardului de asigurare, puteți beneficia de îngrijirile la care aveți dreptul în temeiul prezentei polițe de la un furnizor de asistență medicală contractat de ZEM în acest scop (a se vedea articolul 1.5). În plus, în sistemul de sănătate se aplică obligația de legitimare.

Această asigurare este reglementată exclusiv de dreptul olandez. Zvw, Decizia privind asigurarea de sănătate și Regulamentul privind asigurarea de sănătate sunt decisive în cazul unor diferențe de interpretare a prezentului contract de asigurare de sănătate.

1.2 Pentru cine

Această asigurare de sănătate este deschisă tuturor persoanelor care fac obiectul asigurării obligatorii și care locuiesc în Olanda sau în străinătate. Dreptul la îngrijire și la rambursarea costurilor de îngrijire se aplică tuturor persoanelor asigurate care locuiesc în Țările de Jos și celor care locuiesc în străinătate. Contrar primei fraze din acest articol, prezenta asigurare de sănătate nu este deschisă persoanelor a căror asigurare de sănătate anterioară a fost anulată sau reziliată din cauza unei fraude în cei cinci ani imediat anteriori cererii de asigurare.

1.3 Forma de asigurare de sănătate

ZEM este o marcă a Zorg en Zekerheid. Polița ZEM este o poliță de asigurare combinată. Cu această asigurare, aveți în mare parte dreptul la îngrijire gratuită. Prin asistență medicală gratuită ne referim la faptul că primiți îngrijiri de la un furnizor de asistență medicală contractat de noi. Pentru îngrijirea orală și paramedicală, aveți dreptul la rambursarea costurilor de îngrijire (restituire).

În plus, polița ZEM este o poliță de asigurare online. Atunci când încheiați această asigurare online, vă exprimați acordul să primiți asigurarea de la ZEM doar în format digital, precum și acordul ca toate celelalte comunicări dintre dvs. și ZEM (inclusiv declarațiile de daună și facturile) să se desfășoare online.

1.4 Conținutul și domeniul de aplicare al asigurării de sănătate

Aveți dreptul la îngrijiri sau la rambursarea costurilor de îngrijire, astfel cum sunt descrise în prezentele condiții de asigurare, dacă depindeți în mod rezonabil de acestea, în funcție de conținutul și amploarea lor. Acest lucru este determinat în parte de eficiența și calitatea îngrijirii sau a serviciilor. Conținutul și domeniul de aplicare al îngrijirii este parțial determinat de stadiul științei și al practicii de la momentul respectiv. În absența acestora, conținutul și domeniul de aplicare al îngrijirii este determinat de ceea ce se consideră a fi îngrijiri și servicii responsabile și adecvate în domeniul respectiv. Un furnizor de asistență medicală trebuie să respecte reglementările, standardele/cadrelor de calitate și toate celelalte documente relevante care au caracterul unui standard de calitate pentru profesia respectivă pentru a se aplica rambursarea.

1.5 Cine poate oferi îngrijire

1.5.1 Furnizor de servicii medicale contractat

Îngrijirea în natură este furnizată de un furnizor de îngrijire cu care am încheiat un acord pentru îngrijirea în cauză: acesta se numește furnizor de îngrijire contractat.

Dacă aveți nevoie de îngrijirea descrisă în secțiunea B, puteți contacta un furnizor de asistență medicală contractat de ZEM. Puteți găsi o prezentare generală a furnizorilor de asistență medicală contractați la

adresa www.zem.nl/zorgzoeker. De asemenea, ne puteți contacta la numărul de telefon (071) 582 57 77 sau vizitați magazinul nostru.

Furnizorul de asistență medicală contractat va primi rambursarea costurilor pentru îngrijirea oferită direct de la noi.

Pentru asistența medicală menționată în secțiunea B, ZEM încheie contracte cu furnizorii de asistență medicală. În aceste acorduri, convenim asupra prețului, calității, eficienței, metodei de facturare și condițiilor în care aceștia pot oferi asistență medicală.

1.5.2 Furnizor de servicii medicale necontractat

Alegeți să mergeți la un furnizor de asistență medicală cu care nu am încheiat un contract pentru îngrijirea descrisă în secțiunea B (un furnizor de asistență medicală necontractat)? În acest caz, este posibil să trebuiască să plătiți dvs. o parte din costul tratamentului.

În cazul asistenței acordate de un furnizor de asistență medicală sau de o instituție de asistență medicală necontractantă, ZEM va rambursa costurile până la maximum 75 % din tariful Wmg (maxim). În cazul în care nu există o rată Wmg (maximă), ZEM va rambursa costurile până la un maxim de 75 % din tariful mediu contractat prin intermediul nostru.

În cazul în care consultați un furnizor de servicii medicale care nu este contractat pentru asistență medicală de specialitate, ZEM va rambursa 90% din tariful mediu contractat.

În cazul în care consultați un furnizor de servicii medicale care nu este contractat pentru asistență medicală de specialitate (articolul 23), ZEM va rambursa 70% din tariful mediu contractat. Beneficiați de asistență medicală și îngrijire (articolul 27.1) din partea unui furnizor de asistență medicală necontractat? În acest caz, va avea loc o rambursare a costurilor de 70% din factură până la un maxim de 70 % din tariful mediu contractat.

Dacă mergeți la un furnizor de asistență medicală necontractat pentru fizioterapie, terapie de recuperare, terapie ocupațională, logopedie (articolele 17.1, 17.2 și 17.3) sau îngrijire orală (articolul 18), vom rambursa costurile de îngrijire până cel mult la tariful Wmg (maxim) (Legea privind reglementarea pieței serviciilor de sănătate). În cazul în care nu a fost stabilit un tarif Wmg (maxim), vom rambursa costurile până la un maxim al sumei în conformitate cu piața din Țările de Jos.

În cazul în care constatăm că o sumă declarată nu este în concordanță cu piața, vom contacta furnizorul de asistență medicală în cauză și vom discuta prețul. Dacă furnizorul de asistență medicală nu dorește să facă concesii în ceea ce privește prețul, atunci, în ultimă instanță, o parte din costuri ar putea fi suportate de dvs.

Rambursările maxime pentru asistența medicală necontractată pot fi găsite la adresa www.zem.nl/nietgecontracteerdezorg. Pe www.zem.nl/zorgzoeker puteți vedea cu ce furnizori de servicii de asistență medicală am încheiat contracte.

În cazul în care rambursarea pentru asistența medicală necontractată inclusă în acest articol creează un obstacol real demonstrabil pentru un utilizator mediu de asistență medicală într-o situație de venit mediu, vom rambursa o sumă atât de mare încât să nu mai existe un obstacol real. Puteți găsi informații despre cum să contestați un obstacol la www.zem.nl/hinderpaal.

1.5.3 Plafoane privind cifra de afaceri

ZEM convine cu anumiți furnizori de asistență medicală asupra unei sume maxime pe care aceștia o pot solicita într-un anumit an calendaristic (un plafon al cifrei de afaceri). În acest fel, menținem asistența medicală la prețuri accesibile. Contractele încheiate cu majoritatea furnizorilor de servicii medicale stipulează că aceștia trebuie să ofere asistență medicală chiar dacă se atinge plafonul de cifră de afaceri. Aceasta este așa-numita obligație de continuare a prestării.

Cu o mică parte dintre furnizorii de servicii medicale nu s-a convenit nicio obligație de continuare a prestării. Puteți găsi furnizorii de asistență medicală pe www.zem.nl/zorgzoeker, iar furnizorul dvs. de asistență medicală vă poate informa asupra acestui aspect. În acest caz, este posibil să nu mai puteți avea acces la respectivul furnizor de servicii medicale în anul respectiv. În acest caz, vă rugăm să sunați sau să trimiteți un e-mail echipei noastre de consiliere și mediere la 071 - 582 58 28 sau www.zem.nl/zorgadvies. Unul dintre consilierii noștri de asistență medicală va lucra cu dumneavoastră

pentru a vedea cărui furnizor de servicii medicale vă puteți adresa. Dacă urmați deja un tratament la un furnizor de asistență medicală care a atins plafonul de cifră de afaceri, acest lucru nu vă va afecta. Puteți finaliza tratamentul la furnizorul dvs. de asistență medicală.

1.6 Furnizarea la timp a asistenței medicale

În cazul în care se așteaptă ca un furnizor de asistență medicală contractat să nu furnizeze îngrijirea necesară sau nu o poate furniza la timp, aveți dreptul la mediere în materie de asistență din partea echipei noastre de consiliere și mediere în materie de asistență medicală. În acest caz, este posibil să vă permitem să mergeți la un furnizor de asistență medicală necontractat pentru acordarea asistenței medicale respective. În acest caz, costul asistenței medicale va fi rambursat după ce primim factura, în conformitate cu condițiile poliței. Vom rambursa costurile până la un maxim bazat pe tariful Wmg (maxim) (Legea privind reglementarea pieței serviciilor de asistență medicală) stabilit la momentul respectiv. În cazul în care nu a fost stabilit un tarif Wmg (maxim), vom rambursa costurile până la un maxim al sumei în conformitate cu piața din Țările de Jos.

Echipele ZEM de consiliere și mediere în materie de asistență medicală vă va consilia cu privire la furnizorul de asistență medicală la care să vă adresați pentru nevoile dvs. de asistență medicală. Sau echipa intervine pentru dvs. atunci când vă confrunțați cu timpuri de așteptare inacceptabil de lungi pentru, de exemplu, o internare în spital sau o vizită la o clinică ambulatorie. Puteți găsi mai multe informații despre echipa de consiliere și mediere în domeniul asistenței medicale pe www.zem.nl/zorgadvies.

Neacordarea sau neacordarea la timp a asistenței medicale de către un furnizor de servicii medicale contractat include:

- a. asistența medicală care nu poate fi acordată la o distanță rezonabilă de la domiciliul dvs.; sau;
- b. situația în care nu se poate oferi o asistență medicală de calitate și responsabilă în apropierea locului în care locuiți.

Pentru a determina momentul acordării de asistență medicală în timp util, ne bazăm pe factori medicali de fond și, dacă este necesar, pe timpii de așteptare generali, acceptați social, pe baza factorilor psihosociale, etici și societali.

1.7 Începutul și sfârșitul perioadei în care aveți dreptul la îngrijire sau la rambursarea costurilor de îngrijire

În cazul în care condițiile poliței vă dau dreptul la asistență medicală sau la rambursarea costurilor de asistență medicală pe care le-ați suportat, acest lucru se aplică numai dacă ați primit această asistență medicală în timpul perioadei de valabilitate a acestei asigurări de sănătate. Data specificată de furnizorul de îngrijire ca fiind data la care a fost acordată îngrijirea este decisivă pentru evaluarea anului calendaristic în care se atribuie costurile declarate. În cazul în care un tratament se încadrează în doi ani calendaristici, iar furnizorul de servicii medicale depune o singură cerere, data de începere a tratamentului va determina eligibilitatea pentru rambursare.

1.8 Aprobare scrisă, recomandare sau prescripție medicală

1.8.1 Aprobare scrisă

Pentru anumite tipuri de asistență medicală, aveți nevoie de aprobarea noastră scrisă înainte de a avea dreptul la asistență medicală sau la rambursarea costurilor acesteia. Secțiunea B din aceste condiții indică, pentru fiecare formă de asistență medicală, dacă aveți nevoie de o aprobare scrisă. Acest lucru este valabil atât pentru asistența medicală contractată, cât și pentru cea necontractată (cu excepția cazului în care se derogă de la aceste condiții de asigurare).

Aveți o aprobare scrisă de la fostul dvs. asigurător de sănătate și treceți la noi? În acest caz, aprobarea rămâne valabilă până la data de expirare indicată pe aceasta. Rambursarea are loc conform celor descrise în aceste condiții de poliță.

Exemplu

Ați trecut pe la noi în data de 1 ianuarie 2025. Ați primit de la fostul dvs. asigurător de sănătate o aprobare scrisă pentru o intervenție de chirurgie plastică. Termenul-limită pentru această aprobare este 23 martie 2025. Dacă vă supuneți tratamentului înainte de această dată, nu trebuie să ne cereți consimțământul.

- 1.8.2 Solicitarea în timp util a aprobării**
Titularul poliței de asigurare/persoana asigurată este obligat(ă) să solicite aprobarea ZEM, după cum este necesar pentru o serie de tratamente, dispoziții și instituții, în prealabil, în așa fel încât ZEM să aibă posibilitatea de a obține toate informațiile dorite și, dacă este necesar, de a impune condiții suplimentare privind tratamentul sau prestarea preconizată.
- 1.8.3 Nerespectarea obligațiilor**
În caz de nerespectare a obligației formulate la punctul 1.8.2, eventualele consecințe (financiare) vor fi, în principiu, suportate de către persoana asigurată. Acest lucru nu aduce atingere faptului că, în principiu, respectiva persoană asigurată nu are dreptul la asistență medicală sau nu trebuie să ramburseze niciun cost dacă autorizația necesară nu a fost (încă) acordată de ZEM.
- 1.8.4 Trimitere sau rețetă medicală**
De asemenea, este posibil să aveți nevoie de o trimitere sau de o rețetă care să ateste că aveți nevoie de această asistență medicală. Secțiunea B din aceste condiții indică, pentru fiecare formă de asistență medicală, dacă aveți nevoie de o trimitere sau de o rețetă. Pentru asistență medicală acută (asistență care nu poate fi amânată), nu aveți nevoie de trimitere.
- 1.9 Rambursarea costurilor altor forme de asistență medicală**
În unele cazuri, este posibil să aveți dreptul la rambursarea costurilor pentru alte forme de asistență medicală decât cele menționate în aceste condiții de asigurare. Acest lucru este posibil în cazul în care tratamentul în cauză a fost identificat ca fiind general acceptat și conduce la un rezultat similar și nu este exclus prin lege. Aveți nevoie de consimțământul prealabil pentru un astfel de tratament.
- 1.10 Rambursare**
Este posibil să plătim o sumă mai mare decât cea la care aveți dreptul în temeiul prezentului contract. Prin încheierea poliței de asigurare de sănătate, ne acordați în avans o împuternicire de încasare pe numele nostru. Această împuternicire se referă la ceea ce ați plătit în plus furnizorului de servicii medicale.
- 1.11 Când expiră un bilet**
Dreptul dumneavoastră la rambursarea costului asistenței medicale expiră la 3 ani de la data facturării tratamentului. În cazul în care nu există o dată pe factura pentru tratament, dreptul dumneavoastră la rambursarea costului acestor îngrijiri va expira la data de 31 decembrie a celui de-al treilea an următor anului în care a avut loc tratamentul. Dacă am respins integral sau parțial cererea dvs. de rambursare a costurilor de asistență medicală, factura dvs. va expira după 3 ani de la respingere. Puteți evita limitarea dacă ne anunțați în scris, în termenul menționat mai sus, că solicitați în mod expres această despăgubire.
- 1.12 Comunicări**
Comunicările adresate la ultima dvs. adresă și/sau adresă de e-mail cunoscută de noi se consideră ca fiind primite de dvs.

Articolul 2 Intrarea în vigoare, durata și încetarea asigurării de sănătate

- 2.1 De când sunteți asigurat(ă)**
În principiu, asigurarea dvs. de sănătate și/sau a persoanei coasurate va intra în vigoare în ziua în care primim cererea (formularul) completată în întregime. Data intrării în vigoare a asigurării de sănătate este indicată în fișa poliței.
- 2.1.1** Este posibil să nu ne putem da seama, pe baza formularului de cerere completat, dacă suntem obligați să încheiem o asigurare de sănătate cu dvs. și/sau cu oricare dintre persoanele enumerate de dvs. în cerere (formular). Vom solicita apoi informații suplimentare care să demonstreze că suntem obligați să furnizăm o asigurare de sănătate pentru dvs. și/sau pentru persoana (persoanele) respectivă (respective). Asigurarea de sănătate va intra în vigoare la data la care primim toate informațiile suplimentare, cu excepția cazului în care se aplică articolul 2.1.2.
- 2.1.2** În cazul în care asigurarea de sănătate este solicitată în termen de patru luni de la apariția obligației de asigurare, vom utiliza ca dată de intrare în vigoare ziua în care a luat naștere obligația de asigurare. Prin urmare, atunci când se naște copilul dumneavoastră, este important să vă asigurați copilul la noi în termen de patru luni de la naștere. În acest caz, copilul dvs. este asigurat de la data nașterii. Dacă înregistrarea nou-născutului (nou-născuților) nu este primită de noi în termen de patru luni, asigurarea de sănătate va intra în vigoare numai de la data notificării și nu retroactiv de la data nașterii.

- 2.1.3 Asigurarea dumneavoastră de sănătate va intra în vigoare retroactiv până la data încheierii asigurării de sănătate anterioare inclusiv, cu condiția ca perioada dintre data încheierii asigurării de sănătate anterioare și noua dumneavoastră asigurare de sănătate să nu depășească o lună. Efectul retroactivității în conformitate cu condiția menționată anterior se aplică numai în următoarele cazuri:
- asigurarea de sănătate anterioară a încetat prin reziliere la 1 ianuarie;
 - prin modificarea condițiilor în detrimentul persoanei asigurate;
 - prin modificarea bazei de calcul a primei în detrimentul persoanei asigurate.

- 2.1.4 Dacă beneficiați deja de o altă asigurare de sănătate în ziua menționată la punctul 2.1, asigurarea de sănătate va intra în vigoare la data pe care o specificați, cu condiția să fie în viitor și să îndepliniți condițiile de schimbare.

2.2 Când puteți rezilia asigurarea dvs

În calitate de titular de poliță, puteți anula în scris asigurarea de sănătate începând cu data de 1 ianuarie a fiecărui an. În acest caz, trebuie să primim o notificare de reziliere din partea dvs. până la data de 31 decembrie a anului precedent. În cazul în care nu o primim, vom reînnoi tacit polița/polițele de asigurare de sănătate pentru o perioadă de un an. Dacă ați reziliat până la 31 decembrie, asigurarea de sănătate se va încheia la 1 ianuarie a anului următor și veți avea timp până la 1 februarie să încheiați o altă poliță de asigurare de sănătate. Această nouă asigurare de sănătate va intra în vigoare retroactiv de la 1 ianuarie.

Rezilierea se poate face și prin intermediul serviciului de anulare al asiguratorilor de sănătate olandezi. Aceasta înseamnă că îl autorizați pe asiguratorul de sănătate al noii asigurări de sănătate să rezilieze polița sau polițele de asigurare de sănătate actuale și să încheie cu dvs. o asigurare de sănătate. Și în acest caz, trebuie să fi solicitat o altă poliță de asigurare de sănătate până la 31 decembrie.

2.2.1 Rezilierea pe parcurs a asigurării dvs

În calitate de titular de poliță, puteți rezilia în scris asigurarea de sănătate înainte de expirarea acesteia, dacă:

- ați asigurat pe altcineva în afară de dvs. și această persoană asigurată a încheiat o altă poliță de asigurare în temeiul Legii privind asigurările de sănătate. De exemplu, când copilul dvs. împlinește vârsta de 18 ani. În acest caz, asigurarea de sănătate actuală trebuie să fie reziliată în termen de treizeci de zile.

Rezilierea la împlinirea vârstei de 18 ani

Copilul dvs. împlinește 18 ani? Atunci puteți rezilia asigurarea sa înainte ca aceasta să expire. În acest caz, copilul dvs. va trebui să încheie o asigurare de sănătate proprie.

În cazul în care vă reziliați asigurarea de sănătate și primim solicitarea de reziliere înainte de data intrării în vigoare a noii asigurări de sănătate, vom rezilia asigurarea la data intrării în vigoare a noii asigurări de sănătate. Primim solicitarea de reziliere mai târziu? În acest caz, data intrării în vigoare va fi prima zi a celei de a doua luni calendaristice după ce primim solicitarea de reziliere. Dacă vi se solicită, trebuie să furnizați documente justificative care să arate că persoana asigurată are asigurare de sănătate în altă parte;

- nu mai puteți utiliza contractul colectiv de muncă al angajatorului dvs. din cauza unei noi angajări și puteți participa la un nou contract colectiv de muncă cu noul angajator. În acest caz, trebuie să vă anulați asigurarea de sănătate în termen de treizeci de zile de la angajare. La cerere, trebuie să furnizați documente justificative care să demonstreze că schimbați contractele colective;
- modificăm prima și/sau condițiile în conformitate cu articolul 2.8.2;
- ați primit o notificare din partea autorității de sănătate conform căreia am primit un avertisment din partea autorității de sănătate pentru nerespectarea articolului 15f din Legea privind dispozițiile suplimentare pentru prelucrarea datelor cu caracter personal în domeniul sănătății sau am fost amendat pentru încălcarea articolului respectiv. Puteți rezilia doar în termen de șase săptămâni de la primirea unei notificări, astfel cum se menționează în acest articol la litera d. Anularea va intra în vigoare în prima zi din a doua lună calendaristică următoare datei la care ați reziliat asigurarea.

2.3 Când nu puteți rezilia asigurarea de sănătate

În cazul în care v-am trimis o atenționare pentru plata cu întârziere a primei datorate, nu puteți rezilia asigurarea de sănătate în perioada în care prima datorată și eventualele costuri de colectare nu au fost plătite. Cu toate acestea, puteți face acest lucru dacă am suspendat acoperirea asigurării de sănătate sau am confirmat anularea în termen de două săptămâni.

2.4 Când putem rezilia noi asigurarea dvs

Putem rezilia asigurarea dvs. de sănătate numai în următoarele situații:

- a. în cazul neplătii la timp a primei și a eventualelor costuri de colectare, astfel cum se descrie la articolul 3.4 „Întârzieri de plată”;
- b. în cazul în care s-a constatat o fraudă, așa cum este descris la articolul 4.5 „Cum procedăm în caz de fraudă”;
- c. dacă retragem asigurările de sănătate de pe piață din motive care prezintă importanță pentru noi;
- d. în cazul în care nu mai putem comunica cu dvs. online, așa cum este descris în articolul 1.3, vă rugăm să vă asigurați că avem întotdeauna adresa dvs. de e-mail;
- e. în cazul în care prima nu mai este plătită prin debitare directă, astfel cum este descris la articolul 3.2.

2.5 Când putem suspenda acoperirea asigurării dvs

Putem suspenda acoperirea asigurării dvs. de sănătate în cazul neplătii la timp a primei și a oricăror costuri de recuperare, așa cum este descris la articolul 3.4 „Restanțe la plată”.

2.6 Când încetează automat asigurarea dvs

Asigurarea de sănătate poate înceta, de asemenea, prin efectul legii. În următoarele situații, asigurarea de sănătate încetează prin efectul legii începând cu ziua în care:

- a. nu mai suntem autorizați să oferim sau să desfășurăm activități de asigurare de sănătate, deoarece licența noastră de desfășurare a activității de asigurare generală a fost modificată sau retrasă. Veți primi o notificare din partea noastră în termen de cel mult două luni, în care vom preciza motivul și data la care încetează asigurarea;
- b. persoana asigurată decedează (trebuie să ne anunțați în termen de treizeci de zile);
- c. încetează obligația de asigurare;
- d. începeți serviciul militar.

În calitate de titular al poliței de asigurare, aveți obligația de a ne informa cât mai curând posibil cu privire la decesul unei persoane asigurate, la încetarea obligației de asigurare sau la înrolarea ca militar în serviciul efectiv. Orice primă plătită în exces vă va fi rambursată sau va fi dedusă din costurile de îngrijire plătite de noi pentru îngrijirea la care nu mai aveți dreptul. În acest caz, dacă noi am plătit mai multe costuri de asistență medicală decât primiți înapoi sub formă de primă, vă vom factura aceste costuri.

2.7 Asigurarea de sănătate a persoanelor neasigurate

Dacă aveți asigurare la noi în conformitate cu secțiunea 9d, alineatul 1 din Zvw (Legea privind detectarea și asigurarea asigurărilor de sănătate neasigurate), puteți anula această asigurare de sănătate. Trebuie să faceți acest lucru în termen de două săptămâni de la data la care Biroul Administrației Centrale (CAK) v-a informat că aveți asigurare la noi. Pentru a anula asigurarea de sănătate, trebuie să ne puteți dovedi nouă și CAK că ați fost deja asigurat(ă) în cadrul unei alte asigurări de sănătate în perioada anterioară. Această se referă la perioada definită la articolul 9d alineatul (1) din Zvw.

Suntem autorizați să anulăm o poliță de asigurare de sănătate încheiată de CAK în numele dvs. din cauza unei erori, dacă se dovedește ulterior că nu aveți obligația de a vă asigura la momentul respectiv. Procedând astfel, facem o derogare de la articolul 931, volumul 7 din Codul civil, în conformitate cu articolul 9d alineatul 6 din Zvw.

Nu puteți anula asigurarea de asistență medicală menționată la articolul 9d alineatul (1) din Zvw în primele douăsprezece luni ale perioadei de valabilitate. Procedând astfel, facem o derogare de la articolul 7 din Zvw. Excepția este al treilea alineat al articolului respectiv; dacă se aplică acesta, puteți totuși să vă anulați asigurarea de sănătate.

2.8 Modificarea (bazei) primei și a condițiilor

2.8.1 Modificarea primei și a condițiilor

Avem dreptul de a modifica condițiile și/sau baza de calcul a primei de asigurare de sănătate în bloc sau în grup în orice moment pe parcursul anului. În acest caz, vă vom informa în scris pe dvs., titularul poliței de asigurare. O modificare a condițiilor sau a bazei de primă nu va intra în vigoare decât după șapte săptămâni de la data la care vă notificăm.

2.8.2 Dreptul de reziliere

Modificăm condițiile de asigurare de sănătate și/sau baza de calcul a primelor în defavoarea dvs. În acest caz, aveți dreptul de a vă anula asigurarea în termen de șapte săptămâni de la data la care v-am informat despre această modificare. Trebuie să ne anunțați în scris, prin scrisoare recomandată. Dreptul de reziliere nu se aplică în cazul în care modificarea condițiilor și/sau a bazei de primă este rezultatul unei modificări a normelor prevăzute la articolele 11-14 din Zvw.

În cazul în care nu primim o notificare scrisă de reziliere înainte de data intrării în vigoare a noilor termene și condiții și/sau a primei de bază, vom continua asigurarea de sănătate cu aplicarea noilor termene și condiții.

2.9 Înregistrare neregulamentară

- a. În cazul în care a fost încheiat un contract de asigurare în beneficiul dvs. în temeiul Legii privind asigurările de sănătate și se constată ulterior că nu aveți sau că ați încetat să aveți obligația de a vă asigura, contractul de asigurare va înceta cu efect retroactiv până la momentul în care nu mai există obligația de a vă asigura (încetează să existe);
- b. vom compensa prima pe care o plătiți din ziua în care nu (mai) există obligația dvs. de asigurare cu asistența medicală de care ați beneficiat de atunci de la ZEM și vă vom plăti sau vă vom factura diferența.

Articolul 3 Prima și franșiza

3.1 Baza de calcul a primei

Prima de asigurare pe care trebuie să o achitați este indicată în fișa poliței.

3.2 Cine plătește prima

Titularul poliței este obligat să plătească prima. O persoană asigurată care nu a împlinit încă vârsta de 18 ani nu are obligația de a plăti o primă. Prima este datorată numai din prima zi a lunii calendaristice de după împlinirea vârstei de 18 ani. În caz de deces al unei persoane asigurate, prima este datorată până inclusiv în ziua decesului.

Exemplu

O persoană care împlinește 18 ani pe 2 februarie va plăti prima de la 1 martie.

Titularul poliței de asigurare este obligat să plătească prima în avans și contribuțiile care decurg din dispozițiile legale (străine) sau din reglementări, pentru toate persoanele asigurate. În acest caz, se pot alege plăți lunare, trimestriale, semestriale sau anuale.

Prima de asigurare a poliței ZEM poate fi plătită numai prin debitare directă.

3.3 Compensare

Nu puteți compensa sumele datorate (cum ar fi prima) cu nicio despăgubire pe care o mai aveți de primit de la noi. Cu toate acestea, putem compensa datoria dvs. cu banii la care mai aveți dreptul din polița sau polițele dvs. de asigurare.

În cazul în care are loc o modificare a asigurării dvs. în cursul lunii, avem dreptul să (re)calculăm sau să rambursăm prima începând cu prima zi a lunii următoare.

În cazul decesului persoanei asigurate, compensarea sau rambursarea primei va avea loc începând cu ziua următoare celei în care a survenit decesul.

3.4 Întârzieri la plată

Dacă nu plătiți (sau nu rambursați) la timp prima, franșiza obligatorie, coplata, rambursările plătite necuvenit sau contribuțiile legale, vă vom trimite o notificare. După primirea acestei notificări, aveți la dispoziție treizeci de zile pentru a efectua plata. În cazul în care nu plătiți în termenul stabilit, nu aveți dreptul la (rambursarea costurilor pentru) tratamentul medical care a avut loc după prima zi de scadență a plății.

3.4.1 Dacă aveți două prime lunare restante, vă vom propune un plan de plată.

Vom face acest lucru în termen de cel mult zece zile lucrătoare de la identificarea întârzierii de plată.

3.4.2 Dacă sunteți în întârziere cu patru luni, vă vom trimite notificare că intenționăm să procedăm la notificarea către CAK, astfel cum se menționează la articolul 18c din Zvw. În momentul în care întârzierile la plata primelor ajung la șase luni, vom începe să facem notificarea, cu excepția cazului în care notificați, în termen de patru săptămâni de la notificare, că arieratele de prime sau valoarea acestora sunt dispută.

- 3.4.3 Dacă ne menținem poziția în urma contestației dumneavoastră, puteți, în termen de patru săptămâni de la primirea prezentei să comunicați un litigiu în acest sens Fundației pentru reclamații și litigii privind asigurările de sănătate (SKGZ) sau o instanță civilă. Când intră în vigoare programul de plăți menționat la articolul 18a Zvw, după o întârziere de patru luni la plata primelor de asigurare de sănătate a apărut, asigurătorul de asistență medicală va omite notificarea menționată la articolul 18b alineatul (1) atât timp cât ratele nou scadente sunt plătite (a se vedea articolul 18.b.3 Zvw).
- 3.4.4 Dacă aveți restanțe de șase luni sau mai mult, vom raporta acest lucru la CAK. Vom face acest lucru, indicând datele cu caracter personal ale dumneavoastră, în calitate de titular al poliței de asigurare, și ale oricărei persoane asigurate, necesare pentru perceperea primei administrative, precum și datele cu caracter personal necesare pentru punerea în aplicare a articolului 34a din Zvw. Nu transmitem niciun raport dacă:
- ați contestat la timp restanțele la prime și nu v-am făcut încă cunoscută poziția noastră;
 - perioada menționată la articolul 18b al doilea paragraf din Zvw nu a expirat încă;
 - ați introdus la timp un litigiu la SKGZ sau la o instanță civilă, iar litigiul nu a fost soluționat în mod irevocabil;
 - ați încheiat un contract cu un consultant profesionist în materie de datorii și dovediți că aveți un acord scris pentru a vă stabili datoriile.
- 3.4.5 Notificăm imediat CAK cu privire la data la care:
- datoriile care decurg din asigurarea de sănătate au fost sau vor fi plătite integral sau vor fi stinse;
 - regimul de restructurare a datoriilor persoanelor fizice menționat în Legea privind falimentul devine aplicabil titularului de poliță;
 - a fost încheiat un acord în conformitate cu articolul 18c, al doilea paragraf, partea d din Zvw (acesta este un acord scris de stabilizare a datoriilor titularului poliței de asigurare). Acest acord trebuie să fi fost încheiat prin intervenția unui consultant în materie de datorii, astfel cum se menționează în secțiunea 48 din Legea privind creditul de consum. Sau vă vom anunța pe dvs. în calitate de titular de poliță și pe CAK cu privire la data la care a fost stabilită o restructurare a datoriei. La această restructurare a datoriei, pe lângă dvs. în calitate de titular de poliță, trebuie să participăm cel puțin noi, în calitate de asigurător de sănătate.
- 3.4.6 În cazul în care sunteți în întârziere cu plata integrală a creanței noastre și dispozițiile la articolul 6:96 alineatul (6) din Codul civil, ne veți datora costuri extrajudiciare de colectare. Costurile de colectare extrajudiciară se stabilesc și se calculează în conformitate cu legea în temeiul articolului 6:96 alineatul (5) din Decretul din Codul civil privind compensarea costurilor de colectare extrajudiciară.
- 3.4.7 Aveți din nou dreptul la (rambursarea costurilor de) îngrijire în ziua următoare celei în care am primit suma datorată și costurile.

3.5 Franșiza obligatorie

3.5.1 Cuanțumul franșizei obligatorii

Dacă aveți 18 ani sau mai mult, aveți o franșiză obligatorie de 385 EUR pe an calendaristic. Valoarea franșizei obligatorii este stabilită anual de către guvern și se aplică pentru fiecare persoană asigurată.

Franșiza obligatorie înseamnă că trebuie să plățiți dvs. costurile asistenței medicale asigurate până la această sumă. Acestea sunt costurile pe care le suportați în timpul anului calendaristic din asigurarea de bază. La fel ca prima, puteți plăti franșiza obligatorie numai prin debitare directă.

Exemplu

Luați în considerare, de exemplu, spitalizarea, unde rambursăm costul internării. Veți primi apoi o factură din partea noastră pentru a plăti franșiza obligatorie.

3.5.2 Care sunt serviciile medicale care fac obiectul unei franșize obligatorii

Franșiza obligatorie se aplică pentru toate formele de asistență medicală incluse în aceste condiții de asigurare, exceptând:

- îngrijirea oferită de medicul de familie. Vă rugăm să rețineți că, de exemplu, medicamentele prescrise de medicul de familie nu sunt acoperite de asistența medicală a medicului de familie. Același lucru este valabil și pentru testele de laborator (de exemplu, analizele de sânge) asociate cu îngrijirea de către medicul de familie. În cazul în care această analiză de laborator este efectuată de un alt furnizor de servicii medicale la cererea medicului de familie, se aplică franșiza obligatorie. Costurile de consultație în cadrul Transparent Next de către un psihiatru nu intră sub incidența franșizei;

- b. costurile directe ale asistenței maternale și obstetricale, precum și plasarea unui sterilet de către un obstetrician. Costurile aferente serviciilor medicale conexe acestora intră sub incidența franșizei. De exemplu, transportul cu ambulanța, medicamentele și investigațiile efectuate în altă parte și facturate separat.
- c. contracepție pentru persoanele asigurate cu vârsta cuprinsă între 18 și 20 de ani;
- d. asistență medicală și îngrijire (asistență medicală de proximitate) descrisă în secțiunea B, articolul 21 și articolul 27.1;
- e. transportul unui donator, în cazul în care acesta are asigurare de sănătate și costurile sunt suportate de asigurarea de sănătate a donatorului. În acest caz, vom rambursa costul celei mai mici clase de transport public. În cazul în care există o necesitate medicală pentru transportul cu mașina, vom rambursa costul transportului cu mașina;
- f. costurile asistenței medicale, de la donatori, legate de donare și care apar după 13 săptămâni sau, în cazul transplantului de ficat, după 26 de săptămâni de la donare, în viață;
- g. medicamente desemnate de noi ca medicamente preferate în Regulamentul privind asistența farmaceutică. Vă rugăm să țineți cont de faptul că asistența medicală oferită de farmacie, de exemplu, costurile de predare, consilierea pentru un nou medicament sau instrucțiuni de inhalare nu sunt scutite de deductibilitate. A se vedea, de asemenea, secțiunea B, articolul 19;
- h. verificarea medicamentelor de către un farmacist contractat;
- i. asistența medicală multidisciplinară contractată pentru afecțiuni cronice, în măsura în care aceasta implică asistența medicală în lanț;
- j. programele de renunțare la fumat aprobate de către noi (inclusiv medicamente). Le puteți găsi pe www.zem.nl/vergoedingenzoeker;
- k. intervenția combinată asupra stilului de viață (GLI);
- l. instrumentele împrumutate;
- m. NIPT pentru femeile care au o indicație medicală;
- n. costurile îngrijirii care pot fi desemnate ca îngrijiri rambursate în temeiul Legii privind asigurările de sănătate în cazul cooperării transdomeniale și transsectoriale;
- o. costul interviului exploratoriu.

3.5.3 De când intră în vigoare franșiza obligatorie

Ați împlinit 18 ani în cursul unui an calendaristic? Atunci franșiza obligatorie se aplică din prima zi a lunii calendaristice de după împlinirea vârstei de 18 ani. În acest caz, quantumul franșizei obligatorii se calculează în conformitate cu articolul 3.5.4.

3.5.4 Calcularea quantumului franșizei obligatorii

În cazul în care asigurarea nu începe sau nu se încheie la 1 ianuarie, din cauza împlinirii vârstei de 18 ani sau din orice alt motiv, vom calcula franșiza pentru anul calendaristic respectiv după cum urmează:

$$\text{Risc propriu} \times \frac{\text{numărul de zile în care asigurarea va funcționa sau a funcționat în anul calendaristic}}{\text{numărul de zile din anul calendaristic în cauză}}$$

Suma este rotunjită la un euro întreg.

Exemplu

Asigurarea începe la data de 1 noiembrie a unui an calendaristic în urma împlinirii vârstei de 18 ani. Vom calcula atunci suma până la data de 1 ianuarie a anului calendaristic următor. Aceasta înseamnă 61 de zile. Un an calendaristic are 365 de zile (cu excepția anilor bisecți). Franșiza este: 385 EUR x 61 împărțit la 365, adică 64,34 EUR, și se rotunjește la 64 EUR.

3.5.5 Franșiza obligatorie în cazul unei combinații diagnostic-tratament (DBC)

Tratamentul este declarat într-o așa-numită DBC, prestare de asistență medicală integrală pentru naștere? Atunci, aceste costuri vor fi deduse din franșiza obligatorie a anului calendaristic în care a fost deschisă DBC.

3.5.6 Plata franșizei obligatorii

Dacă plătim costul tratamentului dvs. direct furnizorului de servicii medicale, vom compensa sau recupera franșiza obligatorie, dacă este cazul. În cazul în care solicităm rambursarea, vă vom trimite o solicitare scrisă de plată în termen de paisprezece zile sau o notificare prin care vă informăm că vom colecta suma care urmează să fie rambursată în termen de 14 zile.

Dacă solicitați direct de la noi rambursarea costurilor de asistență medicală, vom compensa, dacă este cazul, franșiza obligatorie neachitată cu rambursarea (rambursările) care urmează să fie primită(e).

Franșiza obligatorie se aplică, de asemenea, părților din pachetul asigurat în care este menționată o sumă maximă, cu excepția cazului în care se stipulează altfel în termeni și condiții.

Articolul 4 Alte dispoziții

4.1. Care sunt obligațiile dvs

- a. să solicitați medicului curant sau medicului specialist să comunice consilierului medical al ZEM motivul internării, în cazul în care consilierul medical solicită acest lucru;
- b. să cooperați cu consilierul medical sau cu alte persoane însărcinate cu monitorizarea la ZEM pentru a obține orice informație necesară, cu respectarea reglementărilor privind protecția vieții private. Aceasta include cooperarea cu ZEM în vederea obținerii unei a doua opinii din partea unui specialist independent, la recomandarea acestuia. Costul unei astfel de a doua opinii va fi suportat de ZEM;
- c. să informați ZEM cu privire la orice fapt care ar putea implica faptul că costurile pot fi recuperate de la terții (posibili) responsabili și să furnizați ZEM, în mod gratuit, toate informațiile și/sau cooperarea necesare în acest sens; nu este permis, fără acordul scris al ZEM, să încheiați, direct sau indirect, o înțelegere cu terțul responsabil sau cu asiguratorul acestuia în ceea ce privește costurile care au fost sau vor fi rambursate de ZEM;
- d. să notificați ZEM în termen de treizeci de zile că persoana asigurată a intrat în detenție și/sau că detenția persoanei asigurate a luat sfârșit, în conformitate cu dispozițiile legale privind suspendarea acoperirii și a obligațiilor de plată a primelor pe perioada detenției;
- e. să trimiteți facturile originale și clar detaliate către ZEM în termen de trei ani de la data facturării pentru tratament. În cazul în care nu există o dată pe factura de tratament, trebuie să trimiteți factura originală și clar detaliată către ZEM până la data de 31 decembrie a celui de-al treilea an care urmează anului în care a avut loc tratamentul. Factorul determinant este data tratamentului și/sau data furnizării asistenței medicale, și nu data la care a fost emisă factura. În cazul în care factura se referă la un DBC, toate costurile legate de acest DBC sunt alocate anului în care a fost deschis. În cazul în care facturile sunt depuse ulterior, nu veți mai avea dreptul la rambursarea acestor costuri de asistență medicală. Vor fi luate în considerare numai facturile originale sau notele de calculator autentificate de furnizorul de asistență medicală. În cazul în care se solicită rambursarea costurilor în străinătate sau a transportului pacienților, trebuie utilizat un formular de cerere de rambursare pus la dispoziție de ZEM, a se vedea și www.zem.nl/downloads;
- f. în măsura în care este necesară o trimitere în cadrul politicii pentru invocarea îngrijirii, să prezentați trimiterea de la furnizorul de asistență medicală relevant, dacă ZEM o solicită;
- g. în calitate de titular al poliței, aveți obligația să vă asigurați că orice modificare care ar putea afecta drepturile și obligațiile care decurg din contractul de asigurare este raportată în scris către ZEM cât mai curând posibil, cel târziu în treizeci de zile de la momentul în care a avut loc modificarea. Aceste modificări includ, printre altele:
 - expirarea obligației legale de asigurare;
 - divorț, încetarea coabitării permanente sau încetarea parteneriatului înregistrat;
 - deces;
 - naștere;
 - schimbarea codului bancar;
 - schimbarea adresei;
 - schimbarea adresei de e-mail;
 - începerea și încheierea detenției.

În cazul în care modificarea nu este notificată către ZEM în termen de treizeci de zile, modificarea va intra în vigoare doar de la data notificării și nu retroactiv de la data modificării. Excepțiile sunt: expirarea obligației legale de asigurare, nașterea (a se vedea articolul 2.1.2), decesul, începerea detenției (data plasării într-o instituție penitenciară este data suspendării asigurării de sănătate) și sfârșitul detenției (asigurarea de sănătate se reia în ziua în care se încheie detenția).

4.2 Ce nu este asigurat

4.2.1 Excluderi

Nu aveți dreptul la rambursarea costurilor pentru:

- a. franșizele/coplățile pe care le datorați pe baza Zvw, Wlz, Wmo, Legii privind tineretul și/sau a screeningului (screeningurilor) populației;
- b. examene de numire și alte examene medicale (de exemplu, pentru permisul de conducere sau permisul de pilot), atestate și vaccinări, cu excepția cazului în care regulamentul ministerial aplicabil prevede altfel;
- c. vaccinarea împotriva gripei (cu excepția cazului în care faceți parte din grupul de risc);
- d. medicina alternativă;

- e. medicamente pentru prevenirea îmbolnăvirilor în contextul călătoriilor;
- f. trusă de maternitate, tamponane pentru bandaje și tifon steril hidrofilic pentru îngrijiri obstetricale;
- g. tratamente pentru care este necesară o trimitere, iar această trimitere nu a fost solicitată/eliberată în prealabil;
- h. cereri de despăgubire ca urmare a neprezentării la o programare la un furnizor de servicii medicale;
- i. tratamentul împotriva sforăitului cu uvuloplastie;
- j. tratament care vizează sterilizarea;
- k. tratamentul de anulare a sterilizării;
- l. tratamentul care vizează circumcizia (circumcizia) persoanelor asigurate de sex masculin, cu excepția cazului în care este necesar din punct de vedere medical;
- m. tratamentul placiocefaliei și brahicefaliei fără craniosinotoză (anomalii ale craniului la sugari care nu se datorează unei boli craniene) cu o cască de redresare;
- n. efectuate în afara Țărilor de Jos, cu excepția costurilor menționate la articolul 22 referitor la străinătate;
- o. analize privind tratamente care nu sunt general acceptate sau obișnuite conform opiniei științifice sau în cadrul grupului profesional în cauză, în contextul exercitării profesiei sau specialității sau care nu sunt incluse în definiția legală a practicii profesionale;
- p. internarea ca o continuare a spitalizării, în cazul în care consilierul nostru medical consideră că aceasta nu mai este necesară;
- q. depistarea prenatală a anomaliilor congenitale, altfel decât prin examinare ecografică structurală în al doilea trimestru de sarcină, dacă nu există o indicație medicală în acest sens;
- r. în cazul în care este o consecință a daunelor cauzate de sau care decurg din conflicte armate, războaie civile, insurecții, tulburări interne, revolte și răzvrătiri, astfel cum se prevede la articolul 3.38 din Legea privind supravegherea financiară;
- s. în cazul în care acestea sunt o consecință sau sunt legate de un conflict armat, de participarea activă la un război civil, de tulburări interne sau externe, de revolte, insurecție, mișcări de stradă și răzvrătire;
- t. în cazul în care asistența medicală este oferită de dvs., de partenerul dvs., de copilul dvs., de un părinte sau de un (alt) membru de familie rezident, cu excepția cazului în care ne-am dat acordul prealabil.

4.2.2 Dublă acoperire

Nu aveți dreptul la îngrijiri sau la rambursarea costurilor, dacă persoana asigurată poate solicita despăgubiri în temeiul unei polițe de asigurare reglementate de lege, al unei polițe de asigurare guvernamentale, al oricărui sistem de subvenții sau – în absența prezentului contract de asigurare – în temeiul unui alt contract decât acesta pentru costurile rezultate.

4.2.3 Răspundere

- a. nu suntem răspunzători pentru niciun prejudiciu suferit ca urmare a actelor sau omisiunilor furnizorului dvs. de asistență medicală;
- b. posibila noastră răspundere pentru daunele rezultate din propriile noastre deficiențe este limitată la valoarea costurilor care ne-ar reveni în cazul în care am fi executat în mod corespunzător asigurarea de sănătate, cu excepția cazului în care este vorba de un act intenționat sau de neglijență gravă.

4.3 Dreptul la asistență medicală ca urmare a actelor de terorism

Aveți nevoie de asistență medicală ca urmare a unui act terorist? Este posibil să fiți eligibil(ă) pentru o parte din această îngrijire. În acest caz, se aplică următoarea regulă. În cazul în care daunele totale cauzate de acte de terorism solicitate într-un an calendaristic de la asiguratorii de asigurări generale, de viață sau de înmormântare în natură (inclusiv de la asiguratorii de sănătate) care fac obiectul Legii privind supravegherea financiară (Wft) depășesc, în opinia Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (Societății de reasigurare pentru daune cauzate de terorism), daunele pentru care această societate s-a reasigurat, veți avea dreptul doar la un anumit procent din costul sau valoarea îngrijirilor sau a altor servicii. Acest procent este stabilit de către NHT și este același pentru fiecare asigurat.

Definițiile și dispozițiile exacte ale dreptului la îngrijire de mai sus sunt prezentate în Fișa clauzelor de acoperire în caz de terorism a NHT. Este posibil să primim o plată suplimentară după un act terorist în temeiul articolului 33 din Zvw sau al articolului 2.3 din Decizia privind asigurarea de sănătate. În acest caz, veți avea dreptul la o rambursare suplimentară în conformitate cu articolul 33 din Zvw.

Fișa clauzei de acoperire a riscului de terorism încheiată cu Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. se aplică acestei polițe. Fișa clauzei poate fi consultată pe www.terrorisneverzekerd.nl.

4.4 Cum gestionăm datele dvs. cu caracter personal

Pentru a vă încheia, modifica sau rezilia asigurarea de sănătate, ne furnizați date cu caracter personal. Colectăm și prelucrăm datele dvs. cu caracter personal pentru a încheia și administra asigurarea dvs. de sănătate. Noi înregistrăm aceste date cu caracter personal în registrul nostru de date cu caracter personal. Prelucrăm datele dvs. cu caracter personal în conformitate cu legile și reglementările, cum ar fi Regulamentul general privind protecția datelor. Puteți citi cum facem acest lucru în Declarația noastră de confidențialitate de pe site-ul nostru web.

Ce altceva facem cu datele dvs. personale? Noi:

- a. punem datele dvs. la dispoziția furnizorului de servicii medicale pentru a vă verifica statutul de persoană asigurată;
- b. utilizăm datele dvs. pentru analize statistice;
- c. utilizăm datele dvs. pentru verificări și/sau cercetări în rândul persoanelor asigurate și al furnizorilor de servicii medicale cu privire la faptul că această asistență medicală a fost efectiv acordată și/sau este eficientă;
- d. putem furniza datele dvs. unor terțe părți pentru punerea în aplicare a asigurărilor de sănătate, sub rezerva reglementărilor în vigoare privind confidențialitatea. Dacă doriți, nu vom include adresa dvs. Ne puteți comunica acest lucru în scris;
- e. efectuăm o administrare a evenimentelor ca parte a unei politici responsabile de subscriere, risc și fraudă, în conformitate cu Codul de conduită pentru prelucrarea datelor cu caracter personal de către asiguratorii de sănătate. În conformitate cu Protocolul de alertă privind incidentele din instituțiile financiare, se ține un registru de incidente și este posibil să consultăm datele dvs. la și/sau să le înregistrăm în Registrul de sesizări externe gestionat de Fundația Sistemului Central de Informații (CIS) din Haga.

4.5 Cum procedăm în caz de fraudă?

Dacă dvs. sau cineva în numele dvs. comite o fraudă, vi se va anula dreptul la asistență medicală și la rambursarea acesteia. Vom recupera toate costurile deja plătite începând de la data fraudei. De asemenea, vom recupera de la dvs. costurile de investigare a fraudei.

În plus, avem dreptul de a vă rezilia contractul (contractele) de asigurare în vigoare cu ZEM (asigurare de sănătate și/sau asigurare de sănătate suplimentară) de la data fraudei sau dacă numele dvs. se află pe o listă de sancțiuni.

În caz de fraudă, vă înregistrăm pe dvs. și/sau persoana asigurată în Registrul extern de sesizări. Investigațiile privind fraudele se desfășoară în conformitate cu Protocolul privind asiguratorii și fenomenul infracțional și cu Protocolul privind Sistemul de alertă cu privire la incidentele din instituțiile financiare (PIFI). În caz de fraudă sau de suspiciune puternică de fraudă, putem, de asemenea, să sesizăm poliția.

4.6 Plângeri și litigii

4.6.1 Aveți o plângere?

Dacă sunteți nemulțumit(ă) de o decizie luată de noi sau de serviciile noastre, puteți depune o plângere în termen de opt săptămâni. Puteți să ne transmiteți cu ușurință reclamația dvs. prin completarea formularului de reclamație online de pe site-ul nostru www.zem.nl/klacht. De asemenea, vă puteți depune plângerea în scris la Comitetul nostru pentru plângeri.

ZEM

T.a.v. de Klachtencommissie

Postbus 400

2300 AK LEIDEN

Dacă nu sunteți mulțumit(ă) de răspunsul nostru la reclamația dvs. sau dacă nu ați primit un răspuns din partea noastră în termen de zece săptămâni (facem tot posibilul să vă răspundem în această perioadă), puteți adresa reclamația sau litigiul dvs. la: Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist. Puteți, de asemenea, să vă adresați instanțelor civile.

4.6.2 Plângeri privind formularele noastre

Considerați că formularele noastre sunt complicate sau inutile? Atunci puteți depune o plângere în acest sens la NZa. NZa va emite apoi o hotărâre, care va fi considerată ca fiind un aviz obligatoriu. Vă puteți depune plângerea în scris la următoarea adresă: NZa Postbus 3017 3502 GA Utrecht.

4.7 Dispoziție finală

În cazurile care nu sunt acoperite de prezentele condiții ale poliței, decizia îi revine ZEM. Acest text a fost stabilit de Consiliul membrilor la 30 octombrie 2024, cu efect de la 1 ianuarie 2025.

Secțiunea B Domeniul de acoperire

Articolul 5 Îngrijirea oferită de medicul de familie

5.1 Aspecte generale

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la:

- asistență medicală acordată de un medic generalist sau de un medic/un furnizor de asistență medicală echivalent care lucrează sub responsabilitatea unui medic generalist (de exemplu, un asistent medical);
- asistență medicală prin intermediul structurii serviciului (postul de medic de familie) la care este afiliat medicul de familie;
- analizele aferente, inclusiv analizele de laborator prescrise de medicul de familie, facturate de medicul de familie, de un spital sau de un laborator;
- consultație preconcepțională efectuată de un medic generalist sau de o moașă calificată și competentă care acționează în conformitate cu reglementările actuale ale NHG.

Care sunt condițiile?

Domeniul de aplicare al acestei asistențe se limitează la asistența oferită în mod obișnuit de către medicii de familie.

La ce nu am dreptul?

Nu aveți dreptul la:

- vaccinare antigripală;
- examene medicale.

Lista completă a excluderilor este prevăzută în secțiunea A, clauza 4.2 din aceste condiții de asigurare.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

5.2 Asistența medicală în grupuri specifice de pacienți

La ce am dreptul?

Asistența medicală pentru grupuri specifice de pacienți (GZSP) este un ansamblu de forme de îngrijire pentru persoanele vulnerabile care (încă) trăiesc la domiciliu cu probleme (foarte) complexe care le limitează (din ce în ce mai mult) autonomia și capacitatea de a se auto-îngriji. Îngrijirea se concentrează pe probleme somatice, psihologice și/sau comportamentale. Printre acestea se numără:

- persoane cu afecțiuni complexe, cum ar fi probleme psihogeriatrice;
- persoanele cu boli degenerative progresive cronice, cum ar fi boala Parkinson, boala Huntington și scleroza multiplă;
- persoanele cu leziuni cerebrale necongenitale;
- persoanele cu dizabilități intelectuale.

Tratamentul se concentrează adesea pe învățarea unor abilități sau comportamente pentru a face față mai bine consecințelor unei afecțiuni, tulburări sau dizabilități. În funcție de nevoile de îngrijire, aceasta este oferită individual sau în grup. Adesea, este vorba de îngrijire multidisciplinară sub conducerea directorului GZSP. De asemenea, medicii generaliști pot apela la expertiza unui specialist în geriatrie (sau a unui medic pentru persoanele cu handicap mintal), în mod monodisciplinar, pentru a oferi consiliere la domiciliu în situații complexe. Îngrijirea este consemnată într-un plan de tratament și este oferită în conformitate cu principiile GZSP.

Asistența GZSP pentru persoanele cu dizabilități intelectuale ușoare și cu tulburări grave de comportament este rambursată numai dacă îngrijirea este asigurată de o instituție BORG și dacă îngrijirea anterioară specializată în domeniul sănătății mintale sau al dizabilității intelectuale a avut rezultate insuficiente.

La ce nu am dreptul?

Nu aveți dreptul la acest tip de asistență medicală dacă aveți o indicație de la CIZ pentru asistență medicală în temeiul Legii privind îngrijirea pe termen lung.

Am nevoie de o trimitere?

Trebuie să existe o trimitere de la medicul de familie sau de la un medic specialist.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

Articolul 6 Asistență medicală de specialitate (cu excepția asistenței de sănătate mintală)

6.1 Aspecte generale

Pentru tipurile de asistență medicală menționate în articolele 6-16 (cu excepția îngrijirii acute), este necesară o trimitere prealabilă din partea medicului dvs. de familie, a medicului de medicina muncii sau a medicului pediatru, a medicului specialist (inclusiv a medicului de medicină sportivă) sau a asistentului medical, a medicului de urgență, a medicului specialist în asistență medicală, a medicului GGD, a medicului de boli infecțioase, a specialistului în geriatrie, a medicului pentru persoane cu handicap mintal, a optometristului și a ortopedului (aceștia pot face trimitere doar la oftalmolog), a fizicianului clinic-audiolog și a specialistului audiolog de triaj (aceștia pot face trimitere doar la un medic ORL sau la un centru audiologic) sau, în cazul îngrijirii obstetricale sau al anomaliilor congenitale la nou-născut, din partea unui obstetrician. În cazul stomatologiei sau ortodonției efectuate de un chirurg stomatolog, este necesară o recomandare din partea unui medic stomatolog sau ortodont. Un furnizor de asistență medicală nu poate face trimiteri pentru sine, nici pentru partener, copil, părinte sau rudă rezidentă (alta). Perioada de valabilitate a unei sesizări este de un an, cu excepția cazului în care persoana care face sesizarea indică o perioadă de valabilitate diferită.

Amploarea acestei asistențe se limitează la asistența oferită în mod obișnuit de către medicii specialiști. În ceea ce privește îngrijirea orală care urmează să fie furnizată de un chirurg stomatolog, dreptul la indemnizație există sub rezerva articolului 18. În ceea ce privește asistența medicală acordată de un medic sportiv, dreptul la indemnizație există numai dacă este vorba de asistență medicală specializată care vizează recuperarea, vindecarea sau prevenirea (agravarea) unei afecțiuni. Îngrijirea poate include:

- testarea fiziologică de efort și consilierea în cadrul unui program de reabilitare și/sau;
- diagnosticarea și tratamentul leziunilor sistemului musculo-scheletal cauzate de exerciții fizice și/sau de suprasolicitare.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

6.1.1 Tratamente aprobate condiționat

Unele tratamente sunt aprobate condiționat la asigurarea de bază, în conformitate cu articolul 2.1 alineatul (5) din Decretul privind asigurarea de sănătate (Bz) și cu articolul 2.2 din Regulamentul privind asigurarea de sănătate (Rz). Eficacitatea acestor tratamente nu a fost încă suficient demonstrată. Cu toate acestea, aceste tratamente sunt rambursate deocamdată din asigurarea de bază. Ministrul Sănătății, Bunăstării și Sportului poate aproba condiționat noi tratamente în cursul anului calendaristic. Puteți consulta „Tratamentele aprobate condiționat” pe www.zorginstituutnederland.nl.

6.2 Internare (spitalizare)

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la:

- tratamentul medico-specializat și internarea, însoțită sau nu de asistență medicală și îngrijire;
- îngrijirile paramedicale asociate tratamentului și medicamentele (cu excepția celor excluse la articolul 2.1 din Regulamentul privind asigurările de sănătate), dispozitivele ajutoare și bandajele pe durata internării.

Care sunt condițiile?

- trebuie să fie vorba despre asistență medicală precum cea oferită în mod obișnuit de medicii specialiști;
- trebuie să existe o internare necesară din punct de vedere medical în legătură cu asistența medicală de specialitate;
- în momentul în care nu mai există motive pentru îngrijiri medico-specialiste în combinație cu o internare într-un centru de îngrijiri medico-specializate, acest lucru trebuie raportat imediat la ZEM;
- în caz de internare, există doar dreptul de a fi internat în clasa inferioară a unui centru de asistență medicală specializată pentru o perioadă neîntreruptă de maximum 1.095 de zile. În acest scop, o întrerupere de cel mult treizeci de zile nu este considerată o întrerupere. Prin urmare, aceste zile nu se iau în considerare în calculul celor 1 095 de zile. În schimb, întreruperile datorate concediilor de sfârșit de săptămână și/sau de odihnă se iau în considerare la calcularea celor 1 095 de zile.

Am nevoie de o aprobare prealabilă din partea ZEM?

Unele tratamente medicale de specialitate necesită aprobarea prealabilă scrisă din partea ZEM dacă sunt tratamente care figurează în cea mai recentă versiune a Listei limitative de îngrijiri medicale de specialitate. Acesta poate fi găsit pe site-ul www.zem.nl/downloads.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? În acest caz, este posibil să trebuiască să plătiți dvs. o parte din costuri. Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

6.3 Asistență medicală de specialitate neclinică

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la:

- tratament medical de specialitate în sau de către un centru de asistență medicală specializată;
- tratament medical de specialitate din partea medicului specialist extramural;
- îngrijirea de zi asociată tratamentului, precum și medicamentele, ajutoarele și pansamentele asociate tratamentului.

Care sunt condițiile?

Trebuie să fie vorba despre asistență medicală precum cea oferită în mod obișnuit de medicii specialiști.

Am nevoie de o aprobare prealabilă din partea ZEM?

Unele tratamente medicale de specialitate necesită aprobarea prealabilă scrisă din partea ZEM dacă sunt tratamente care figurează în cea mai recentă versiune a Listei limitative de îngrijiri medicale de specialitate. Acesta poate fi găsit pe site-ul www.zem.nl/downloads. Dreptul la asistență stomatologică, în cazul unui tratament efectuat de un chirurg stomatolog, necesită o autorizație prealabilă scrisă din partea ZEM dacă este vorba de servicii incluse în cea mai recentă versiune a Listei limitative de autorizații Chirurgie orală. Acesta poate fi găsit pe site-ul www.zem.nl/downloads.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

6.4 Tratamente de chirurgie plastică

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la:

Tratamentele de chirurgie plastică, sub rezerva paragrafelor anterioare, dacă sunt necesare pentru a corecta:

- anomalii ale aspectului asociate cu deficiențe demonstrabile ale funcției fizice;
- mutilările rezultate în urma unei boli, a unui accident sau a unei operații medicale;
- pleoapele superioare paralizate sau căzute, în cazul în care paralizia sau căderea are ca rezultat o limitare severă a câmpului vizual sau se datorează unui defect congenital sau unei afecțiuni cronice prezente la naștere;
- următoarele malformații congenitale: despicături ale buzelor, maxilarului și palatului, malformații ale feței osoase, proliferări benigne ale vaselor de sânge, ale vaselor limfatice sau ale țesutului conjunctiv, semne din naștere sau malformații ale organelor urinare și genitale;
- caracteristicile sexuale primare în cazurile de transsexualitate stabilită;
- epilarea electrică a persoanelor transgender, astfel cum se menționează în articolul 17.5 din prezentele condiții de asigurare.

Am nevoie de o aprobare prealabilă din partea ZEM?

Pentru un număr limitat de intervenții, trebuie să aveți aprobarea scrisă prealabilă a ZEM. Intervențiile prevăzute sunt incluse în lista limitativă Îngrijiri medicale specializate cu produse de îngrijire DBC care necesită autorizare. Această listă poate fi accesată la adresa www.zem.nl/downloads. Atunci când se acordă aprobarea, pot fi impuse condiții medicale suplimentare. Evaluările pentru procedurile de chirurgie plastică se fac pe baza "Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard". În acest caiet de lucru, veți găsi explicații suplimentare cu privire la situațiile în care aveți dreptul la această îngrijire în conformitate cu criteriile enumerate. Acest ghid de lucru a fost elaborat de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) și Zorginstituut Nederland. Puteți găsi acest ghid la www.zem.nl/downloads.

La ce nu am dreptul?

- liposucție abdominală;
- plasarea chirurgicală și înlocuirea chirurgicală a unei proteze mamare, alta decât după o mastectomie totală sau parțială sau în cazurile de agenezie sau aplazie a sânului la femei și situația similară în cazurile de transsexualitate constatată;

- îndepărtarea chirurgicală a unei proteze mamare fără necesitate medicală;
- abdominoplastie, cu excepția cazului în care, de exemplu, există o mutilare comparabilă, ca gravitate, cu o arsură de gradul trei, imperfecțiuni netratabile la nivelul pliurilor cutanate sau o limitare foarte gravă a libertății de mișcare.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

6.5 Diagnosticare în medicina primară

Diagnosticarea în medicina primară include teste de laborator (inclusiv analize de sânge și de urină), diagnosticare imagistică (inclusiv radiografii) și teste funcționale (inclusiv ECG-uri). Diagnosticările din medicina primară sunt solicitate de către un furnizor de asistență medicală primară, iar rezultatele sunt trimise înapoi la furnizorii respectivi.

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la diagnosticare de medicină primară atunci când aceasta este efectuată:

- de către cabinetul de medicină de familie;
- de către un centru de diagnostic de medicină primară (CDE);
- de către un spital sau de către ZBC;
- de către un obstetrician (a se vedea articolul 7 pentru condiții).

Care sunt condițiile?

Trebuie să existe o cerere din partea medicului de familie, a specialistului în geriatrie sau a medicului pentru persoanele cu dizabilități mintale pentru toate diagnosticele din asistența medicală primară.

Prin extensie, cererea poate fi făcută și de:

- obstetricianul pentru screening prenatal (a se vedea în continuare articolul 7);
- medicul de medicina muncii pentru diagnostice legate de afecțiunile legate de muncă;
- medicul GGD pentru îngrijire individuală în tuberculoză și boli infecțioase.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

6.6 Rambursarea cazării în caz de terapie celulară CAR-T

Dacă sunteți sub tratament la un spital de specialitate pentru terapia cu celule CAR-T, este necesar să rămâneți la mai puțin de 60 de minute de un spital de specialitate în timpul săptămânilor 3 și 4 de tratament. Dacă nu locuiți pe această rază, va trebui să stați temporar în altă parte. Poate fi vorba de un hotel sau de o locuință de vacanță. Prezența unui îngrijitor informal este suficientă pentru aceasta.

La ce am dreptul?

Rambursarea cheltuielilor de cazare în săptămânile 3 și 4 de tratament cu celule CAR-T. Cuantumul rambursării internării dvs. este de 91 EUR pe noapte.

La ce nu am dreptul?

Rambursarea costurilor de cazare ale îngrijitorului informal.

Am nevoie de o aprobare prealabilă din partea ZEM?

Pentru rambursarea cheltuielilor de cazare în cadrul terapiei cu celule CAR-T, trebuie să aveți aprobarea prealabilă scrisă din partea ZEM.

Articolul 7 Asistență obstetrică și asistență maternală

7.1 Screening prenatal

Screeningul prenatal intră sub incidența Legii privind screeningul populației (WBO). Pentru componentele specifice ale screeningului prenatal menționate mai jos, furnizorul de asistență medicală care pune în aplicare trebuie să aibă un acord cu unul dintre centrele regionale pentru screening prenatal. Aceste centre au o licență WBO și definesc cerințele de calitate pe care trebuie să le îndeplinească furnizorul de asistență medicală care le implementează.

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la screening prenatal, acest drept se aplică persoanelor asigurate de sex feminin. Acest screening include următoarele componente:

- NIPT numai în cazul în care există o indicație medicală;
- toate persoanele asigurate gravide care au fost supuse unui NIPT în Țările de Jos sau în altă parte și al căror rezultat este „pozitiv” au o indicație pentru teste ulterioare, cum ar fi testele de diagnosticare invazive. Asiguratele gravide cu antecedente medicale sau ecografiile anormale pot avea, de asemenea, indicații pentru o examinare de control;
- o CTG (cardiotocogramă) efectuată de un obstetrician în caz de în cazul unor semne de viață reduse, al sarcinii depășiteși în cazul rotației externe a unui copil care se prezintă în decubit dorsal.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

Care sunt condițiile?

Furnizorii de servicii medicale trebuie să fie înregistrați în registrul relevant al Beroepsvereniging Echoscopisten Nederland (BEN) pentru ecografia de termen pentru a determina cât timp o persoană este însărcinată și pentru ecografia diagnostică specifică.

Pentru a efectua un CTG, un furnizor de asistență medicală trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- furnizorul de asistență medicală trebuie să dispună de acorduri de cooperare clar verificabile și verificabile cu ginecologii din cadrul parteneriatului obstetrical în ceea ce privește efectuarea unui CTG;
- furnizorul de asistență medicală trebuie să respecte standardul profesional CTG antenatal în practica obstetricienilor din asistența medicală primară;
- furnizorul de asistență medicală trebuie să fie înscris în registrul KNOV relevant pentru efectuarea unui CTG.

7.2 Nașterea și îngrijirea obstetrică

Dvs. și copilul dvs. aveți dreptul la asistența medicală pe care o oferă în mod obișnuit obstetricienii. Aceasta include asistența acordată înainte, în timpul și după naștere. La naștere, se pot distinge următoarele situații:

Naștere și/sau perioadă postnatală cu indicație medicală într-un spital

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la:

- asistență medico-specializată (obstetrică), astfel cum se menționează la articolul 6, combinată sau nu cu tratament și asistență medicală, precum și cu spitalizare. Acest lucru se aplică atât dvs., cât și (începând cu ziua nașterii) copilului dvs.;
- în cazul în care trebuie să rămâneți internată în spital după naștere, ZEM va rambursa șederea copilului dumneavoastră sănătos în vederea alăptării la sân și legăturii sigure dintre mamă și copil, atât timp cât ZEM are obligația de a rambursa costurile de internare și de tratament pentru dvs.

Care sunt condițiile?

Trebuie să existe, în opinia obstetricianului, a medicului generalist sau a medicului specialist, o necesitate medicală pentru naștere și/sau spitalizare.

Am nevoie de o trimitere?

Ar trebui să existe o trimitere specifică din partea unui obstetrician sau a unui medic de familie.

Ce mai trebuie să știu?

În cazul în care dumneavoastră și copilul dumneavoastră părăsiți împreună spitalul înainte de expirarea perioadei de maternitate (perioada de șase săptămâni de la data nașterii), aveți dreptul la asistență maternală pentru zilele rămase, cu respectarea dispozițiilor articolului 7.3.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

Naștere și/sau perioadă postnatală fără indicație medicală într-un spital sau centru de nașteri

La ce am dreptul?

Aveți dreptul (începând din ziua nașterii) la:

- asistență medicală de obstetrică (inclusiv asistență pre și postnatală) acordată de un obstetrician sau de un medic de familie obstetrician activ;
- utilizarea unei săli de naștere a spitalului sau a casei de nașteri în timpul travaliului, inclusiv asistența maternală oferită de spital sau de casa de nașteri.

Trebuie să achit coplată?

Pentru naștere și/sau perioada de postnatală fără necesitate medicală într-un spital sau centru de naștere, se plătește o coplată atât pentru dvs. cât și pentru copilul dvs. Vom recupera această coplată de la dvs.

Care este suma coplății pe care o datorez?

Indemnizația pentru mamă și copil este de 261 EUR pe zi. Această indemnizație este formată din valoarea maximă de rambursare minus coplata pentru mamă și copil:

Indemnizația maximă este $2 \times 152 \text{ EUR} = 304 \text{ EUR}$ pe zi

Se scade $2 \times 21,50 \text{ EUR} = 43 \text{ EUR}$ pe zi

În cazul în care spitalul percepe o sumă mai mare de 304 EUR pe zi, va trebui să plățiți această sumă, în plus față de contribuția personală pentru îngrijirea maternității. Determinarea numărului de zile de spitalizare se bazează pe o adeverință din partea spitalului sau a centrului de nașteri sau a biroului de maternitate implicat în orice asistență maternală suplimentară care urmează să fie acordată după externarea din spital sau din casa de nașteri. În cazul în care nașterea devine totuși cu indicație medicală, adică există o trimitere la ginecolog în timpul travaliului, se va renunța la coplată.

Ce mai trebuie să știu?

În cazul în care dvs. și copilul dvs. părăsiți împreună spitalul sau casa de nașteri înainte de încheierea perioadei de maternitate ((perioada de șase săptămâni de la data nașterii), aveți dreptul la asistență maternală pentru zilele rămase.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

Naștere și/sau perioadă postnatală la domiciliu

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la asistență medicală de obstetrică (inclusiv asistență pre și postnatală) facturată de obstetrician sau de medicul de familie activ ca obstetrician.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

7.3 Asistență maternală

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la asistență maternală, așa cum o oferă în mod normal asistenței maternale mamei și copilului în legătură cu nașterea, de către un asistent maternal calificat sau o asistentă medicală O&G. Asistența maternală constă în înregistrarea și primirea la centrul de maternitate, asistență pentru naștere la domiciliu și asistență maternală în conformitate cu Protocolul național de indicație a asistenței maternale. Dacă organizația dvs. de maternitate folosește acest sistem, puteți primi informațiile și instrucțiunile în format digital.

Amploarea îngrijirii maternale este determinată de situația dvs. personală după naștere. Numărul de ore de asistență maternală de care veți beneficia este indicat de asistentul maternal în urma consultării cu moașa sau ginecologul pe baza celui mai recent Protocol național de indicație a asistenței maternale.

Care sunt condițiile?

- trebuie să vă înscrieți pentru asistență maternală la un centru de maternitate cel târziu în săptămâna 20 de sarcină. Pentru ofertele noastre contractate, vizitați www.zem.nl/zorgzoeker.
- în caz de internare într-un spital: dacă dvs. și copilul părăsiți împreună spitalul înainte de expirarea perioadei postnatale (perioada de șase săptămâni începând cu ziua nașterii), aveți dreptul la asistență maternală pentru zilele rămase, în conformitate cu Protocolul național de indicație pentru asistență maternală. În acest scop, ziua de externare nu este considerată zi de internare;
- asistența maternală trebuie să fie asigurată de un centru de maternitate care îndeplinește condițiile de membru al Brancheorganisatie (Bo) Geboortezorg;
- asistența maternală trebuie să fie asigurată de un asistent maternal atașat unui centru maternal;
- asistentul maternal este înregistrat în Centrul de cunoștințe în domeniul asistenței maternale (KCKZ).

În ceea ce privește informațiile și instrucțiunile digitale, furnizorul de asistență medicală trebuie să respecte următoarele condiții:

- informațiile și instrucțiunile digitale pot fi oferite numai persoanelor asigurate care primesc, de asemenea, asistență maternală la domiciliu din partea furnizorului de servicii medicale;
- numai asistenții maternali care îndeplinesc condițiile descrise în prezentul articol pot fi consultați prin apel video;
- coplata legală nu se aplică în cazul informațiilor și instrucțiunilor digitale;
- informațiile și instrucțiunile digitale oferă aceeași calitate ca și informațiile și instrucțiunile fizice;
- trebuie să fi fost de acord în prealabil să primiți informații și instrucțiuni în format digital;
- informațiile și instrucțiunile sunt indicate în conformitate cu cea mai recentă versiune a Protocolului național privind indicațiile (LIP);
- conținutul informațiilor și instrucțiunilor digitale să fie în conformitate cu ghidul Centrului de cunoștințe pentru asistență maternală (KCKZ);
- furnizorul de asistență medicală trebuie să se asigure că mediul digital în care sunt furnizate informațiile și instrucțiunile integrează un mecanism de control care să verifice dacă proaspăta mamă care a născut a înțeles corect informațiile;
- în contextul îngrijirii la domiciliu, vom verifica din nou dacă ați înțeles corect informațiile pe care le-ați primit prin intermediul informațiilor și instrucțiunilor digitale;
- utilizarea informațiilor și a instruirii digitale înlocuiește, cu condiția îndeplinirii următoarei condiții, maximum șase ore de asistență maternală fizică și nu trebuie să ducă la o creștere a numărului de ore indicate în conformitate cu LIP;
 - în acest caz, informațiile și instrucțiunile digitale (fără a apela la apeluri video) înlocuiesc cel mult o oră de asistență maternală fizică.
- aveți permanent dreptul la un minim de 24 de ore de asistență maternală fizică;
- se vor depune eforturi pentru a reduce la minimum informațiile digitale și instruirea orară prin intermediul apelului video, iar aceasta se va utiliza atunci când este cazul, de la caz la caz.

Trebuie să achit coplată?

Costul asistenței de maternitate face obiectul unei coplăți de 5,40 EUR pe oră. Vom recupera această coplată de la dvs.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

Articolul 8 Reabilitare

8.1 Reabilitare

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la reabilitare în regim de spitalizare (internare) sau în regim non-clinic (tratament cu timp parțial sau de zi).

Care sunt condițiile?

- trebuie să existe o afecțiune congenitală sau dobândită a sistemului musculo-scheletic sau o afecțiune neurologică congenitală sau dobândită care să conducă la probleme de mobilitate a coloanei vertebrale, a trunchiului sau a membrilor;
sau;
- trebuie să existe o afecțiune care nu este legată în primul rând de sistemul musculo-scheletal sau de controlul acestuia, dar care duce la probleme secundare în capacitatea de a mișca coloana vertebrală, trunchiul sau membrele, cum ar fi: arsuri, dureri cronice sau de condiționare severă (în bolile oncologice);
- asistența ar trebui să permită persoanei asigurate să atingă sau să mențină un grad de independență care este posibil în mod rezonabil, având în vedere limitările persoanei asigurate;
- pentru dreptul la reabilitare în regim de spitalizare, ar trebui să se poată preconiza că se vor obține rezultate mai bune într-o perioadă scurtă de timp decât în cazul reabilitării neclinice.

Am nevoie de o aprobare prealabilă din partea ZEM?

Pentru a evalua dacă aveți dreptul la îngrijiri, trebuie să solicitați o aprobare prealabilă în scris dacă vă deplasați la o unitate medicală necontractată pentru reabilitare.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

8.2 Reabilitarea geriatrică

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la:

Reabilitarea geriatrică, care include îngrijiri de reabilitare integrate și multidisciplinare, pe care specialiștii în geriatrie tind să le ofere în legătură cu fragilitatea și multimorbiditatea complexă, cu scopul de a restabili sau de a îmbunătăți funcționarea persoanei asigurate și participarea la societate.

Care sunt condițiile?

- indicația pentru asistență de reabilitare geriatrică este prezentă dacă medicul internist geriatru, geriatru clinic sau specialistul în geriatrie o stabilește după o trimitere (scrisă) din partea medicului specialist al spitalului;
- nu aveți dreptul la reabilitare geriatrică dacă ați fost internat(ă) într-o instituție Wlz înainte de spitalizare și ați primit tratament acolo în temeiul Wlz;

Am nevoie de o aprobare prealabilă din partea ZEM?

Pentru tratamentul unei indicații care (se preconizează că) va depăși de 120 de zile, pentru continuarea acestui tratament începând cu a 121-a zi, trebuie să se solicite în prealabil permisiunea scrisă de la ZEM (cel târziu cu patru săptămâni înainte de expirarea primelor 120 de zile). O modificare a indicației GRZ, prin care un tratament GRZ în curs de desfășurare este întrerupt înainte de termen și se începe un nou tratament GRZ, necesită, de asemenea, permisiunea scrisă prealabilă din partea ZEM.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

Articolul 9 Transplant de organe

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la:

- transplanturi de țesuturi și organe, dacă transplantul a fost efectuat într-un stat UE și SEE sau într-un alt stat, dacă donatorul este rezident în acel stat și este soțul dvs., partenerul înregistrat sau o rudă de sânge de gradul I, II sau III;
- asistență medicală de specialitate în legătură cu selectarea donatorului și cu prelevarea chirurgicală a materialului de transplant de la donatorul selectat;
- examinarea, conservarea, eliminarea și transportul materialului de transplant post-mortem, în legătură cu transplantul preconizat;
- asistență medicală în temeiul prezentei polițe pentru donator timp de până la treisprezece săptămâni sau șase luni în cazul unui transplant de ficat, după data externării din spitalul în care donatorul a fost internat pentru selectarea sau prelevarea materialului de transplant. Îngrijirea trebuie să aibă legătură cu un transplant de organe acoperit de această asigurare;
- transportul în interiorul Țărilor de Jos la cea mai mică clasă de transport public sau, dacă este necesar din punct de vedere medical, transportul cu mașina, în legătură cu selecția, internarea și externarea din spital și cu îngrijirea menționată la punctul anterior. În cazul în care donatorul are asigurare de sănătate, costul acestui transport va fi suportat de asigurarea de sănătate a donatorului;
- transportul din și către Țările de Jos al unui donator care locuiește în străinătate în legătură cu transplantul de rinichi, măduvă osoasă sau ficat la o persoană asigurată în Țările de Jos, precum și celelalte costuri implicate de transplant, în măsura în care acestea sunt legate de domiciliul în străinătate a donatorului. Dacă donatorul are asigurare de sănătate, costul acestui transport va fi suportat de asigurarea de sănătate a donatorului.

Ce costuri nu sunt rambursate?

Nu se vor rambursa costurile de cazare în Țările de Jos ale donatorului care locuiește în străinătate și nici veniturile pierdute de acesta, dacă este cazul.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

Articolul 10 Dializă

La ce am dreptul?

Aveți dreptul, în cazul dializei non-clinice prin hemodializă sau dializă peritoneală, precum și la asistență medico-specializată aferentă oferită într-un centru de dializă:

- examinarea, tratamentul, îngrijirea medicală și farmaceutică aferente;
- consilierea psihosocială oferită de centrul de dializă, precum și de persoanele care asistă la efectuarea dializei, în altă parte decât la un centru de dializă.

În cazul dializei la domiciliu, în plus față de revendicările de mai sus, se aplică, de asemenea:

- adaptările care trebuie făcute în mod rezonabil în și la locuință și pentru readucerea acesteia la starea sa inițială, în măsura în care alte reglementări legale nu prevăd acest lucru;
- rambursarea altor costuri considerate rezonabile care sunt direct legate de dializa la domiciliu, în măsura în care alte reglementări legale nu prevăd acest lucru.

În cazul dializei la domiciliu, pe lângă cererile de despăgubire de mai sus, se aplică și următoarele (plătite din asistența medicală de specialitate DBC):

- formarea de către centrul de dializă a persoanelor care efectuează dializa sau asistă la dializă;
- rambursarea costurilor de împrumut al echipamentului de dializă cu accesorii, inspecția și întreținerea periodică a acestuia (inclusiv înlocuirea), precum și rambursarea costurilor produselor chimice și a lichidelor necesare pentru efectuarea dializei;
- asistența de specialitate necesară din partea centrului de dializă în timpul dializei;
- celelalte consumabile necesare în mod rezonabil pentru dializa la domiciliu.

Am nevoie de o aprobare prealabilă din partea ZEM?

Rambursarea costurilor nemedicale în cazul dializei la domiciliu necesită o aprobare prealabilă scrisă din partea ZEM, unde pot fi impuse și alte condiții (administrative).

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

Articolul 11 Ventilație mecanică

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la ventilație mecanică necesară și la asistență medico-specializată și farmaceutică conexă, la cazare, asistență medicală și îngrijire într-un centru respirator recunoscut.

Aveți dreptul să beneficiați de ventilație mecanică la domiciliu atunci când este necesar:

- punerea la dispoziție de către centrul respirator, gata de utilizare, a echipamentului necesar pentru fiecare tratament acordat persoanei asigurate;
- asistența medicală medico-specializată și farmaceutică legată de ventilația mecanică care urmează să fie asigurată de un centru respirator;
- rambursarea costurilor de energie electrică în cazul echipamentelor de oxigen.

Care sunt condițiile?

Ventilația mecanică a domiciliului asiguratului ar trebui să aibă loc sub responsabilitatea unui centru respirator.

La ce nu am dreptul?

Îngrijirea necesară în legătură cu ventilația mecanică la domiciliu, în cadrul acestui articol.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

Articolul 12 Afecțiuni oncologice la copii

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la diagnosticare centrală (de referință), coordonare și înregistrare a preparatelor de sânge și măduvă osoasă trimise, declarate de Stichting Kinderoncologie Nederland (Fundatia de Oncologie Pediatrică – SKioN).

Am nevoie de o trimitere?

Aveți nevoie de o trimitere scrisă din partea medicului dvs. de familie sau a medicului specialist.

Articolul 13 Serviciu de tromboză

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la următoarele forme de îngrijire efectuate prin serviciul de tromboză:

- recoltarea periodică de probe de sânge;
- efectuarea sau solicitarea, sub responsabilitatea serviciului de tromboză, a analizelor de laborator necesare pentru determinarea timpului de coagulare a sângelui;
- furnizarea de echipamente și accesorii care vă permit să măsurați timpul de coagulare a sângelui dvs.;
- instruire în utilizarea echipamentelor indicate la liniuța precedentă, precum și îndrumarea în efectuarea măsurătorilor dvs.;
- oferirea de sfaturi privind utilizarea medicamentelor pentru a influența coagularea sângelui.

Am nevoie de o trimitere?

Trebuie să existe o trimitere de la un medic de familie sau de la un medic specialist.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

Articolul 14 Consultanță ereditară

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la:

- diagnosticarea centrală (de referință), coordonarea și înregistrarea preparatelor de sânge și de măduvă osoasă depuse, declarate de un centru de consiliere ereditară. Îngrijirea include: depistarea și depistarea tulburărilor ereditare prin testarea genealogică, testarea cromozomială, diagnosticarea biochimică, testarea cu ultrasunete și testarea ADN;
- consultanță ereditară și sprijin psihosocial legat de această asistență;
- consilierea și examinarea altor persoane, după cum este necesar pentru consilierea asiguratului.

Care sunt condițiile?

Asistența trebuie să aibă loc într-un centru de consiliere ereditară autorizat să efectueze teste genetice clinice și consiliere ereditară în temeiul Legii privind prestările medicale speciale (Wbmv).

Am nevoie de o trimitere?

Trebuie să existe o trimitere din partea medicului de familie sau a medicului specialist.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

Articolul 15 Asistență medicală audiologică

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la asistență medicală oferită de un centru audiologic, care constă în:

- examinarea funcției auditive;
- recomandări privind achiziționarea de aparate auditive;
- educații cu privire la modul de utilizare a echipamentului;
- asistență psihosocială, după caz, în legătură cu problemele legate de afectarea funcției auditive;
- ajutor la diagnosticarea tulburărilor de vorbire și de limbaj la copii.

Am nevoie de o trimitere?

Ar trebui să existe o trimitere din partea unui medic de familie, a unui medic de întreprindere, a unui pediatru, a unui medic pentru tineri sau a unui medic ORL (otorinolaringolog).

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

Articolul 16 Îngrijirea legată de fertilitate

16.1 FIV

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la primele trei încercări de fertilizare in vitro pentru fiecare sarcină care poate fi obținută, pentru fiecare femeie asigurată tratată (inclusiv medicația și depozitarea embrionilor în acest scop).

Care sunt condițiile?

- trebuie să existe o indicație medicală;
- femeia asigurată trebuie să aibă sub 43 de ani la începutul încercării;
- o persoană asigurată în vârstă de 43 de ani sau mai mult, la care încercarea de FIV a început deja înainte ca persoana asigurată să împlinească vârsta de 43 de ani, are dreptul de a finaliza încercarea respectivă;
- dacă femeia asigurată este mai tânără de 38 de ani, se va transfera cel mult un singur embrion la prima și la a doua încercare;
- dacă femeia asigurată are o vârstă cuprinsă între 38 și 42 de ani, pot fi transferați doi embrioni, dacă acest lucru este adecvat din motive medicale;
- tratamentul trebuie să aibă loc într-un centru de FIV autorizat să efectueze FIV în conformitate cu Legea privind operațiunile medicale speciale (Wbmv);
- depozitarea embrionilor va fi rambursată numai dacă persoana asigurată are dreptul la rambursarea tratamentului FIV sau ICSI pe cheltuiala asigurării sale de sănătate;
- pentru tratamentul ICSI, sunt îndeplinite criteriile incluse în directiva privind subfertilitatea.

Am nevoie de o trimitere?

Trebuie să existe o trimitere de la medicul dvs. de familie.

La ce nu am dreptul?

A patra și următoarele încercări de FIV pentru fiecare sarcină care urmează să se realizeze, după ce s-au încheiat trei încercări între momentul în care o puncție foliculară a avut succes și momentul în care există o sarcină continuă de zece săptămâni, începând cu momentul puncției foliculare, și dacă implantarea embrionilor crioconservați nu a dus la o sarcină continuă de nouă săptămâni și trei zile începând cu implantarea.

Ce mai trebuie să știu?

- în cazul în care apar mai mulți embrioni viabili în timpul încercării de FIV, aceștia pot fi congelați și transferați la o dată ulterioară. Aceste implantări sunt considerate ca făcând parte din încercarea de FIV din care au provenit;
- prin sarcină realizată se înțelege:
 - a. o sarcină în curs de cel puțin douăsprezece săptămâni, măsurată din prima zi a ultimei menstruații, în cazul unei sarcini spontane (fiziologice);
 - b. o sarcină continuă de cel puțin zece săptămâni de la momentul puncției foliculilor în FIV (în cazul crioembrionilor, nu puncția, ci momentul implantării va fi luat în considerare ca punct de plecare al numărării și vorbim de o sarcină continuă după cel puțin nouă săptămâni și trei zile).

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

16.2 Alte servicii de asistență medicală legate de fertilitate

La ce am dreptul?

Aveți dreptul și la alte forme de asistență medicală legată de fertilitate decât o încercare de FIV.

Care sunt condițiile?

- trebuie să existe o indicație medicală;
- femeia asigurată trebuie să aibă vârsta sub 43 de ani.

Am nevoie de o trimitere?

Trebuie să existe o trimitere de la medicul dvs. de familie.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

Articolul 17 Asistență paramedicală

17.1 Fizioterapie și terapie recuperatorie

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la fizioterapie și terapie de recuperare conform serviciilor pe care le oferă în mod obișnuit fizioterapeuții și terapeuții de recuperare, în măsura în care aceste îngrijiri sunt necesare din punct de vedere (para)medical.

Aveți vârsta sub 18 ani?

Aveți dreptul doar la:

- tratarea unei afecțiuni enumerate în anexa 1 la Decretul privind asigurarea de sănătate (lista de afecțiuni cronice) de la primul tratament. Rețineți că durata tratamentului pentru unele afecțiuni cronice este limitată în funcție de această listă;
- maximum nouă tratamente pe afecțiune pe an calendaristic pentru afecțiunile care nu sunt enumerate în anexa 1 la Decretul privind asigurarea de sănătate (Lista afecțiunilor cronice). În cazul unor rezultate nesatisfăcătoare, aveți dreptul la până la nouă tratamente suplimentare pentru fiecare afecțiune pe an calendaristic.

Atenție: În momentul în care împliniți 18 ani, se aplică dreptul pentru cei care au împlinit 18 ani sau mai mult, iar tratamentul unei afecțiuni enumerate în Anexa 1 la Decretul privind asigurarea de sănătate (Lista de afecțiuni cronice) este rambursat numai începând cu al 21-lea tratament după împlinirea vârstei de 18 ani.

Aveți 18 ani sau mai mult?

Aveți dreptul la asistență medicală numai în următoarele cazuri/afecțiuni:

- o afecțiune de pe lista de boli cronice:
tratamentul unei afecțiuni enumerate în Anexa 1 la Decretul privind asigurarea de sănătate (Lista cronică), începând cu al 21-lea tratament. Rețineți că durata tratamentului pentru unele afecțiuni cronice este limitată în funcție de această listă;
- fizioterapie pelviană pentru incontinența urinară:
primele nouă tratamente de fizioterapie pelviană pentru incontinența urinară legate de „îngrijirea etapizată”;
- O intervenție de exerciții pentru prevenirea căderilor:
pentru persoanele asigurate cu risc ridicat de cădere, intervenția de exerciții preventive OTAGO (individual sau în grup) sau "In Balans", dacă testul de risc de cădere arată că aveți un risc ridicat de cădere și dacă evaluarea riscului de cădere arată că, din cauza unor probleme somatice sau psihologice subiacente sau suplimentare, există o indicație pentru o intervenție de exerciții preventive la nivelul unui fizioterapeut și sub supravegherea unui fizioterapeut sau a unui terapeut de recuperare. Această îngrijire include cel mult o intervenție de exerciții fizice de prevenire a căderilor la fiecare douăsprezece luni;
- claudicație intermitentă:
până la maximum 37 de tratamente de terapie prin exerciții fizice supravegheate, timp de până la douăsprezece luni, pentru boala vasculară arterială periferică de tip Fontaine, stadiul 2 (claudicație intermitentă/arteriopatie aterosclerotică a membrelor inferioare);
- artroză:

- rambursarea a maximum douăsprezece tratamente de terapie prin exerciții fizice supravegheate pentru osteoartrita articulației șoldului sau genunchiului, timp de maximum douăsprezece luni consecutive;
- BPOC (boală pulmonară obstructivă cronică):
rambursarea tratamentelor de terapie prin exerciții fizice supravegheate pentru BPOC, în cazul în care există un stadiu II (BPOC moderată) sau un stadiu superior al clasificării GOLD pentru spirometrie.
- Artrita reumatoidă:
fizioterapie activă personală pe termen lung pentru persoanele asigurate cu poliartrită reumatoidă cu limitări funcționale severe.

Anexa 1 Decizia privind asigurările de sănătate

Anumite afecțiuni figurează în anexa 1 la Decizia privind asigurarea de sănătate, cunoscută și sub numele de Lista afecțiunilor cronice. Printre afecțiunile de pe această listă se numără anumite afecțiuni nervoase sau musculo-scheletale, anumite afecțiuni pulmonare și vasculare, limfedemul, tumorile țesuturilor moi și țesutul cicatricial al pielii. Fizioterapeutul dvs. va ști dacă afecțiunea dvs. se află pe această listă. Puteți găsi această listă și pe www.zem.nl/polisvoorwaarden sau ne-o puteți solicita nouă.

Proceduri și materiale

În unele cazuri, terapeutul efectuează proceduri precum unde de șoc, dry needling sau ultrasunete. Aceste proceduri fac parte din tratament, iar fizioterapeutul și/sau terapeutul de recuperare nu vi le poate factura separat.

Costurile materialelor furnizate în timpul tratamentului, cum ar fi bandajele (auxiliare), fac parte din tratament, iar fizioterapeutul sau terapeutul de recuperare nu vi le poate factura separat. Este posibil ca fizioterapeutul (cunoscut și sub numele de terapeut specializat pe afecțiuni ale mâinii și brațului) să nu vă factureze separat costurile pentru confecționarea și montarea unei atele pentru mână/încheietură; rambursarea acestor costuri se face prin intermediul unor tratamente specifice care includ costurile pentru asistența legată de atele.

Care sunt condițiile?

a. Următorii furnizori de asistență medicală pot oferi asistență medicală:

	Fizioterapie	Fizioterapie specializată, cu excepția tratamentului pentru edeme/cicatrici	Tratamentul pentru edeme/cicatrici	Kinetoterapie	Kinetoterapie specializată
Fizioterapeut	Da	Nu	Nu	Nu	Nu
Fizioterapeut specializat	Da	Da	Nu	Nu	Nu
Kinetoterapeut	Nu	Nu	Nu	Da	Nu
Kinetoterapeut specializat	Nu	Nu	Nu	Da	Da
Terapeut pentru edeme sau terapeut dermatolog	Nu	Nu	Da	Nu	Nu

- fizioterapeutul (specializat) trebuie să fie înregistrat pentru specializarea respectivă în Registrul de Calitate al Fizioterapiei NL sau în Registrul individual al Stichting Keurmerk Fysiotherapie; înregistrarea este efectuată în registrul Vektis AGB;
- kinetoterapeutul (specializat) trebuie să fie înscris în Registrul de Calitate al Paramedicilor (KP) pentru specializarea respectivă (statut de calitate înregistrată); înregistrarea este efectuată în registrul Vektis AGB;
- sunteți eligibil(ă) pentru terapie prin exerciții fizice supravegheate (antrenament pentru mers) din cauza bolii arteriale periferice în stadiul 2 (claudicație intermitentă)? Apoi, fizioterapeutul sau kinetoterapeutul dvs. de recuperare pentru claudicație intermitentă trebuie să fie afiliat la Chronische ZorgNet și să fie cunoscut ca atare de ZEM prin înregistrarea în registrul Vektis AGB;

- urmați un tratament pentru boala Parkinson și afecțiuni asociate bolii Parkinson? Atunci fizioterapeutul sau kinetoterapeutul dvs. trebuie să fie afiliat la ParkinsonNet și să fie cunoscut ca atare de ZEM prin înregistrarea în registrul Vektis AGB;
 - Sunteți eligibil pentru o intervenție de exerciții de prevenire a căderilor? În acest caz, fizioterapeutul sau terapeutul de recuperare trebuie să dețină o licență valabilă pentru intervenția respectivă. Intervențiile de grup din Balans și OTAGO trebuie să îndeplinească criteriile de rambursare în cadrul ZVW, astfel cum sunt descrise în memorandumul "Fall prevention exercise interventions within the ZVW" al Veiligheid NL;
 - Sunteți tratat pentru poliartrită reumatoidă cu limitări funcționale severe? Atunci fizioterapeutul sau terapeutul dvs. de recuperare trebuie să fi participat la modulele de formare dezvoltate în acest scop;
 - urmează să fie construită și adaptată o atelă pentru dvs.? În acest caz, fizioterapeutul dvs. trebuie să aibă un certificat de terapeut olandez pentru afecțiuni ale mâinii și brațului (CHT-NL) de la Asociația Olandeză de Terapie a Mâinii (NVHT) și să fie menționat ca atare pe site-ul web al NVHT.
- b. Următoarele condiții se aplică în ceea ce privește numărul de tratamente:
- începeți un nou tratament cu un fizioterapeut? În acest caz, fizioterapeutul va examina mai întâi ce problemă aveți și de ce tratament aveți nevoie. Această examinare se consideră un tratament. Dacă fizioterapeutul vă tratează efectiv, acest tratament se consideră și el un tratament. Prin urmare, se pot declara două tratamente pentru o primă vizită la fizioterapeut;
 - toate tratamentele de fizioterapie și terapie prin exerciții fizice sunt luate în considerare. Acest lucru se aplică, de asemenea, consultațiilor telefonice (sau prin apel video) și tratamentelor (ambulatorii) care au avut loc într-un spital sau într-o instituție.
- c. **Tratament de grup:**
dacă beneficiați de tratamente de grup, nu aveți dreptul la rambursarea tratamentelor individuale pentru aceeași afecțiune, indiferent dacă sunt sau nu efectuate de un alt fizioterapeut sau kinetoterapeut. Acest lucru nu se aplică în cazul în care tratamentele individuale sunt utilizate ca măsurători inițiale, evaluări intermediare și/sau măsurători finale sau pentru tratamentele individuale furnizate în paralel cu o intervenție de grup de prevenire a căderilor.
- d. **Criterii de indicație fizioterapie specializată:**
pentru fizioterapie manuală, fizioterapie pediatrică, terapie a edemelor, fizioterapie pelviană, fizioterapie psihosomatică sau fizioterapie geriatrică trebuie să existe o afecțiune inclusă în descrierea domeniului/lista de indicații/criteriu a asociației profesionale relevante (NVMT, NVFK, NVFL, NVFB, NFP și, respectiv, NVFG) și trebuie să fie îndeplinite, de asemenea, criteriile de indicație stabilite de aceasta. Dacă afecțiunea sau indicația declarată nu se încadrează în această categorie, costurile pentru fizioterapie obișnuită vor fi rambursate, cu condiția să fie îndeplinite condițiile necesare.

Am nevoie de o trimitere?

Aveți o afecțiune enumerată în Anexa 1 a Decretului privind asigurările de sănătate (Lista de afecțiuni cronice), sau urmează să beneficiați de tratament pentru osteoartrita a articulației șoldului sau genunchiului, fizioterapie pelviană pentru incontinență urinară, claudicație intermitentă Fontaine II, BPOC clasa Gold II sau superioară? În acest caz, aveți nevoie de o trimitere scrisă din partea medicului curant, a asistentului medical sau a asistentului medical pentru tratament. De asemenea, este suficient un certificat de diagnostic care să conțină următoarele informații: numele dvs., numele medicului care a pus diagnosticul și o descriere clară a acestuia. Pentru alte afecțiuni decât cele enumerate mai sus, puteți merge la un fizioterapeut sau la un terapeut de recuperare fără o trimitere. Acest lucru se numește accesibilitate directă.

Pentru intervenția cu exerciții de prevenire a căderilor, aveți nevoie de o trimitere scrisă din partea medicului de familie sau a specialistului în geriatrie.

Urmați un tratament efectuat de către un specialist în geriatrie, un medic pentru persoane cu handicap mental și/sau un specialist în științe comportamentale în calitate de practician îndrumător în legătură cu asistența medicală pentru grupuri specifice de pacienți, iar acesta a inclus un tratament paramedical individual în planul dvs. de tratament? În acest caz, aveți nevoie de o trimitere scrisă din partea practicianului dvs. îndrumător pentru tratament.

Am nevoie de o aprobare prealabilă din partea ZEM?

Dacă urmează să beneficiați de asistență medicală în urma unei internări într-un spital, într-un azil de bătrâni sau într-o instituție pentru reabilitare (tratament de zi) și dacă asistența medicală nu vizează o afecțiune menționată în anexa 1 la Decizia privind asigurarea de sănătate (Lista afecțiunilor cronice), ci are ca scop accelerarea recuperării după externarea la domiciliu sau după încheierea tratamentului de zi, veți avea nevoie de o aprobare scrisă prealabilă din partea ZEM. Fizioterapeutul dvs. curant trebuie să solicite această aprobare în numele dvs.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

17.2 Ergoterapie

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la ergoterapie conform celei pe care o oferă de obicei ergoterapeuții în limita a maximum zece ore de tratament pe an pentru fiecare persoană asigurată.

Care sunt condițiile?

- tratamentul trebuie să fie efectuat de un ergoterapeut;
- ergoterapeutul sau un ergoterapeut specializat, cum ar fi un ergoterapeut specializat pe afecțiuni ale mâinii și brațului sau un ergoterapeut pediatric, trebuie să fie înregistrat în Registrul de Calitate al Paramedicilor (statut de înregistrare a calității). Această înregistrare este consemnată în registrul Vektis AGB;
- ergoterapia urmărește să promoveze și să restabilească autoîngrijirea și autonomia persoanei asigurate;
- toate tratamentele de ergoterapie primară se iau în considerare pentru numărul maxim de ore de tratament menționat. Acest lucru se aplică și pentru ședințele telefonice (sau prin apel video) și pentru tratamentele (ambulatorii) care au avut loc într-un spital sau într-o instituție;
- tratamentul pentru boala Parkinson și afecțiuni asociate bolii Parkinson este rambursat numai dacă ergoterapeutul dvs. este afiliat la ParkinsonNet. Această înregistrare este consemnată în registrul Vektis AGB;
- urmează să fie construită și adaptată o atelă pentru dvs.? În acest caz, ergoterapeutul dvs. trebuie să dețină un certificat olandez de terapeut specializat pe afecțiunile mâinii și brațului (CHT-NL) prin intermediul Asociației olandeze de terapie a mâinilor (NVHT) și trebuie să fie înregistrat ca ergoterapeut specializat pe afecțiuni ale mâinii și brațului în Registrul de calitate al paramedicilor (statut de înregistrare a calității). Această înregistrare ca handergoterapeut este consemnată în registrul AGB Vektis.

Este posibil ca ergoterapeutul (cunoscut și sub numele de terapeut specializat pe afecțiuni ale mâinii și brațului) să nu vă factureze separat costurile pentru confecționarea și montarea unei atele pentru mână/încheietură; rambursarea acestor costuri se face prin intermediul unor tratamente specifice care includ costurile pentru asistența legată de atele. Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

Am nevoie de o trimitere?

- urmați un tratament efectuat de către un specialist în geriatrie, un medic pentru persoane cu handicap mental și/sau un specialist în științe comportamentale în calitate de practician îndrumător în legătură cu asistența medicală pentru grupuri specifice de pacienți, iar acesta a inclus un tratament paramedical individual în planul dvs. de tratament? În acest caz, aveți nevoie de o trimitere scrisă din partea practicianului dvs. îndrumător pentru tratament;
- în alte situații, ergoterapeutul este direct accesibil.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

17.3 Logopedie

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la terapie logopedică astfel cum este oferită aceasta în mod obișnuit de către logopezi.

Care sunt condițiile?

- tratamentul trebuie să fie efectuat de un logoped;
- tratamentul trebuie să aibă un scop medical;
- în urma tratamentului se poate preconiza o recuperare sau o îmbunătățire a funcției de vorbire sau a capacității de vorbire;
- logopedul trebuie să fie înregistrat în Registrul de Calitate al Paramedicilor (statut de înregistrare a calității). Această înregistrare este consemnată în registrul Vektis AGB;
- în cazul tratamentului pentru afazie, logopedie preverbală sau bâlbâială, tratamentul trebuie să fie efectuat de un logoped care este înregistrat în registrul de calitate al Asociației Olandeze de Logopedie și Foniatrie pentru specializarea respectivă. Această înregistrare este consemnată în registrul Vektis AGB;
- tratamentul pentru boala Parkinson și afecțiuni asociate bolii Parkinson este rambursat numai dacă logopedul dvs. este afiliat la ParkinsonNet. Această înregistrare este consemnată în registrul Vektis AGB.

Am nevoie de o trimitere?

- urmați un tratament efectuat de către un specialist în geriatrie, un medic pentru persoane cu handicap mental și/sau un specialist în științe comportamentale în calitate de practician îndrumător în legătură cu asistența medicală pentru grupuri specifice de pacienți, iar acesta a inclus un tratament paramedical individual în planul dvs. de tratament? În acest caz, aveți nevoie de o trimitere scrisă din partea practicianului dvs. îndrumător pentru tratament;
- în alte situații, logopedul este direct accesibil.

La ce nu am dreptul?

- tratamentul logopedic nu include tratamentul dislexiei și al tulburărilor de dezvoltare a limbajului legate de dialect și/sau limbă străină. Atunci când există doar o întârziere în ceea ce privește limba olandeză, iar aceasta este a doua limbă, nu este vorba de o tulburare de dezvoltare, ci de învățarea celei de a doua limbi. Aceasta nu va fi rambursată de ZEM;
- tratamentele logopedice acordate ca sprijin logopedic în cadrul educației nu sunt eligibile pentru rambursare;
- dacă beneficiați de tratamente de grup, nu aveți dreptul la rambursare pentru tratamentele individuale pentru aceeași afecțiune, indiferent dacă sunt sau nu efectuate de un alt logoped. Acest lucru nu se aplică atunci când tratamentele individuale sunt utilizate ca măsurători inițiale, evaluări intermediare și/sau măsurători finale.

Am nevoie de o aprobare prealabilă din partea ZEM?

Un tratament logopedic necesită aprobarea prealabilă scrisă din partea ZEM.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

17.4 Dietetică

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la tratament dietetic astfel cum este oferit acesta în mod obișnuit de către dieteticieni în scopuri medicale, în limita a trei ore de tratament pe an calendaristic.

Care sunt condițiile?

- tratamentul ar trebui să fie efectuat de un dietetician;
- dieteticianul trebuie să fie înregistrat în Registrul de Calitate al Paramedicilor (statut de înregistrare a calității). Această înregistrare este consemnată în registrul Vektis AGB;
- toate tratamentele dietetice se iau în considerare pentru numărul maxim de ore de tratament menționat. Acest lucru se aplică și pentru ședințele telefonice (sau prin apel video) și pentru tratamentele (ambulatorii) care au avut loc într-un spital sau într-o instituție;
- tratamentul pentru boala Parkinson și afecțiuni asociate bolii Parkinson este rambursat numai dacă dieteticianul dvs. este afiliat la ParkinsonNet. Această înregistrare este consemnată în registrul Vektis AGB.

Am nevoie de o trimitere?

- urmați un tratament efectuat de către un specialist în geriatrie, un medic pentru persoane cu handicap mental și/sau un specialist în științe comportamentale în calitate de practician îndrumător în legătură cu asistența medicală pentru grupuri specifice de pacienți, iar acesta a inclus un tratament paramedical individual în planul dvs. de tratament? În acest caz, aveți nevoie de o trimitere scrisă din partea medicului dvs. curant pentru tratament;
- în alte situații, dieteticianul este direct accesibil.

La ce nu am dreptul?

Dietetica pentru indicațiile de diabet, astm, BPOC sau CVRM (managementul riscului cardiovascular) poate face parte dintr-un lanț de îngrijire multidisciplinară coordonată, achiziționată de la un grup sau un parteneriat de asistență medicală. Dacă beneficiați de dietetică prin intermediul asistenței multidisciplinare coordonate în lanț pentru una dintre aceste indicații, aceasta intră sub incidența dreptului la asistență în lanț de la articolul 24. Pentru aceeași indicație sau pentru probleme legate de această indicație, nu aveți dreptul la cele trei ore de tratament dietetic de mai sus.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

17.5 Epilare electrică sau tratament cu laser la persoanele transsexuale

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la epilare electrică și/sau tratament cu laser pentru barbă (față și gât).

La ce nu am dreptul?

Nu aveți dreptul la epilarea trunchiului și a membrilor.

Care sunt condițiile?

- tratamentul ar trebui să fie efectuat de un terapeut dermatolog calificat;
- tratamentul ar trebui să facă parte dintr-un tratament multidisciplinar;
- terapeutul dermatolog trebuie să fie înregistrat în Registrul de Calitate al Paramedicilor (statut de înregistrare a calității). Această înregistrare este consemnată în registrul Vektis AGB.

Am nevoie de o trimitere?

Pentru aceste îngrijiri, aveți nevoie de o trimitere din partea medicului specialist curant.

Am nevoie de o aprobare prealabilă din partea ZEM?

Pentru rambursarea a mai mult de un total de zece ședințe de epilare electrică și/sau tratament cu laser pentru persoanele transsexuale, practicianul trebuie să solicite în prealabil aprobarea scrisă a ZEM.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

Articolul 18 Îngrijire orală

18.1 Dispoziții generale

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la:

- asistență medicală conform celei pe care o oferă de obicei stomatologii, în cazul în care este necesară doar asistența stomatologică;
- îngrijirea orală poate fi furnizată de un furnizor de asistență medicală autorizat și competent din punct de vedere legal, cum ar fi un stomatolog, un chirurg stomatolog, un ortodont, un protetician, un igienist dentar autorizat și un igienist dentar.

La ce nu am dreptul?

- îngrijirea orală nu include tratamentele care sunt inutile de costisitoare, inutile de complicate sau ineficiente din punct de vedere dentar;
- dispozitivele protetice fabricate și declarate de un tehnician dentar nu sunt eligibile pentru rambursare;
- înlocuirea sau repararea protezelor, indiferent dacă sunt pe implanturi sau nu, ca urmare a unei utilizări neglijente.

Îngrijirea orală în afara practicii obișnuite

Pentru a avea dreptul la rambursarea costurilor pentru îngrijirea orală în locul în care locuiește persoana asigurată (adică în altă parte decât în locul în care practică în mod regulat), este necesară o recomandare scrisă din partea medicului de familie sau a specialistului.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

18.2 Îngrijirea orală până la vârsta de 18 ani

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la:

- a. control periodic (examinare dentară preventivă periodică) o dată pe an, cu excepția cazului în care sunt necesare mai multe controale pe an din punct de vedere dentar;
- b. consultație stomatologică ocazională;
- c. detartraj;
- d. tratament cu fluor de la ruperea dinților permanenți (dinți mari și molari): până la de două ori pe an, cu excepția cazului în care este nevoie de mai multe ori pe an;
- e. aplicarea lacului pentru fisuri (etanșare);
- f. asistență parodontală (pentru țesutul care fixează dintele în maxilar);
- g. anestezie;
- h. tratamentul de canal (endodonție), cu excepția albirii externe;
- i. plombe (restaurarea dinților cu materiale plastice);

- j. tratament pentru afecțiunile articulației maxilarului (asistență gnatologică);
- k. asistență stomatologică chirurgicală acordată de un stomatolog sau de un chirurg stomatolog, cu excepția montării de implanturi dentare;
- l. examinarea cu raze X, cu excepția examinării cu raze X pentru îngrijirea ortodontică;
- m. dispozitive protetice detașabile (proteză cu cadru, proteză parțială (placă) sau proteză totală).

Puteți găsi tratamentele și codurile de performanță aferente, care sunt eligibile pentru rambursare de către igienistul dentar independent sau igienistul dentar autorizat, în documentul Rambursări pentru igienistul dentar independent sau igienistul dentar autorizat, la adresa www.zem.nl/vergoedingenzoeker.

Trebuie să achit coplată?

Nu, nu se plătește nicio coplată pentru persoanele asigurate cu vârsta de până la 18 ani.

La ce nu am dreptul?

- lucrări de coroane și punți;
- ortodonție, cu excepția articolului 18.4;
- tratamentul cu echipamente miofuncționale;
- tratamente stomatologice cosmetice (coduri K).

Ce se rambursează pentru îngrijirea orală în afara orelor obișnuite de consultație?

Persoanele asigurate în vârstă de până la 18 ani au dreptul la rambursarea costurilor pentru îngrijirea orală în afara orelor de consultație obișnuite numai dacă furnizarea acestora nu poate fi amânată în mod rezonabil pentru o altă zi.

Am nevoie de o aprobare prealabilă din partea ZEM?

Aveți nevoie de aprobarea scrisă prealabilă din partea ZEM pentru:

- aplicarea lacului de fisuri (etanșare) pe dinții de lapte;
- intrarea în vigoare a dreptului la rambursarea cheltuielilor de îngrijire menționate la articolul 18 alineatul (2) litera (k), în cazul în care este vorba de o extracție sub anestezie sau de o osteotomie;
- servicii incluse în cea mai recentă versiune a Listei de autorizare limitativă pentru chirurgie orală. Aceasta se găsește pe www.zem.nl/polisvoorwaarden;
- realizarea și evaluarea unei radiografii panoramice a maxilarului;
- realizarea și evaluarea unei radiografii multidimensionale a maxilarului;
- în cazul în care proteza integrală (cu excepția unei proteze imediate) este înlocuită în termen de cinci ani de la cumpărare.
- asistență parodontală (pentru țesutul care fixează dintele în maxilar);
- tratament pentru afecțiunile articulației maxilarului (asistență gnatologică).

Furnizorul de servicii medicale transmite cererea de autorizare scrisă de la ZEM prin intermediul portalului digital al VECOZO. Cererea trebuie să fie însoțită de o motivație a furnizorului de îngrijiri (a se vedea articolul 6.2 și 6.3) sau a centrului de stomatologie specială, de un plan de tratament și de un buget al costurilor.

Consimțământul poate fi retras în cazul în care:

- îngrijirea orală nu mai este corespunzătoare;
- asiguratul nu respectă instrucțiunile furnizorului de asistență medicală;
- persoana asigurată neglijează grav igiena orală;
- un alt practician preia tratamentul;
- se efectuează un alt tratament decât cel pentru care s-a dat aprobarea.

18.3 Îngrijirea orală începând cu vârsta de 18 ani

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la:

- a. asistență stomatologică chirurgicală, efectuată de un chirurg stomatolog, și examinarea radiologică asociată. Aceasta nu include: chirurgia parodontală (tratamente gingivale), inserarea unui implant dentar și extracțiile necomplicate (extragerea molarilor, dacă aceasta poate fi făcută și de către medicul stomatolog);
- b. proteze totale detașabile (proteze dentare) pentru maxilarul superior și/sau inferior, indiferent dacă urmează să fie sau nu plasate pe implanturi dentare (aceasta include, de asemenea, montarea mezostructurii; buton sau bară).

Trebuie să achit coplată?

Pentru îngrijirea protezelor dentare se aplică următoarele coplăți:

- 25 % din costul protezelor dentare complete, nu pe implanturi;
- 10 % din costul de reparare sau de refacere a protezelor dentare (susținute de implanturi);

- 10 % din tariful autorizat pentru protezele dentare pe implanturi pentru maxilarul inferior;
- 8 % din tariful autorizat pentru protezele dentare pe implanturi pentru maxilarul superior.

Am nevoie de o aprobare prealabilă din partea ZEM?

Aveți nevoie de aprobarea scrisă prealabilă din partea ZEM pentru:

- intrarea în vigoare a dreptului la îngrijiri, astfel cum se menționează la articolul 18 alineatul (3) litera (a), în cazul în care este vorba de o extracție sub anestezie sau de o osteotomie;
- serviciile incluse în cea mai recentă versiune a Listei de autorizare limitativă pentru chirurgie orală. Aceasta se găsește pe www.zem.nl/polisvoorwaarden;
- punerea în aplicare a îngrijirii menționate la articolul 18 alineatul (3) litera (b), în cazul în care proteza completă (pe implanturi sau nu), cu excepția unei proteze imediate, este înlocuită în termen de cinci ani de la cumpărare. Perioada de utilizare de cinci ani este orientativă și nu determină dreptul asiguratului la înlocuirea standard a protezei după cinci ani;
- realizarea și evaluarea de radiografii multidimensionale ale maxilarului;
- realizarea și examinarea de radiografii panoramice ale maxilarului;
- toate îngrijirile pentru mezostructură (buton sau bară) și/sau o proteză pe implanturi, furnizorul de asistență medicală acționând în conformitate cu orientările Asociației Olandeze a Implantologilor Orali (NVOI);
- plasarea de implanturi de către un furnizor de asistență medicală necontractant;
- protezele complete pe implanturi mai vechi de cinci ani trebuie să fie solicitate de un medic stomatolog necontractat sau de un protetician necontractat.

Medicul stomatolog sau proteticianul depune cererea de autorizare scrisă de la ZEM prin intermediul portalului digital VECOZO. Cererea trebuie să fie însoțită de o motivație a medicului stomatolog, a proteticianului dentar, a chirurgului stomatolog (a se vedea articolul 6.2 și 6.3) sau a centrului de stomatologie specială, de un plan de tratament și de un buget al costurilor.

Consimțământul poate fi retras în cazul în care:

- îngrijirea orală nu mai este corespunzătoare;
- asiguratul nu respectă instrucțiunile furnizorului de asistență medicală;
- persoana asigurată neglijează grav igiena orală;
- un alt practician preia tratamentul;
- se efectuează un alt tratament decât cel pentru care s-a dat aprobarea.

18.4 Îngrijire orală în cazuri speciale

Puteți beneficia de îngrijire orală specială dacă aveți o afecțiune gravă care vă împiedică să vă folosiți dinții în mod adecvat fără aceasta.

18.4.1. Asistență stomatologică în cazuri speciale

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la asistență stomatologică dacă:

- aveți o tulburare severă de dezvoltare, o tulburare de creștere sau o anomalie dobândită ulterior a aparatului dento-maxilar;
- aveți o afecțiune fizică sau mintală care nu este de natură dentară;
- trebuie să urmați un tratament medical al cărui rezultat depinde în parte de îngrijirea stomatologică.

Prin prezenta (asistență stomatologică în cazuri speciale) aveți dreptul la anestezie sau la tratamente cu protoxid de azot, atunci când acestea fac parte dintr-un program de reducere a anxietății.

Am nevoie de o aprobare prealabilă din partea ZEM?

Aveți nevoie de aprobarea scrisă prealabilă din partea ZEM pentru îngrijiri stomatologice în cazuri speciale, inclusiv pentru anestezie sau tratamente cu protoxid de azot, atunci când acestea fac parte dintr-un program de reducere a anxietății. Cererea de aprobare scrisă din partea ZEM este transmisă de către medicul stomatolog prin intermediul portalului digital al VECOZO. Cererea trebuie să fie însoțită de o motivație scrisă din partea stomatologului, a proteticianului, a chirurgului stomatolog (a se vedea articolul 6.2 și 6.3) sau a centrului de stomatologie specială, de un plan de tratament scris și de o estimare a costurilor.

Trebuie să achit coplată?

Persoanele asigurate cu vârsta de cel puțin 18 ani achită o coplată pentru îngrijirile care nu sunt direct legate de indicația pentru îngrijiri dentare speciale. Coplata este egală cu suma care ar fi percepută dacă nu ar fi vorba despre îngrijiri stomatologice în cazuri speciale.

18.4.2 Implanturi într-un maxilar fără dinți

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la implanturi dentare în cazul unui maxilar dentar foarte grav atrofiat și dacă acestea servesc la fixarea unei proteze detașabile.

Care sunt condițiile?

Implanturile trebuie solicitate și montate numai de către un stomatolog sau un chirurg stomatolog.

Am nevoie de o aprobare prealabilă din partea ZEM?

Aveți nevoie în prealabil de o aprobare scrisă din partea ZEM. Cererea de aprobare scrisă din partea ZEM este transmisă de către medicul stomatolog prin intermediul portalului digital al VECOZO. Cererea trebuie să fie însoțită de o motivație scrisă din partea stomatologului, a proteticianului, a chirurgului stomatolog (a se vedea articolul 6.2 și 6.3) sau a centrului de stomatologie specială, de un plan de tratament scris și de o estimare a costurilor.

Trebuie să achit coplată?

Persoanele asigurate cu vârsta de cel puțin 18 ani achită o coplată pentru îngrijirile care nu sunt direct legate de indicația pentru îngrijiri dentare speciale. Coplata este egală cu suma care ar fi percepută dacă nu ar fi vorba despre îngrijiri stomatologice în cazuri speciale.

18.4.3 Ortodontie în cazuri speciale

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la îngrijiri ortodontice dacă suferiți de o tulburare foarte gravă de dezvoltare sau de creștere a sistemului dinte-mandibulă-gură, care necesită co-diagnosticarea sau co-tratamentul asistenței chirurgicale dentare de specialitate sau din alte discipline decât cea dentară.

Care sunt condițiile?

Tratamentul trebuie să fie efectuat de un ortodont.

Am nevoie de o aprobare prealabilă din partea ZEM?

Aveți nevoie în prealabil de o aprobare scrisă din partea ZEM. Cererea de permisiune pentru ZEM include, de asemenea, o motivație scrisă din partea ortodontului sau a centrului de stomatologie specială, un plan de tratament scris și un buget de costuri.

Trebuie să achit coplată?

Nu se plătește nicio coplată pentru tratamentul ortodontic în cazuri speciale.

18.5 Internare necesară din punct de vedere medical

Internarea în cea mai joasă clasă de spital pentru o perioadă continuă care nu depășește 1 095 de zile, necesară din punct de vedere medical în legătură cu o intervenție chirurgicală stomatologică de specialitate, astfel cum este definită la articolul 18, însoțită sau nu de asistență medicală, îngrijire sau asistență paramedicală:

- o pauză de cel mult treizeci de zile nu este considerată pauză, dar aceste zile nu se iau în considerare la calculul celor 1 095 de zile;
- fără a aduce atingere literei a, întreruperile datorate concediilor de weekend și de odihnă se iau în considerare la calculul celor 1 095 de zile.

18.6 Implanturi dentare sub 23 de ani

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la înlocuire dentară cu materiale neplastice (coroane și punți), precum și la implanturi dentare al căror scop este de a înlocui:

- dinți incisivi sau canini permanenți care lipsesc pentru că nu au crescut în totalitate; sau;
- incisivi sau canini permanenți care lipsesc ca urmare directă a unui accident.

Care sunt condițiile?

- asiguratul are vârsta sub 23 de ani;
- nevoia de îngrijire a fost stabilită înainte ca persoana asigurată să împlinească 18 ani;
- nu există o „îngrijire orală în cazuri speciale”, astfel cum se menționează la articolul 18.4.1.

Am nevoie de o aprobare prealabilă din partea ZEM?

Aveți nevoie în prealabil de o aprobare scrisă din partea ZEM. Cererea de aprobare scrisă din partea ZEM este transmisă de către medicul stomatolog prin intermediul portalului digital al VECOZO. Cererea trebuie să fie însoțită de o motivație scrisă din partea stomatologului, a proteticianului, a chirurgului stomatolog (a se vedea articolul 6.2 și 6.3) sau a centrului de stomatologie specială, de un plan de tratament scris și de o estimare a costurilor.

Trebuie să achit coplată?

Nu se achită nicio coplată pentru acest tratament.

Articolul 19 Asistență farmaceutică

19.1 Asistență farmaceutică

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la asistență farmaceutică oferită în mod obișnuit de farmaciști. Aceste îngrijiri includ eliberarea de medicamente și/sau consiliere și îndrumare, deoarece farmaciștii tind să asigure evaluarea medicației și utilizarea responsabilă a medicamentelor. Asistența medicală este asigurată de farmaciști publici, medici de familie care au medicamente la cabinet și alți furnizori specializați în domeniul medical, cum ar fi o farmacie pe internet (denumit în continuare farmacist). Acești farmaciști sunt înscrși în registrul farmaciștilor autorizați, astfel cum se menționează în secțiunea 61 din Legea privind medicamentele. Unele forme de asistență, cum ar fi o consultație farmaceutică sau un interviu de evaluare a medicației, sunt facturate separat și, prin urmare, în plus față de eliberarea medicamentului la ZEM. Pentru întregul articol 19 este în vigoare Regulamentul privind asistența farmaceutică, pe care îl puteți găsi la adresa www.zem.nl/polisvoorwaarden.

Asistența farmaceutică include:

- eliberarea unui medicament care necesită o rețetă și care v-a fost livrat efectiv;
- predarea, în urma unei ședințe de consiliere, a unui medicament care este nou pentru dvs. și care necesită o rețetă. „Medicament nou” înseamnă un medicament cu aceeași substanță activă și aceeași formă de administrare care nu v-a mai fost administrat până acum sau care v-a fost administrat ultima dată cu cel puțin douăsprezece luni în urmă;
- eliberarea de medicamente cu o frecvență de una sau mai multe săptămâni. Această formă de distribuire se numește formă individualizată de distribuire (GDV). Această posibilitate există doar atunci când este necesar din punct de vedere medical și/sau farmaceutic să vă luați medicamentele prin intermediul GDV. De asemenea, ar trebui să aibă loc o administrare, utilizarea și necesitatea medicală ar trebui evaluate periodic, iar dumneavoastră (și/sau persoana care vă îngrijește) și medicului ar trebui să vi se furnizeze un rezumat actual al medicației totale, inclusiv orele de administrare. În acest context, farmacistul și medicul care vă prescrie medicamentele vor evalua dacă îngrijirea este necesară și eficientă;
- instructaj pentru un dispozitiv utilizat pentru un medicament care necesită rețetă. Aveți dreptul la maximum o instrucțiune pe dispozitiv, cu excepția cazurilor de utilizare necorespunzătoare observată;
- interviul de evaluare a medicației. Împreună cu dvs. și cu medicul care v-a eliberat rețeta, farmacistul evaluează consumul cronic de medicamente eliberate pe bază de rețetă pe baza informațiilor medicale, farmaceutice și ale pacientului. Această posibilitate există doar atunci când este necesar din punct de vedere medical și/sau farmaceutic – în principiu, o dată pe an. Interviul de evaluare a medicației este scutit de franșiza dvs.;
- consiliere farmaceutică în timpul tratamentului de zi/vizitelor în ambulatoriu, atunci când a avut loc o discuție personală despre medicația (modificată) între dvs. și furnizorul de asistență medicală responsabil;
- consiliere farmaceutică în timpul spitalizării și în legătură cu externarea din spital dacă a avut loc un interviu personal în momentul începerii tratamentului în spital sau imediat după întreruperea tratamentului.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare. Articolul 1.5 se aplică, de asemenea, în cazul medicamentelor și al interviurilor de predare-primire.

19.2 Medicamente

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la:

- a. rambursarea medicamentelor înregistrate, astfel cum sunt incluse în regulamentele privind asigurările de sănătate și în sistemul de rambursare a medicamentelor (GVS) și în măsura desemnată de ZEM (a se vedea punctele b și c);
- b. Anexa 1 la Regulamentul privind asigurările de sănătate enumeră grupurile de medicamente cu același ingredient activ. Alegem un medicament preferat pentru anumite ingrediente active. Aveți dreptul doar la aceste medicamente preferate. Puteți găsi o listă a medicamentelor preferate în Regulamentul privind îngrijirea farmaceutică pe site-ul nostru web. Această listă este actualizată lunar. Nu rambursăm alte medicamente cu același ingredient activ, concentrație și formă de administrare. Dacă tratamentul cu un medicament preferat nu este justificat din punct de vedere medical, medicul dumneavoastră va indica "necesitatea medicală" pe rețetă. În acest caz, aveți dreptul la un alt medicament, astfel cum se stipulează în prezentul articol la litera c.

Versiunea cea mai recentă a listei de medicamente preferate este disponibilă pe site-ul nostru. În cursul anului 2025, ZEM poate desemna sau modifica un sau mai multe medicamente preferate. Pe www.zem.nl/polisvoorwaarden **puteți vedea despre ce medicamente preferate este vorba;**

- c. în mod excepțional, tratamentul cu medicamentul preferat desemnat poate să nu fie justificat din punct de vedere medical pentru dumneavoastră. În acest caz, este posibil să fiți eligibil(ă) pentru rambursarea celui mai eficient medicament nedeseșnat, pe baza necesității medicale. În acest scop, medicul dvs. trebuie să menționeze „necesitate medicală” pe rețetă și trebuie, de asemenea, să justifice motivul pentru aceasta la cererea ZEM. De exemplu, este posibil ca un excipient (nu ingredientul activ) din unul sau mai multe medicamente fără marcă să se fi demonstrat că provoacă astfel de efecte în cazul dvs. încât medicul care v-a prescris să considere că nu este indicat din punct de vedere medical ca dvs. să luați aceste medicamente. Farmacistul va alege apoi medicamentul cel mai eficient pe care să vi-l administreze pe baza rețetei și a explicațiilor medicului dvs. Acesta va fi, de obicei, un alt medicament generic (fără marcă). În cazul în care ZEM are îndoieli cu privire la justificarea necesității medicale, va contacta medicul dvs. În cazul în care farmacistul are dubii cu privire la necesitatea medicală, acesta poate contacta ZEM pentru o a doua opinie, utilizând formularul „Cerere de reevaluare a necesității medicale”;

Medicamente preferate

ZEM poate modifica lista de medicamente preferate în orice moment. Puteți găsi cea mai recentă listă în Regulamentul privind asistența farmaceutică la adresa www.zem.nl/polisvoorwaarden. Medicamentele preferate nu fac obiectul franșizei obligatorii. Serviciile farmaceutice fac obiectul franșizei. Acestea includ, de exemplu, costurile de eliberare a unui medicament și consilierea cu privire la utilizarea noilor medicamente.

Politica preferențială și franșiza

Dacă utilizați un alt medicament decât cel preferat din cauza unei „necesități medicale” sau dacă medicamentul preferat nu este disponibil („necesitate logistică”, de exemplu, în caz de penurie de medicamente), medicamentele fac obiectul franșizei dvs. Dacă utilizați un alt medicament decât medicamentul preferat, farmacia trebuie să îl declare direct de la ZEM. Nu trebuie să plătiți dvs. aceste medicamente la farmacie.

- d. rambursarea medicamentelor din grupele de medicamente interschimbabile (apendicele 1A din Regulamentul privind asigurările de sănătate) medicamente unice (apendicele 1B) și medicamente cu condiții legale suplimentare (apendicele 2) care nu sunt acoperite de politica de preferință;
- e. rambursarea antiacidelor și a medicamentelor de autoîngrijire pentru uz cronic, cu condiția ca acestea să fie incluse în reglementările privind asigurările de sănătate și în sistemul de rambursare a medicamentelor (GVS). Aceste medicamente trebuie să fi fost prescrise de către medicul dvs. Pentru rambursare, trebuie să îndepliniți următoarele condiții:
- luați medicamentul în cauză timp de mai mult de șase luni;
 - vi se prescrie medicamentul în cauză pentru a trata o afecțiune cronică;
 - medicamentul în cauză nu este un medicament nou pentru dvs.

Costul utilizării medicamentelor de autoîngrijire cronică pentru primele 15 zile, despre care este vorba în acest articol, va fi pe cheltuiala dumneavoastră. Politica de preferințe se aplică și la rambursarea acestor grupe de medicamente. Aceasta înseamnă că ZEM desemnează un medicament preferat pentru anumite grupuri de medicamente interschimbabile de autoîngrijire. Celelalte medicamente din cadrul aceluiași grup cu același ingredient activ, concentrație și formă de administrare nu sunt rambursate;

- f. medicamente eliberate pe bază de rețetă preparate în farmacie, astfel cum sunt menționate la secțiunea 40 alineatul (3) litera (a) din Legea privind medicamentele, în cazul în care nu există un medicament înregistrat echivalent și în măsura în care este vorba de o farmacoterapie rațională. Un preparat farmaceutic poate fi făcut de către farmacia dvs. sau poate fi comandat de către farmacie de la o altă farmacie. În acest din urmă caz, se numește preparat farmaceutic distribuit. Preparatele distribuite sunt eligibile pentru rambursare numai în cazul în care niciun medicament înregistrat echivalent nu este rambursat de către asigurările de sănătate de bază și a fost stabilită o farmacoterapie rațională și, dacă este cazul, este întrunită condiția din următorul alineat (prețul cel mai mic pentru preparatele farmaceutice interschimbabile). Medicul și farmacistul dvs. vor fi informați despre acest lucru printr-o listă disponibilă pe www.znformulieren.nl;
- g. preparate farmaceutice furnizate în conformitate cu litera (b) din prezentul articol și care se încadrează într-o categorie de produse cu preparate farmaceutice interschimbabile;
- h. un medicament menționat la articolul 40 alineatul (3) litera (c) din Legea privind medicamentele și preparat în Țările de Jos de către un producător care deține o licență de producător, în măsura în care este vorba de farmacoterapie rațională;
- i. medicamentele menționate la articolul 40 alineatul (3) litera (c) din Legea privind medicamentele, în măsura în care acestea reprezintă o farmacoterapie rațională, care nu sunt disponibile în Țările de Jos, dar au fost

importate în Țările de Jos și sunt destinate persoanei asigurate care suferă de o boală care nu apare mai frecvent decât la 1 din 150 000 de locuitori din Țările de Jos;

- j. un medicament, astfel cum este menționat la articolul 40 alineatul (3) litera (c) din Legea privind medicamentele, care se află pe piață într-un alt stat membru al Uniunii Europene sau într-o țară terță și care a fost introdus pe teritoriul Țărilor de Jos (medicament importat), în cazul în care medicamentul servește la înlocuirea unui medicament menționat la litera (a) care este înregistrat în Țările de Jos și care, temporar, nu poate fi furnizat sau nu poate fi furnizat în număr suficient de către titularul sau titularii autorizației de introducere pe piață sau ai autorizației de introducere pe piață paralelă acordate în conformitate cu Legea privind medicamentele sau în conformitate cu regulamentul menționat la articolul 1 alineatul (1) punctul (fff) din legea respectivă. Aveți dreptul la rambursarea medicamentelor importate numai dacă acestea au fost aprobate de către Inspectoratul pentru Sănătate și Tineret (IGJ);
- k. un medicament, astfel cum este menționat la articolul 52 primul paragraf din Legea privind medicamentele, în cazul în care medicamentul servește la înlocuirea unui medicament înregistrat, astfel cum este menționat la litera (a), care nu poate fi furnizat temporar sau nu poate fi furnizat în număr suficient de către titularul sau titularii autorizației de introducere pe piață sau ai autorizației de introducere pe piață paralelă acordate în conformitate cu Legea privind medicamentele sau în conformitate cu regulamentul menționat la articolul 1 primul paragraf litera (fff) din legea respectivă.

Care sunt condițiile?

- a. cu excepția cazului în care ZEM a convenit altfel cu un farmacist, medicamentele trebuie să fi fost prescrise de un medic generalist, de un medic specialist, de un stomatolog, de un stomatolog specialist sau de un obstetrician și trebuie să fie furnizate de un farmacist;
- b. o serie de medicamente enumerate în anexa 2 la Regulamentul privind asigurările de sănătate fac obiectul unor condiții suplimentare și pot necesita aprobarea prealabilă a ZEM. Condițiile referitoare la medicamentele din Anexa 2 și formularele relevante pot fi găsite pe www.znformulieren.nl. Pentru medicamentele care se încadrează în Anexa 2, grupa 4, se aplică condițiile proprii ale ZEM, care sunt enumerate în regulamentul Farmaceutische zorg („Regulamentul privind asistența farmaceutică”). Medicul care v-a prescris este responsabil pentru completarea declarației medicale. Pe baza unei declarații medicale completate de către medicul care v-a prescris, farmacia verifică direct dacă îndepliniți condițiile necesare. Trebuie să predați declarația medicală la farmacie în același timp cu rețeta. În cazul în care este necesară o aprobare prealabilă, medicul care vă prescrie medicamentul va solicita aprobarea tratamentului de la ZEM;
- c. pentru fiecare rețetă de medicament, dreptul la asistență farmaceutică există doar pentru o perioadă de:
- maximum cincisprezece zile sau cel mai mic ambalaj comercial la începutul unui nou medicament. Acest lucru este valabil și în cazul antidepresivelor și al medicamentelor pentru ADHD;
 - cel puțin trei luni și cel mult douăsprezece luni pentru controale, dacă este vorba de medicamente pentru tratarea unor boli cronice (care urmează să fie stabilite de către medicul prescriptor) care nu costă mai mult de 1 000 EUR, inclusiv TVA, pe lună. Acest lucru este valabil și în cazul antidepresivelor și al medicamentelor pentru ADHD;
 - cel mult o lună pentru medicamentele de urmărire, în cazul în care acestea sunt medicamente incluse în Legea privind opiumul, cum ar fi opioidele, benzodiazepinele, hipnoticele;
 - cel mult o lună, dacă costul per medicament pe lună depășește 1 000 EUR, inclusiv TVA (medicamente scumpe) sau cel mai mic ambalaj comercial, dacă costul per ambalaj comercial depășește 1.000 EUR, inclusiv TVA, cu excepția cazului în care se convine altfel cu farmacistul. Pentru acest grup de medicamente costisitoare, după perioada de probă de șase luni, medicamentele pot fi prescrise pentru o perioadă de până la trei luni;
 - cel mult șase luni, dacă rămâneți în străinătate. Excepție face grupul de medicamente scumpe și furnizarea în rulou de medicamente (GDV), pentru care există o durată maximă de trei luni după o perioadă de stabilire de șase luni. Pentru medicamentele cu costuri ridicate și aprovizionarea în GDV, ZEM va autoriza rambursarea pentru o perioadă de până la șase luni numai după aprobarea unei cereri de autorizare;
 - cel mult douăsprezece luni dacă este vorba de contraceptive orale. Dacă luați contraceptive orale pentru prima dată, perioada maximă este de trei luni;
 - pentru a utiliza insulina, aveți nevoie de o rețetă doar prima dată. Atunci când schimbați insulina, veți avea nevoie de o nouă rețetă;
 - în principiu, maximum cincisprezece zile pentru utilizarea medicamentelor în timpul îngrijirii intensive la domiciliu (îngrijiri farmaceutice după spitalizare și/sau în timpul fazei paliative și terminale). De asemenea, se pot stabili planuri personalizate în urma unei consultări între asigurat, (medicul de familie), asistentul medical de proximitate și farmacist;
 - minimum două săptămâni dacă eliberarea se face sub formă de distribuție individualizată (GDV), cu excepția cazului în care există o necesitate medicală și/sau farmaceutică de a se abate de la acest termen.

Motivele care determină furnizarea de medicamente pentru o perioadă mai scurtă sunt durata de valabilitate limitată a medicamentului sau disponibilitatea limitată a medicamentului (de exemplu, în caz de penurie de medicamente).

La ce nu am dreptul?

- a. nu aveți dreptul la îngrijiri farmaceutice care nu sunt îngrijiri asigurate, astfel cum sunt menționate în Regulamentul privind asigurările de sănătate;
 - educație farmaceutică de autoadministrare pentru grupuri de pacienți;
 - sfaturi de autoîngrijire farmaceutică;
 - sfaturi privind utilizarea medicamentelor eliberate pe bază de rețetă în timpul unei călătorii;
 - sfaturi privind riscul de îmbolnăvire în timpul călătoriilor;
 - medicina preventivă de călătorie și vaccinările de călătorie.
- b. medicamente pentru cercetare (clinică), astfel cum se menționează în secțiunea 40 alineatul (3) litera (b) din Legea privind medicamentele;
- c. medicamente care sunt echivalente sau practic echivalente cu un medicament înregistrat care nu este desemnat de VWS, cu excepția cazului în care se prevede altfel prin regulament ministerial;
- d. medicamente, astfel cum se menționează la articolul 40, secțiunea 3 litera (f) din Legea privind medicamentele;
- e. medicamente pentru tratamentul uneia sau mai multor indicații noi excluse de reglementările privind asigurările de sănătate;
- f. rambursarea unor produse combinate. Un produs combinat conține mai multe substanțe active într-o singură formă de administrare (comprimat/inhalator). Atunci, în acest caz, se rambursează doar medicamentele individuale ale substanțelor active relevante (de exemplu, în comprimate separate). Pe parcursul anului, ZEM poate aduce modificări, care pot fi găsite pe site la adresa www.zem.nl/polisvoorwaarden;
- g. costurile de transport ale medicamentelor importate.

Am nevoie de o aprobare prealabilă din partea ZEM?

- o serie de medicamente enumerate în anexa 2 la Regulamentul privind asigurările de sănătate fac obiectul unor condiții suplimentare și, eventual, al unei cerințe de aprobare din partea asigurătorului de sănătate. Puteți găsi aceste informații pe www.zem.nl/geneesmiddelen;
- pentru medicamentele care se încadrează în grupa 4 din anexa 2 și care sunt adăugate la anexa 2 în cursul anului, se aplică o cerință de consimțământ ZEM ca urmare a impunerii unor condiții suplimentare. Atunci când este necesară permisiunea, precizăm acest lucru în Regulamentul privind îngrijirea farmaceutică de pe site-ul nostru web;
- rambursarea unui medicament importat necesită o aprobare prealabilă din partea ZEM;
- pentru rambursarea medicamentelor costisitoare și aprovizionarea cu medicamente (GDV), astfel cum se menționează la articolul 19.2 de la „Care sunt condițiile” de la punctul C, aveți nevoie de o aprobare dacă rămâneți în străinătate pentru mai mult de 3 luni;
- este necesară aprobarea prealabilă a ZEM pentru începerea unei GDV cu 1 până la 4 medicamente;
- în cazul medicamentelor scumpe și al aprovizionării cu medicamente (GDV), ZEM aprobă rambursarea doar pentru o perioadă maximă de 6 luni de la autorizare.

Trebuie să achit coplată?

Ministrul sănătății stabilește ce medicamente sunt rambursate în temeiul Legii privind asigurarea de sănătate și pentru ce medicamente trebuie să plătiți o coplată. În acest fel, ministrul stabilește, de asemenea, prețul maxim de rambursare pentru fiecare medicament. În cazul în care prețul medicamentului este mai mare decât acest preț maxim de rambursare, trebuie să plătiți singur partea de cost care depășește valoarea maximă stabilită. Această parte reprezintă coplata dvs. și este limitată la 250 EUR pe an calendaristic. Ministrul sănătății stabilește dacă se aplică un maxim sau dacă se modifică nivelul maximului, ceea ce afectează coplata dvs. Costul coplății pentru medicamentele de peste 250 EUR va fi rambursat de ZEM. Coplata nu se ia în calcul în cadrul franșizei obligatorii. În cazul în care asigurarea dvs. nu începe sau nu încetează la 1 ianuarie, vom calcula coplata proporțional cu numărul de zile de asigurare din anul calendaristic.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

19.3 Preparate dietetice

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la preparate dietetice (polimerice, oligomerice, monomerice și modulare) pentru uz medical, precum și la consultanță și îndrumare în cazul în care nu vă puteți descurca cu alimente normale adaptate și cu alte produse de nutriție specială. Pentru a evalua acest lucru, medicul curant sau dieteticianul trebuie să completeze o declarație a medicului, care poate fi găsită la www.znformulieren.nl. Se evaluează dacă:

- aveți o tulburare metabolică, o alergie alimentară sau o tulburare de resorbție;

- aveți vârsta sub doi ani și suferiți de o alergie la proteinele din laptele de vacă, diagnosticată printr-un test de provocare;
- suferiți de malnutriție legată de boală, identificată prin intermediul unui instrument de screening validat, sau prezentați un risc de malnutriție;
- privind prepararea dietei în conformitate cu orientările grupurilor profesionale relevante din Țările de Jos.

În cazul băuturilor dietetice de uz medical, aveți dreptul la următoarele:

- un pachet de început care să conțină – dacă este posibil din punct de vedere terapeutic – mai multe arome și variante pentru o perioadă de până la două săptămâni. În cazul în care perioada de consum este mai scurtă de două săptămâni, durata pachetului introductiv va fi ajustată în mod corespunzător;
- eventualele livrări ulterioare (automate) au o durată de cel mult o lună;
- livrarea de alimente dietetice se face la bucată sau la cel mai mic ambalaj comercial;
- livrarea preparatelor dietetice și/sau a sistemelor de administrare, inclusiv a accesoriilor, are loc la adresa dvs. de domiciliu în termen de 24 de ore de la comandă sau după cum s-a convenit cu furnizorul dvs.

Care sunt condițiile?

- pe baza formularului ZN completat pentru preparatele dietetice, furnizorul de nutriție medicală stabilește că au fost îndeplinite condițiile. În cazul în care aprovizionarea se face prin intermediul farmaciei, pot fi stabilite doar condițiile referitoare la băuturile dietetice;
- hrănirea prin sondă trebuie să fie asigurată numai de un furnizor specializat din punct de vedere medical;
- pentru rambursarea formulei adaptate pentru sugari în caz de alergie la laptele de vacă, trebuie efectuat testul de provocare prin eliminare;
- preparatele pentru sugari modificate vor fi rambursate numai dacă a fost completat formularul național ZN pentru preparate dietetice și dacă furnizorul preparatului a stabilit că au fost îndeplinite condițiile.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

Articolul 20 Dispozitive

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la dispozitive medicale și bandaje, așa cum sunt enumerate în Decizia privind asigurarea de sănătate și în Regulamentul privind asigurarea de sănătate. Amploarea dreptului sau a rambursării ajutoarelor este determinată de contractul de asigurare și de Regulamentul privind dispozitivele adoptat de ZEM.

Regulamentul privind dispozitivele include dispoziții privind:

- dreptul de proprietate sau de împrumut asupra dispozitivului;
- eventuala trimitere necesară, precizând indicația și, în cazul în care este necesară o trimitere, de la cine ar trebui să provină aceasta;
- eventuala aprobare prealabilă necesară din partea ZEM (în legătură cu achiziționarea inițială, repetarea sau repararea);
- perioada de utilizare a dispozitivului;
- standardele de utilizare maximă în cazul consumabilelor;
- rambursările maxime și coplățile legale.

Regulamentul privind dispozitivele poate fi consultat la adresa: www.zem.nl/polisvoorwaarden. De asemenea, puteți contacta ZEM pentru informații la numărul de telefon (071) 582 57 77. sau puteți vizita agenția noastră.

Care sunt condițiile?

Dispozitivul trebuie să fie necesar, eficient, să nu fie inutil de costisitor sau inutil de complicat, toate acestea fiind lăsate la discreția ZEM.

La ce nu am dreptul?

- costurile de utilizare normală sunt suportate de persoana asigurată, cu excepția cazului în care regulamentul ministerial și/sau Regulamentul privind dispozitivele prevăd altfel. Costul utilizării normale include costul consumului de energie și al bateriilor;
- dispozitivele și bandajele prescrise unei persoane asigurate care primește tratament într-o instituție Wlz în care locuiește persoana asigurată și care sunt considerate necesare pentru îngrijirea oferită de instituția respectivă.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

Articolul 21 Transportul bolnavilor

21.1 Dispoziție generală

În ceea ce privește transportul pacienților, se disting următoarele:

- transport cu ambulanța, care se referă la transportul cu ambulanța, în situațiile în care sune necesare îngrijiri medicale pe drum;
- transportul pacienților, care se referă la transportul cu mijloace de transport în comun, cu taxiul (adaptat pentru scaune cu rotile) sau cu autoturismul (propriu), în cazul în care nu sunt necesare îngrijiri medicale pe traseu.

21.2 Transportul cu ambulanța

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la transportul cu ambulanța, necesar din punct de vedere medical, pe o distanță care nu depășește 200 de kilometri, cu excepția cazului în care ZEM acordă aprobare scrisă pentru transportul pe o distanță mai mare.

Care sunt condițiile?

Este vorba despre transportul cu ambulanța:

- către un spital, o persoană la care sau o instituție de sănătate în care persoana asigurată va primi îngrijiri, ale căror costuri vor fi suportate integral sau parțial de către asigurarea de sănătate;
- la un centru de îngrijire în care veți fi internat(ă) în totalitate sau parțial pe cheltuiala Wl;
- către o persoană cu care sau o instituție de îngrijire la care o persoană asigurată cu vârsta mai mică de 18 ani va primi îngrijire de sănătate mintală ale cărei costuri vor fi suportate integral sau parțial de către consiliul municipal responsabil în temeiul Legii privind tineretul;
- de la o instituție Wlz la un spital sau alt furnizor de asistență medicală:
 - la o persoană sau o instituție la care urmează să vă supuneți unei examinări sau unui tratament, parțial sau în întregime pe cheltuiala Wlz;
 - pentru montarea și ajustarea unei proteze furnizate integral sau parțial pe cheltuiala Wlz.
- la domiciliul dumneavoastră (sau la un alt domiciliu, în cazul în care nu puteți primi în mod rezonabil îngrijirile necesare la domiciliul dumneavoastră) dacă veniți de la un furnizor de îngrijiri, astfel cum se menționează la punctele a - d.

Ce mai trebuie să știu?

Transportul cu ambulanța include, de asemenea, transportul unui însoțitor, dacă este necesară însoțirea sau dacă este vorba de însoțirea unui copil cu vârsta sub 16 ani. În cazuri speciale, ZEM poate permite transportul a două persoane însoțitoare.

21.3 Transportul pacienților cu mijloace de transport în comun, cu taxiul (adaptat pentru scaune cu rotile) sau cu autoturismul (propriu) la indicația medicului

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la transportul pacientului necesar din punct de vedere medical (transport public în clasa cea mai joasă), transport cu autoturismul (propriu) sau cu taxiul (adaptat pentru scaune cu rotile). Aceasta trebuie să implice transportul pacientului către și de la un furnizor de asistență medicală pe o distanță de cel mult 200 de kilometri într-un singur sens, cu excepția cazului în care ZEM autorizează transportul pe o distanță mai mare.

Care sunt condițiile?

Sunteți eligibil(ă) pentru transportul pacienților numai dacă îndepliniți una dintre condițiile descrise în secțiunea „Care sunt condițiile?” de la articolul 21.2 (exceptând articolul 21.2.c) și dacă:

- trebuie să faceți dializă renală;
- trebuie să urmați un tratament oncologic cu chimioterapie, imunoterapie sau radioterapie;
- trebuie să vă deplasați la și de la consultații, examinări și controale care sunt necesare pentru tratamentele menționate la literele a și b de mai sus;
- pentru tratamentul unei boli sau afecțiuni de lungă durată, depindeți de transportul pacienților pe termen lung pe o anumită distanță și/sau cu un anumit timp de călătorie, iar neasigurarea acestui transport duce la o situație inechitabilă predominantă pentru dvs. Acest lucru se numește clauza de dificultate. Dacă îndepliniți clauza de dificultate, aceasta include transportul pacienților pentru consultații, controale și examinări necesare pentru tratament;
- vă puteți deplasa doar cu un scaun cu rotile;
- vederea dvs. este atât de afectată încât nu vă puteți deplasa fără însoțitor. Acest lucru este stabilit în conformitate cu orientările grupului profesional;

- g. aveți sub 18 ani și, din cauza unor probleme somatice complexe sau a unui handicap fizic, aveți nevoie de asistență medicală și de îngrijire, ceea ce implică necesitatea unei supravegheri permanente sau a disponibilității non-stop a unei îngrijiri în apropiere [îngrijire intensivă a copiilor (IKZ)];
- h. beneficiați de îngrijire de reabilitare geriatrică;
- i. beneficiați de tratament de zi în cadrul unui grup ca parte a unui program de îngrijire pentru afecțiuni degenerative progresive cronice, leziuni cerebrale necongenitale sau în legătură cu o dizabilitate intelectuală. Asigurarea de bază rambursează acest program de îngrijire sub denumirea de îngrijire medicală pentru grupuri specifice de pacienți (GZSP).

Am nevoie de o aprobare prealabilă din partea ZEM?

- pentru transportul pacienților cu un taxi (cu scaun cu rotile), trebuie să obțineți în prealabil aprobarea scrisă a ZEM. În acest scop, trebuie să solicitați transportul pacientului în conformitate cu articolul 21.4;
- pentru transportul pacientului cu mijloace de transport în comun, taxiul (adaptat pentru scaune cu rotile) sau cu autoturismul (propriu) pe baza clauzei de dificultate, trebuie să solicitați în prealabil permisiunea în scris, însoțită de o adeverință de la medicul curant;
- în cazul în care transportul pacientului cu mijloace de transport în comun, taxiul (adaptat pentru scaune cu rotile) sau cu autoturismul (propriu) nu este posibil, se poate solicita în scris aprobarea prealabilă a ZEM pentru transportul pacientului cu un alt mijloc de transport;
- pentru o indemnizație de cazare, aveți nevoie de o aprobare prealabilă în scris.

Ce mai trebuie să știu?

- transportul pacientului cu mijloace de transport în comun, taxiul (adaptat pentru scaune cu rotile) sau cu autoturismul (propriu) include și transportul unui însoțitor, dacă este necesară însoțirea sau dacă este vorba de însoțirea unui copil cu vârsta sub 16 ani. Însoțitorii pentru transportul pacienților cu mijloacele de transport în comun sau cu taxiul (adaptat pentru scaune cu rotile) necesită permisiunea ZEM. În cazuri speciale, ZEM poate permite transportul a doi însoțitori;
- costurile de transport public (clasa cea mai joasă) se rambursează pe baza celei mai scurte distanțe obișnuite. Distanța este calculată folosind cea mai scurtă rută și prețul cotelat pentru cea mai mică clasă (clasa a doua) în 9292 (www.9292.nl);
- rambursarea pentru transportul cu mașina (privată) este de 0,40 EUR pe kilometru. Rambursarea este stabilită pe baza celei mai scurte distanțe obișnuite. Distanța este calculată folosind „cea mai scurtă rută” conform planificatorului de rute ANWB. (www.anwb.nl/verkeer/routeplanner). Nu se acordă nicio rambursare pentru călătoria de plecare sau de întoarcere dacă persoana asigurată nu călătorește ea însăși;
- la cererea persoanei asigurate, în locul rambursării transportului pacientului se poate acorda o indemnizație pentru costurile de cazare (maximum 91 EUR pe noapte). Rambursarea cheltuielilor de cazare este posibilă numai dacă îndepliniți condițiile de la punctul 21.3 și dacă este necesar transportul pacientului către și de la o instituție pentru cel puțin trei zile consecutive. Cu toate acestea, pentru călătoria dus și întors, există dreptul la rambursarea costurilor de transport al pacienților în cazul cazării.

Pentru a crește eficiența transportului în taxi (cu scaun cu rotile), puteți fi transportat(ă) în combinație cu alte persoane. Pentru ca transportul pacienților să fie cât mai plăcut posibil, stabilim acorduri cu transportatorul nostru în ceea ce privește transportul combinat (de exemplu, orele de ocolire și la orele de preluare).

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

21.4 Metoda de solicitare a transportului pacientului

Cum pot solicita un transport al pacientului?

Dacă îndepliniți condițiile enumerate la articolul 21.3, puteți depune o cerere de transport de pacienți în felul următor:

- puteți solicita permisiunea folosind formularul de cerere „Transportul pacientului”. (www.zem.nl/downloads). Dacă ați primit aprobarea de a folosi un taxi (pentru scaune cu rotile), puteți comanda transportul de la Zorgvervoercentrale Nederland (ZCN) prin intermediul aplicației ZCN Vervoer sau sunând la numărul (010) 280 81 82. Aveți o cerere urgentă? Dacă da, vă rugăm să contactați mai întâi ZEM la numărul 071 - 582 57 00;
- dacă doriți să vă calificați pentru transportul pacienților pe baza clauzei de dificultate menționată la punctul 21.3, puteți solicita acest lucru folosind formularul de cerere „Transportul pacientului”. (www.zem.nl/downloads);
- puteți solicita acordarea unei indemnizații pentru costurile de cazare folosind formularul de cerere „Indemnizației de cazare” (www.zem.nl/downloads).

21.5 Coplata pentru transportul pacienților

Trebuie să achit coplată?

Costurile de transport al pacienților fac obiectul unei coplăți de până la 126 EUR de persoană asigurată pe an calendaristic. Coplata nu se aplică pentru:

- transportul către și dinspre instituțiile de îngrijire finanțate în cadrul asigurărilor de sănătate sau al asigurărilor menționate în Legea privind îngrijirea pe termen lung (Wlz). Este vorba despre transportul pacientului de la instituția Wlz în care sunteți internat(ă) la instituția de sănătate în care sunteți supus(ă) examinării sau tratamentului de specialitate, precum și călătoria de întoarcere la instituția dvs. Wlz;
- transportul către și de la instituțiile finanțate în cadrul sistemului special de asigurări de sănătate. Este vorba despre transportul de la instituția Wlz în care sunteți internat la o persoană sau instituție la care urmați un tratament stomatologic în cadrul sistemului special de asigurări de sănătate, precum și despre călătoria de întoarcere la instituția dvs. Wlz;
- transportul menționat la primul și al doilea punct este necesar deoarece examinarea de specialitate, tratamentul de specialitate sau tratamentul dentar nu pot fi furnizate în instituția Wlz în care sunteți cazat;
- rambursarea cheltuielilor de cazare. Vă rugăm să rețineți că veți achita coplata pentru transportul pacienților pentru călătoriile dus-întors dacă rămâneți peste noapte.

21.6 Metoda de solicitare a transportului sau cazării pacienților

Cum pot declara costurile?

Pentru a solicita rambursarea retroactivă a cheltuielilor în cazul în care este implicat transportul în comun, transportul cu autoturismul (propriu) sau cazarea, trebuie să completați formularul de cerere de rambursare a „cheltuielilor de transport și cazare”. Împreună cu acest formular de cerere, trebuie să trimiteți la ZEM cardul de programare și, în cazul transportului public, și facturile. Pe baza acestor date, se va evalua dreptul la indemnizația de transport și/sau de cazare a pacientului.

Pentru termenele-limită de depunere, a se vedea condițiile de la punctul 4.1.1 litera (e). Pentru întrebări privind transportul pacienților sau indemnizația de cazare, contactați ZEM la numărul 071 - 582 57 77.

Articolul 22 În străinătate

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la următoarele (la alegere):

- îngrijiri acordate de un furnizor de servicii medicale contractat în străinătate;
- rambursarea costurilor pentru îngrijirea în străinătate acordată de un furnizor de asistență medicală străin sau olandez care nu este contractat. Cuantumul rambursării se găsește în secțiunea A, la clauza 1.5. Dacă ați primit autorizație de la noi pentru tratament, vi se va rambursa până la 100 % din tariful Wmg (maxim). Nu există stabilit un tarif Wmg (maxim)? În acest caz, vi se va rambursa până la 100% din tariful de pe piața olandeză;
- asistență medicală de urgență: este vorba de asistență medicală necesară din punct de vedere medical în străinătate în termen de 24 de ore de la apariția afecțiunii, acordată de un furnizor de asistență medicală străin sau olandez și care nu poate fi amânată în mod rezonabil până la întoarcerea în țara de reședință. Veți primi o rambursare de până la 100 % din tariful Wmg (maxim) pentru îngrijiri urgente în străinătate. Nu există stabilit un tarif Wmg (maxim)? În acest caz, vi se va rambursa până la 100% din tariful de pe piața olandeză;
- îngrijiri în străinătate acordate de un furnizor de servicii medicale străin sau olandez, la care aveți dreptul în temeiul dispozițiilor regulamentului UE privind securitatea socială sau ale unui tratat. Rambursarea este, de asemenea, reglementată de regulamentul sau de convenția UE privind securitatea socială.

Atenție: Se pot aplica plăți suplimentare din țara respectivă, de exemplu, remitențele belgiene. Acestea se iau în considerare pentru deductibilitatea sau coplata aplicabilă.

Care sunt condițiile?

- asistența medicală îndeplinește condițiile stabilite în prezentele condiții de politică;
- furnizorul/prestatorul de servicii medicale este autorizat să acorde asistență medicală în țara respectivă;
- trimiterea către un furnizor de servicii medicale/un furnizor de servicii medicale din afara țării dvs. de reședință poate fi făcută numai de către medicul dvs. de familie curant sau de către medicul specialist din țara dvs. de reședință;
- pentru facturile care nu sunt redactate în limbile olandeză, franceză, germană sau engleză, persoana asigurată trebuie să anexeze o traducere, realizată de un interpret autorizat. Facturile originale în limba străină trebuie să fie formate și/sau traduse în așa fel încât să se poată stabili, fără a fi nevoie de alte cercetări, ce remunerație trebuie să plătească ZEM.

Am nevoie de aprobare?

Pentru îngrijirea în regim de spitalizare (internare de cel puțin o noapte), aveți nevoie de o autorizație prealabilă.

Articolul 23 Îngrijirea sănătății mintale

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la asistență medicală de sănătate mintală conform celei pe care o oferă în mod obișnuit psihiatrii și psihologii clinicieni. Această asistență este accesibilă începând cu vârsta de 18 ani.

Care sunt condițiile?

- trebuie să existe un cabinet independent sau o instituție GGZ în care persoana care se ocupă de tratarea indicativă și coordonatoare a reclamațiilor îndeplinește cel puțin în mod demonstrabil cerințele (educaționale) și (alte) competențe aplicabile complexității problemelor în cauză, astfel cum sunt prevăzute în actualul Statut național de calitate pentru îngrijirea sănătății mintale (a se vedea: www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/ggz-landelijk-kwaliteitsstatuut);
- trebuie să existe un cabinet independent sau o instituție GGZ în care practicianul îndrumător indicativ și coordonator să își îndeplinească în mod demonstrabil și complet toate sarcinile și responsabilitățile care îi sunt impuse de Statutul național de calitate pentru asistența medicală în domeniul sănătății mintale în vigoare;
- la o instituție de sănătate mintală, se pot folosi mai mulți copracticieni. Respectivii copracticieni sunt autorizați să efectueze o parte din tratament sub coordonarea practicianului îndrumător;
- trebuie să existe o instituție de sănătate mintală în care practicianul îndrumător indicativ și coordonator are o pondere semnificativă în procesul de tratament și îngrijire;
- trebuie să existe o practică independentă în care practicianul îndrumător indicativ și coordonator efectuează el însuși toate sau cea mai mare parte a procesului de tratament și îngrijire;
- numai furnizorii de asistență medicală incluși în lista profesiilor de înregistrare a consultațiilor sau în lista profesiilor curative GGZ din ZEM pot îndeplini sarcini în calitate de copracticieni. Puteți găsi ambele liste pe www.zem.nl/polisvoorwaarden;
- îngrijirea este acordată în cabinetul sau clinica furnizorului de servicii medicale. Se face o excepție pentru tratamentul la domiciliu atunci când există o necesitate medicală;
- furnizorul de asistență medicală are un statut de calitate valabil, bazat pe actualul „Statut național de calitate pentru asistența medicală în domeniul sănătății mintale”. „Statutul național de calitate pentru asistența medicală în domeniul sănătății mintale” a fost inclus în Registrul pentru standarde de calitate și instrumente de măsurare al Zorginstituut Nederland. Furnizorii de servicii medicale trebuie să prezinte statutul de calitate la www.ggzkwaliteitsstatuut.nl și să se conformeze pe deplin și în mod demonstrabil;
- nu puteți ceda unor terți revendicările cererile dvs. de despăgubire adresate nouă. Aceasta este o clauză la care se face referire în articolul 3:83 alineatul 2 din Codul civil olandez. Acest lucru se întâmplă în cazul în care vă adresați unui furnizor de servicii medicale cu care ZEM nu are un contract. Plătim întotdeauna despăgubirea la care aveți dreptul dvs. (titularul poliței de asigurare) la numărul de cont (IBAN) pe care îl cunoaștem. De asemenea, nu puteți autoriza o terță parte să primească plata în numele dvs. sau să ne trimită o factură. Trebuie să ne predați dvs. personal factura.

Am nevoie de o trimitere?

Asistența medicală pentru sănătate mintală necesită o trimitere din partea unui medic de familie, a unui medic de medicina muncii sau a unui medic specialist. Acest lucru nu se aplică asistenței medicale acute/în situații de criză. Scrisoarea de trimitere trebuie să includă următoarele informații:

- datele cu caracter personal ale pacientului trimis;
- motivul trimiterii (nu este necesar ca informațiile de diagnostic să fie vizibile);
- unde se face trimiterea;
- numele, funcția și codul AGB de referință;
- semnătura celui care face trimiterea;
- datarea (înainte de începerea tratamentului).

Trebuie să aveți o trimitere valabilă, care să nu fie mai veche de nouă luni de la începerea îngrijirii, pentru perioada pentru care se acordă trimiterea.

Tratamentul ulterior care implică același diagnostic nu necesită o nouă trimitere în cazul în care tratamentul ulterior începe în termen de nouă luni de la încheierea tratamentului anterior. În cazul în care tratamentul este întrerupt pentru mai mult de nouă luni, este necesară o nouă trimitere pentru tratamentul de urmărire.

Respectăm „Acordurile privind trimiterea pentru asistență medicală în domeniul sănătății mintale” ale Ministerului Sănătății, Protecției Sociale și Sportului din data de 01 ianuarie 2020. Puteți găsi acest document pe www.zem.nl/polisvoorwaarden.

23.1 Asistență medicală ambulatorie pentru sănătate mintală începând cu vârsta de 18 ani

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la asistență medicală ambulatorie pentru sănătate mintală:

- într-o instituție independentă;
- într-o instituție de sănătate mintală;
- persoanele asigurate care împlinesc vârsta de 18 ani în timpul tratamentului (început în temeiul Legii privind tinerii) pot face uz de dispoziția tranzitorie în cazul în care ar trebui să aibă loc continuarea sau finalizarea în temeiul Legii privind asigurarea de sănătate. În cazul în care, datorită relației de tratament stabilite, pacientul/clientul dorește să continue îngrijirea cu medicul existent (de îngrijire primară), dar este împiedicat să facă acest lucru de obligația care decurge din Statutul național de calitate pentru îngrijirea sănătății mintale, acest pacient/client poate recurge la acordul tranzitoriu. Se aplică următoarele condiții:
 - pacientul/clientul este deja în grija practicianului îndrumător înainte de a împlini 18 ani;
 - practicianul îndrumător are o înregistrare poștală în registrul SKJ sau BIG;
 - continuarea tratamentului are ca scop închiderea sau transferul;
 - tratamentul are o perioadă maximă de 365 de zile din ziua în care pacientul/clientul împlinește 18 ani;
 - pentru continuarea acestui tratament, se aplică aceleași condiții prelabile ca în temeiul Legii privind tineretul și al normelor de politică pentru asistența medicală curativă în domeniul sănătății mintale.

În plus față de cele de mai sus, aveți dreptul și la "interviul exploratoriu": o întâlnire cu profesioniști din domeniul asistenței sociale și al sănătății mintale pentru a determina care sunt nevoile de îngrijire ale persoanelor cu probleme de sănătate mintală care au și alte probleme, cum ar fi datoriile sau singurătatea. Scopul este de a ajuta oamenii rapid și la locul potrivit.

Furnizorii care oferă asistență medicală doar în temeiul Legii privind asigurările de sănătate pe baza acestui acord tranzitoriu nu au obligația de a elabora un statut de calitate.

La ce nu am dreptul?

- un test de inteligență care nu face parte din tratamentul medical;
- asistență psihologică școlară;
- orientare, cum ar fi cursuri și formare de natură nemedicală;
- îngrijire ortopedagogică;
- feedback neurologic;
- psihanaliză;
- tratamentul tulburărilor de adaptare;
- ajutor pentru problemele de muncă și de relații, cu excepția cazului în care rezultă dintr-un diagnostic DSM-5;
- ajutor în caz de suprasolicitare și epuizare, cu excepția cazului în care rezultă dintr-un diagnostic DSM-5;
- ajutor în cazul unor probleme de sănătate mintală care nu implică o tulburare mintală conform DSM-5;
- intervenții care nu sunt conforme cu stadiul actual al științei și practicii. Intervențiile care nu sunt evaluate de Zorginstituut Nederland sunt evaluate de ZEM în raport cu stadiul actual al științei și practicii. Principiul călăuzitor în acest caz este recomandarea de la Zorgverzekeraars Nederland "Therapieën GGZ" sau recomandarea ulterioară sau de completare (recomandările ulterioare sau de completare). Puteți găsi aceste recomandări pe www.zem.nl/polisvoorwaarden;
- asistență specializată (în caz de dependență), în care obiectivul principal este reintegrarea în societate.

Am nevoie de o aprobare prelabilă din partea ZEM?

Trebuie să solicitați în prealabil o aprobare scrisă dacă vă deplasați la o instituție de sănătate necontractată pentru servicii de sănătate mintală în ambulatoriu. Pentru a solicita această aprobare, furnizorul de asistență medicală trimite la

ZEM, în numele dvs.:

- o scrisoare de trimitere din partea unui medic de familie, a unui medic specialist sau a unui medic de medicina muncii;
- indicația (justificarea faptului că aveți nevoie de asistență medicală pentru sănătate mintală), inclusiv diagnosticul DSM-5, așa cum a fost stabilit de către practicianul îndrumător;
- planul de tratament, astfel cum a fost întocmit și adoptat de către practicianul îndrumător indicativ, în consultare cu pacientul și cu orice copracticieni și colegi consultați, inclusiv numărul de minute de tratament și activitățile care urmează să fie efectuate;
- furnizorii de asistență medicală și profesia acestora, inclusiv practicianul îndrumător indicativ și/sau coordonator (cu menționarea numărului de înregistrare BIG), implicați în punerea în aplicare a asistenței medicale;
- tipul de cerere de asistență și codul serviciului.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

23.2 Asistență medicală pentru sănătate mintală în regim de internare începând cu vârsta de 18 ani

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la:

- internarea într-o instituție de sănătate mintală, într-o instituție de îngrijire specializată în domeniul dependenței sau într-o secție de psihiatrie a unui spital pentru o perioadă de până la trei ani (1 095 de zile). O întrerupere de cel mult treizeci de zile nu este considerată o întrerupere, dar o astfel de întrerupere nu se ia în considerare la calcularea celor trei ani (1 095 de zile). Întreruperile datorate concediilor de weekend sau de odihnă se iau în considerare în calculul celor trei ani (1 095 de zile);
- tratamentul și internarea psihiatrică, însoțite sau nu de asistență medicală și îngrijire;
- îngrijiri paramedicale legate de tratament și medicamente, dispozitive auxiliare și pansamente, în timpul perioadei de internare;
- internarea este necesară din punct de vedere medical ca parte a tratamentului;
- persoanele asigurate care împlinesc vârsta de 18 ani în timpul tratamentului (început în temeiul Legii privind tinerii) pot face uz de reglementarea tranzitorie în cazul în care ar trebui să aibă loc continuarea sau finalizarea tratamentului în temeiul Legii privind asigurarea de sănătate. În cazul în care, datorită relației de tratament stabilite, pacientul/clientul dorește să continue îngrijirea cu medicul existent (de îngrijire primară), dar este împiedicat să facă acest lucru de obligația care decurge din Statutul național de calitate pentru îngrijirea sănătății mintale, acest pacient/client poate recurge la acordul tranzitoriu. Se aplică următoarele condiții:
 - pacientul/clientul este deja în grija practicianului îndrumător înainte de a împlini 18 ani;
 - practicianul îndrumător are o înregistrare poștală în registrul SKJ sau BIG;
 - continuarea tratamentului are ca scop închiderea sau transferul;
 - tratamentul are o perioadă maximă de 365 de zile din ziua în care pacientul/clientul împlinește 18 ani;
 - pentru continuarea acestui tratament, se aplică aceleași condiții prelabile ca în temeiul Legii privind tineretul și al normelor de politică pentru asistența medicală curativă în domeniul sănătății mintale.

Furnizorii care oferă asistență medicală doar în temeiul Legii privind asigurările de sănătate pe baza acestui acord tranzitoriu nu au obligația de a elabora un statut de calitate.

La ce nu am dreptul?

- asistență specializată (în caz de dependență), în care obiectivul principal este reintegrarea în societate;
- internarea pe baza unei indicații sociale (de exemplu, în cazul în care nu dispune de o locuință).

Am nevoie de o aprobare prealabilă din partea ZEM?

- Trebuie să solicitați o aprobare scrisă prealabilă dacă mergeți la un centru de îngrijire necontractat pentru îngrijire rezidențială a sănătății mintale. Pentru a solicita această aprobare, furnizorul de asistență medicală trimite la ZEM în numele dvs.:
 - a. o scrisoare de trimitere din partea unui medic de familie, a unui medic specialist sau a unui medic de medicina muncii;
 - b. indicația de internare în spital, care este stabilită de către practicianul îndrumător indicativ;
 - c. planul de tratament, astfel cum a fost întocmit și stabilit de către practicianul îndrumător indicativ în urma consultării cu pacientul și cu orice copracțienii și colegi consultați, inclusiv numărul de minute de tratament și activitățile care urmează să fie desfășurate;
 - d. furnizorii de asistență medicală și profesia acestora, inclusiv practicianul îndrumător indicativ și/sau coordonator (cu menționarea numărului de înregistrare BIG), implicați în punerea în aplicare a asistenței medicale;
 - e. justificarea prestației secundare care urmează să fie solicitată, inclusiv desfășurarea personalului VOV în legătură cu tulburarea;
 - f. tipul de cerere de asistență și codul serviciului.
- În cazul internărilor care se preconizează că vor dura mai mult de un an (al doilea și al treilea an de internare), trebuie să se solicite în prealabil o aprobare scrisă de la ZEM, și anume cu cel puțin două luni înainte de sfârșitul primului an de internare.

Cererea de aprobare trebuie să prezinte motivația necesității de internare, clasa de internare și o indicație privind durata preconizată a internării continue. În cazuri individuale, medicul consultant poate solicita accesul la planul de tratament. Ar trebui să existe o listă de verificare a internării continue care să precizeze indicația pentru o internare pe termen lung. Puteți găsi o astfel de listă de verificare a internării continue la adresa www.zem.nl/polisvoorwaarden.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

Articolul 24 Asistență medicală în cadrul unui lanț

24.1 Asistență medicală în cadrul unui lanț

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la asistență medicală coordonată multidisciplinară, cunoscută și sub numele de asistență medicală în cadrul unui lanț, dacă aveți o anumită afecțiune cronică.

La ce nu am dreptul?

Cursurile de autogestionare (cursuri) care nu sunt oferite de un medic de familie sau de o asistentă medicală nu sunt incluse în mod explicit în acest lanț.

Care sunt condițiile?

Asistența medicală în lanț este oferită pentru o anumită afecțiune cronică (BPOC, astm, MCV și diabet zaharat de tip 2). Medicul de familie este furnizorul de asistență medicală primară, iar îngrijirea este asigurată de diferiți furnizori de asistență medicală într-un mod coordonat și este conformă cu standardul de îngrijire stabilit pentru afecțiunea respectivă.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

24.2 Asistență medicală pentru picioare în afara lanțului

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la asistență medicală preventivă pentru picioare în conformitate cu oferta obișnuită a medicilor de familie pentru persoanele asigurate care prezintă risc ridicat de ulcer al piciorului. Această asistență poate fi asigurată de către podiatri, prin pedichiuriști medicali sau de către pedichiuriști specializați. Pedichiuriștii medicali sau specializați oferă servicii de asistență medicală la solicitarea unui podoterapeut. Această asistență poate fi acordată atât în cadrul lanțului (articolul 24.1), cât și în afara acestuia.

Care sunt condițiile?

- trebuie să existe o necesitate medicală pentru asistența oferită;
- trebuie să existe una dintre următoarele condiții:
 - diabet zaharat;
 - un picior Charcot inactiv;
 - un ulcer al piciorului sau amputare în istoricul trecut;
 - insuficiență renală în stadiu terminal sau dializă renală care prezintă un risc crescut de ulcer (nou) al piciorului.
- ar trebui să existe cel puțin un risc ușor crescut de ulcere ale piciorului. În funcție de profilul dumneavoastră de risc, podiatrul va determina pachetul de îngrijire pentru care sunteți eligibil. În acest scop, sunt utilizate performanțele din actualul "Beleidsregel overige geneeskundige zorg" al Autorității olandeze pentru sănătate;
- îngrijirea trebuie să fie asigurată de un podiatru, de un pedichiurist medical sau de un pedichiurist specializat;
- în cazul în care riscul ridicat de ulcere ale piciorului este cauzat de diabetul zaharat de tip 1 sau 2, îngrijirea poate fi asigurată nu numai de către podiatru sau pedichiuristul medical, ci și de către un pedichiurist specializat care deține o atestare "îngrijire a picioarelor pentru diabetici";
- în cazul în care cauza este o altă afecțiune decât diabetul zaharat, îngrijirea poate fi asigurată nu numai de către podiatru sau pedichiuristul medical, ci și de către un pedichiurist specializat care deține o calificare pentru „picior reumatic”;
- îngrijirea la pedichiuristul medical sau specializat relevant este rambursată numai dacă aceasta este oferită în cadrul unui contract cu un podolog;
- furnizorul de servicii medicale trebuie să fie înscris în registrul Vektis AGB cu un cod AGB corespunzător (pentru un podolog sau un pedichiurist).

Am nevoie de o trimitere?

Aveți nevoie de o trimitere scrisă din partea medicului de familie sau a medicului specialist în cazul în care asistența medicală nu este asigurată de către medicul de familie sau medicul specialist.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

Articolul 25 Renunțarea la fumat

La ce am dreptul?

Programul de renunțare la fumat include îngrijiri medicale care vizează schimbarea comportamentului cu scopul de a renunța la fumat. Pentru a sprijini programul de renunțare la fumat, aveți dreptul la medicamente prescrise în acest scop. Puteți urma programul individual sau în grup. Atât asistența medicală, cât și medicamentele pentru susținerea programului de renunțare la fumat sunt scutite de franșiză.

Care sunt condițiile?

- aveți dreptul la un singur program de renunțare la fumat pe an calendaristic;
- furnizorul de asistență medicală trebuie să fie înscris în Registrul de calitate pentru renunțarea la fumat.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

Articolul 26 Asistență medicală pentru persoanele cu dizabilități senzoriale

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la asistență (extramurală) pentru persoanele cu dizabilități senzoriale. Această asistență include asistență multidisciplinară legată de deficiențe de vedere, deficiențe de auz sau deficiențe de comunicare datorate unei tulburări de dezvoltare a limbajului.

Asistența are ca scop gestionarea, eliminarea sau compensarea limitării, astfel încât persoana asigurată să poată funcționa cât mai independent. Asistența constă în:

- teste de diagnosticare;
- intervenții care se concentrează pe învățarea psihologică pentru a face față handicapului;
- intervenții care elimină sau compensează deficiențele, sporind astfel autonomia.

Pe lângă tratamentul persoanei cu dizabilități senzoriale, implică, de asemenea, cotratamentul sistemic (indirect) al părinților sau îngrijitorilor, copiilor și adulților din jurul persoanei cu dizabilități senzoriale, care învață abilități în interesul persoanei cu dizabilități senzoriale.

La ce nu am dreptul?

Nu aveți dreptul la:

- sprijin pentru funcționarea în societate (cum ar fi îngrijirea limbajului semnelor);
- asistență complexă, pe termen lung și pe tot parcursul vieții pentru persoanele adulte cu surdocecitate și pentru persoanele adulte cu surditate prelinguală.

Am nevoie de o trimitere?

Înainte de începerea asistenței, aveți nevoie de o trimitere scrisă pentru:

- Deficiență auditivă sau de comunicare: îngrijire a deficiențelor senzoriale pentru persoanele asigurate cu o deficiență auditivă sau de comunicare datorată unei tulburări de dezvoltare a limbajului (TOS).
 - trebuie să aveți o trimitere din partea unui medic specialist sau a unui fizician-audiolog clinician de la un centru audiologic. Trimiterea se bazează pe liniile directoare ale Federației Centrelor Audiologice Olandeze (FENAC);
 - pentru eventuale noi cereri de îngrijire, dacă nu s-a produs nicio schimbare în tulburare între timp, trimiterea poate fi făcută și de către un medic de familie sau un medic specializat în sănătatea copiilor și tinerilor.
- Deficiență vizuală: îngrijirea persoanelor asigurate cu deficiențe senzoriale pentru persoanele cu deficiențe de vedere.
 - trebuie să aveți o trimitere de la un medic specialist pe baza orientării „Deficiențe de vedere, reabilitare și trimitere” a Societății de Oftalmologie din Țările de Jos (NOG);
 - pentru eventuale noi cereri de îngrijire, dacă nu s-a produs nicio schimbare în tulburare între timp, trimiterea poate fi făcută și de către un medic de familie sau un medic specializat în sănătatea copiilor și tinerilor.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

Articolul 27 Asistență medicală și îngrijire

27.1 Asistență medicală de proximitate

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la asistență medicală și îngrijire (asistență medicală de proximitate) conform serviciilor oferite în mod normal de către asistenții medicali. Îngrijirea se referă la nevoia de asistență medicală menționată la articolul 2.4 din Decizia privind asigurarea de sănătate sau la un risc ridicat al acesteia. Asistența medicală de proximitate se referă la îngrijirea în mediul propriu, adică la domiciliu, dar și la locul de muncă sau la grădiniță, de exemplu. Îngrijirea nu implică o internare în sensul articolului 2.12 din Decizia privind asigurările de sănătate nu se referă la îngrijiri de maternitate în sensul articolului 2.11 din Decizia privind asigurările de sănătate.

Care sunt condițiile?

- Un asistent medical licențiat sau masterat înregistrat la BIG trebuie să indice în prealabil nevoile dumneavoastră de îngrijire pe baza "Normelor pentru indicarea și organizarea îngrijirii și asistenței medicale în propriul mediu" ale asociației profesionale Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN);
- pentru persoanele asigurate cu vârsta sub 18 ani, o infirmieră pediatrică licențiată sau masterandă înregistrată la BIG trebuie să indice în prealabil nevoile dumneavoastră de îngrijire;
- indicațiile făcute de alți profesioniști nu reprezintă asistență medicală asigurată;
- îngrijirea este asigurată de un specialist în asistență medicală, de un asistent medical sau de un îngrijitor de nivel 3. Îngrijirea poate fi furnizată de un asistent de nivel 2 sau de alt personal de îngrijire numai dacă ZEM și furnizorul de îngrijire relevant au convenit prin contract condiții suplimentare și cerințe de calitate cu privire la utilizarea asistentului de nivel 2 sau a altui personal de îngrijire. Pentru condițiile suplimentare și cerințele de calitate, consultați "Joint purchasing text and conditions for the deployment of auxiliaries (level 2) and other care staff in district nursing (purchasing policy 2025)" la adresa www.zn.nl și utilizați funcția de căutare pentru a căuta "auxiliaries" (trebuie să cooperați la o vizită la domiciliu, la o examinare telefonică sau scrisă pentru a verifica dacă declarațiile sunt corecte);
- nu puteți ceda unor terți revendicările cererile dvs. de despăgubire adresate nouă. Aceasta este o clauză în sensul articolului 3:83 alineatul (2) din Codul civil. Acest lucru se întâmplă în cazul în care vă adresați unui furnizor de servicii medicale cu care ZEM nu are un contract. Plătim întotdeauna despăgubirea la care aveți dreptul dvs. (titularul poliței de asigurare) la numărul de cont (IBAN) pe care îl cunoaștem. De asemenea, nu puteți autoriza o terță parte să primească plata în numele dvs. sau să ne trimită o factură. Trebuie să ne trimiteți dvs. personal factura;
- pentru o factură de rambursare, trebuie să atașați indicația (numele furnizorului de indicații și numărul de ore indicat) și numele furnizorului de îngrijiri. Nu este necesar ca informațiile de diagnostic să fie vizibile.

La ce nu am dreptul?

Nu aveți dreptul la:

- asistență medicală și îngrijire dacă aveți o indicație Wlz. În cazul în care asistența medicală are loc sub conducerea directă a medicului specialist, nu este așa. În acest caz, îngrijirea este acoperită de asigurarea de bază;
- atunci când este nevoie doar de îngrijire și nu există un context medical în care să fie acordată această îngrijire, aceasta intră sub incidența Wmo. Aceasta poate include sprijin pentru activitățile zilnice generale (ADL) atunci când nu aveți suficientă autonomie. De exemplu, în legătură cu o afecțiune sau un handicap psihiatric, o deficiență mintală sau senzorială.

Am nevoie de o trimitere?

Pentru a putea beneficia de asistență medicală și îngrijire, nu aveți nevoie de trimitere.

Am nevoie de o aprobare prealabilă din partea ZEM?

Aveți nevoie în prealabil de permisiunea scrisă a ZEM:

- dacă doriți să apelați la un nou furnizor de asistență medicală districtuală contractat de noi. Este vorba despre un furnizor de servicii medicale care are un contract pentru 2025, dar care nu a avut un contract în 2024. Pe www.zem.nl/zorgzoeker puteți vedea despre ce furnizori de asistență medicală este vorba;
- în cazul în care doriți să apelați la un furnizor de asistență medicală necontractant. Puteți găsi formularul de cerere a aprobării pe www.zem.nl/downloads.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

27.2 Rambursarea bugetului personal (Zvw-pgb)

Este posibil să fiți eligibil(ă) pentru rambursarea cheltuielilor de asistență medicală și îngrijire sub forma unui buget personal. În acest caz, veți avea nevoie de o aprobare scrisă prealabilă din partea ZEM. Acest buget vă permite să vă cumpărați propriile servicii de asistență medicală de proximitate. În plus față de condițiile prevăzute la articolul 27.1, în acest caz se aplică Regulamentul privind bugetul personal pentru asistența medicală de proximitate. Prezentul regulament stabilește condițiile de eligibilitate pentru Zvw-pgb. Puteți găsi regulamentul pe www.zem.nl/polisvoorwaarden.

27.3 Asistență medicală primară

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la un sejur necesar din punct de vedere medical într-o unitate de îngrijire primară (unitate ELV) în legătură cu îngrijirea medicală pe care medicii generalişti tind să o ofere. Asistența constă în:

- internare, inclusiv asistența medicală și îngrijirile care sunt indisolubil legate de aceasta;
- îngrijiri medicale generaliste (îngrijiri pe care tind să le ofere medicii generalişti);
- asistență psihologică, alta decât asistența medicală mintală (specializată), acordată de un specialist în comportament pacienților cu probleme comportamentale și/sau cognitive (suspectate), la cererea medicului de familie, a medicului specialist în geriatrie sau a medicului pentru persoane cu handicap mintal;
- îngrijire paramedicală în măsura în care aceasta este inseparabilă de motivul internării;
- dispozitive auxiliare și pansamente, în măsura în care acestea sunt inseparabile de motivul internării.

Care sunt condițiile?

- indicația este făcută de medicul de familie sau de medicul specialist, de medicul de la A&E sau de specialistul în geriatrie, iar internarea are loc în urma consultării cu medicul care a efectuat internarea;
- îngrijirea este asigurată de un îngrijitor în asistență medicală individuală (VIG) cu cel puțin nivelul 3. Asistentul medical responsabil este un asistent medical cu cel puțin nivelul de competență 4;
- la internarea într-o instituție ELV, există o perspectivă de recuperare și de întoarcere la domiciliu, cu excepția cazului în care este vorba despre îngrijiri paliative;
- a fost întocmit un plan de îngrijire de către un medic din cadrul instituției ELV, cu o estimare a duratei de internare;
- durata ELV este de cel puțin 24 de ore și, de regulă, nu depășește 91 de zile. După 1.095 de zile nu mai există dreptul la ELV;
- instituția ELV dispune de o autorizație în baza Legii privind aderarea furnizorilor de servicii de îngrijire (WTza);
- atunci când trimiteți o factură de rambursare, trebuie să atașați trimiterea de la medicul de familie sau de la medicul specialist. Nu este necesar ca informațiile de diagnosticare din sesizare să fie vizibile.

La ce nu am dreptul?

Nu aveți dreptul la ELV dacă:

- este indicată îngrijirea de respiro (Wmo/Wlz), îngrijirea de criză (Wmo/Wlz) sau îngrijirea de reabilitare (geriatrică);
- există o indicație de internare într-o unitate de îngrijire medico-specializată (de exemplu, spitalizare) sau într-o unitate de îngrijire specializată în sănătate mintală.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

Articolul 28 Intervenția combinată asupra stilului de viață

28.1 GLI pentru adulți

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la:

- o intervenție combinată asupra stilului de viață (GLI), constând într-o fază de tratament și o fază de întreținere. Acest program are un termen de desfășurare de până la 24 de luni;
- programul se concentrează pe reducerea consumului de energie și pe creșterea activității fizice pentru a sprijini schimbarea comportamentală;
- programul constă într-o sesiune de primire, întâlniri individuale și de grup și o sesiune finală;
- în timpul acestui program, veți beneficia de îndrumare din partea unui îndrumător de stil de viață.

Care sunt condițiile?

- aveți dreptul la GLI din cauza unui risc moderat crescut pentru sănătate legat de greutate (GGR), în conformitate cu criteriile de indicație și atunci când aveți motivația intrinsecă de a face schimbări în stilul dvs. de viață;

- aveți cel puțin 18 ani. Excepția este în cazul în care aveți 16 sau 17 ani și există un GGR moderat ridicat (sau mai mare), iar practicianul apreciază că adolescentul ar putea beneficia de un GLI pe baza modelului pentru adulți;
- furnizorul de asistență medicală care oferă sfaturi privind stilul de viață să fie înregistrat din punct de vedere calitativ ca îndrumător de stil de viață. Înregistrarea se face în registrul BLCN sau în registrul propriei profesii paramedicale. În acest din urmă caz, este vorba de o înregistrare specifică ca îndrumător de stil de viață;
- GLI trebuie să aibă denumirea de prima indicație de eficacitate în parcursul de recunoaștere al Ghișeului pentru o viață sănătoasă (www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies) al RIVM și trebuie să fie aprobat ca asistență medicală asigurată de Zorgverzekeraars Nederland;
- furnizorul de asistență medicală care oferă sfaturi privind stilul de viață deține în mod demonstrabil o licență valabilă din partea titularului de licență a programului GLI oferit sau este el însuși titularul licenței;
- în timpul furnizării GLI, medicul de familie rămâne implicat: furnizorul de îngrijire GLI se coordonează cu medicul de familie, oferă feedback periodic cu privire la rezultate și se consultă cu privire la posibile îngrijiri suplimentare, dacă este necesar;
- în cadrul GLI, furnizorul de asistență medicală ar trebui să țină legătura cu medicul de familie, cu alți furnizori de asistență medicală și, dacă este cazul, cu domeniul social;
- pentru perioada de continuitate maximă de 24 de luni se ia în considerare și perioada în care ați beneficiat (parțial) de GLI, dar ați avut asigurare la un alt asigurător de sănătate.

La ce nu am dreptul?

Nu aveți dreptul la:

- îndrumările propriu-zise privind mișcarea în sine;
- intervenții combinate privind stilul de viață care nu s-au dovedit a fi eficiente în conformitate cu Ghișeul pentru o viață sănătoasă al RIVM și/sau care nu sunt aprobate ca asistență medicală asigurată de Zorgverzekeraars Nederland.

Am nevoie de o trimitere?

Aveți nevoie de o recomandare scrisă din partea medicului dvs. de familie, a internistului sau a cardiologului.

Mergeți la un furnizor de servicii medicale cu care nu avem contract? Pentru mai multe informații, consultați articolul 1.5 din prezentele condiții de asigurare.

28.2 Abordarea în lanț pentru copiii supraponderali și obezi

La ce am dreptul?

Aveți dreptul la:

- îndrumare și coordonare de către furnizorul central de îngrijire (COD), care constă într-o anamneză generală, o eventuală fază intermediară, o fază de tratament, o fază de întreținere și o fază de îndrumare;
- o intervenție combinată asupra stilului de viață (GLI), constând într-o fază de tratament și o fază de întreținere. Acest program are un termen de desfășurare de până la 24 de luni;
- programul se concentrează pe reducerea consumului de energie și pe creșterea activității fizice pentru a sprijini schimbarea comportamentală;
- programul constă într-o sesiune de primire, întâlniri individuale și de grup și o sesiune finală;
- îndrumarea părintelui (părinților)/îngrijitorului (îngrijitorilor);
- în timpul acestui program, veți beneficia de îndrumare din partea unui îndrumător de stil de viață pentru copii.

Care sunt condițiile?

- aveți dreptul la rambursare din partea furnizorului central de servicii de sănătate și din partea GLI începând de la un nivel de risc moderat crescut pentru sănătate legat de greutate (GGR), în conformitate cu Orientarea FMS privind excesul de greutate și obezitatea la adulți și copii și atunci când aveți motivația intrinsecă de a face schimbări în stilul dvs. de viață;
- o GLI pentru copiii de până la 18 ani ar trebui să fie supravegheată și coordonată de furnizorul central de asistență medicală și să facă parte din abordarea în lanț;
- furnizorul de asistență medicală care oferă sfaturi privind stilul de viață să fie înregistrat din punct de vedere calitativ ca îndrumător de stil de viață pentru copii. Înregistrarea se face în registrul BLCN sau într-un registru similar aprobat de Zorgverzekeraars Nederland, la www.zem.nl/vergoedingenzoeker veți găsi referința la registru;
- Furnizorul central de servicii de îngrijire trebuie să fie înscris într-un registru de calitate aprobat de Zorgverzekeraars Nederland, la www.zem.nl/vergoedingenzoeker veți găsi referința la registru;
- GLI trebuie să aibă desemnarea de primă indicație de eficacitate în procesul de recunoaștere al Laboratorului de viață sănătoasă al RIVM (www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies) sau trebuie să fie aprobat ca îngrijire asigurată de Zorgverzekeraars Nederland;
- Programele GLI eligibile pentru rambursare pot fi accesate prin intermediul detectorului de rambursări la www.zem.nl/vergoedingenzoeker.

- furnizorul de asistență medicală care oferă sfaturi privind stilul de viață deține în mod demonstrabil o licență valabilă din partea titularului de licență a programului GLI oferit sau este el însuși titularul licenței;
- în timpul furnizării GLI, medicul de familie rămâne implicat: furnizorul central de asistență medicală se coordonează cu medicul de familie, oferă feedback periodic cu privire la rezultate și se consultă cu privire la posibile îngrijiri suplimentare, dacă este necesar;
- în cadrul GLI, un furnizor de asistență medicală trebuie să țină legătura cu furnizorul central de asistență medicală. Furnizorul central de asistență medicală asigură coordonarea cu alți furnizori de asistență medicală și, dacă este cazul, cu domeniul social;
- pentru perioada de continuitate maximă de 24 de luni se ia în considerare și perioada în care ați beneficiat (parțial) de GLI, dar ați avut asigurare la un alt asigurător de sănătate;
- municipalitatea dumneavoastră ar trebui să fi pus în aplicare abordarea în lanț și să existe acorduri de cooperare în acest sens cu un asigurător de sănătate;
- asistența medicală trebuie să fie eficientă. Având în vedere că este vorba de o abordare nouă și că trebuie creată o ofertă efectivă suficientă, această asistență nu va fi încă disponibilă pentru toate persoanele asigurate în 2025.

La ce nu am dreptul?

Nu aveți dreptul la:

- îndrumările propriu-zise privind mișcarea în sine;
- intervenții combinate privind stilul de viață care nu s-au dovedit a fi eficiente în conformitate cu Ghișeul pentru o viață sănătoasă al RIVM și/sau care nu sunt aprobate ca asistență medicală asigurată de Zorgverzekeraars Nederland.

Am nevoie de o trimitere?

Aveți nevoie de o recomandare scrisă din partea medicului dvs. de familie, a medicului pediatru sau a medicului specializat în sănătatea copiilor și a adolescenților.

Articolul 29 A doua opinie

La ce am dreptul?

Aveți dreptul de a solicita o evaluare a diagnosticului/tratamentului propus sau a indicației făcute pentru dvs. de către o a doua persoană independentă care este:

- medic;
- un alt tip de furnizor de asistență medicală (cum ar fi un psihoterapeut sau un psiholog clinician);
- Asistent medical cu diplomă de licență sau masterat înregistrat la BIG (cu indicație de asistent medical districtual).

Care sunt condițiile?

- a doua opinie se referă la îngrijirile menționate la articolele 2.4-2.15 din Decizia privind asigurarea de sănătate;
- furnizorii de servicii medicale implicați lucrează în același domeniu;
- reveniți cu a doua opinie la primul furnizor de servicii medicale consultat, care rămâne responsabil de tratament.

La ce nu am dreptul?

- tratament de către cel de-al doilea medic sau furnizor de asistență medicală independent fără a reveni mai întâi la primul furnizor de asistență medicală consultat;
- o a doua opinie solicitată în cadrul unei proceduri civile sau a unui examen medical pentru obținerea permisului de conducere.

Am nevoie de o trimitere?

Aveți nevoie de o recomandare scrisă din partea medicului dvs. de familie. În cazul asistentei medicale de proximitate, nu este necesară nicio trimitere.

Am nevoie de o aprobare prealabilă din partea ZEM?

Aveți nevoie de permisiunea scrisă prealabilă a ZEM pentru o a doua opinie în cadrul unui Zvw-pgb.

Secțiunea C Informații

Aveți întrebări? Pe www.zem.nl găsiți numeroase informații.

Portalul dvs. personal

Persoanele asigurate ZEM au acces la un portal personal. Prin intermediul portalului dvs. personal, puteți să consultați cererile de despăgubire depuse, franșizele, datele personale și detaliile poliței. De asemenea, prin portalul dvs. personal puteți declara online facturi. Vă puteți conecta cu codul dvs. DigiD pe www.zem.nl/persoonlijkportaal.

Cum pot obține rambursarea facturii mele?

ZEM va rambursa costurile doar pe baza facturilor originale (adică nu pe baza bonurilor de POS sau de casă) sau a facturilor electronice autentificate de către furnizorul de servicii medicale.

Vă puteți depune facturile astfel:

- scrieți numărul dvs. de cont pe factura originală și declarați factura (facturile) online prin MijnZZ (www.zem.nl/persoonlijkportaal). Păstrați factura originală timp de cel puțin trei ani după ce ați încărcat-o. În această perioadă, vă putem solicita în continuare factura pentru verificare;
- perioada de depunere a facturilor este de 3 ani de la data facturii pentru tratament. În cazul în care factura de tratament nu conține nicio dată, perioada de depunere a facturilor se încheie la data de 31 decembrie a celui de-al treilea an care urmează anului în care a avut loc tratamentul;
- pentru o serie de tratamente medicale, trebuie să solicitați în prealabil o aprobare; în aceste condiții ale poliței din secțiunea B, „Domeniul de acoperire”, puteți vedea care sunt acestea.

Vă confrunțați cu un obstacol faptic demonstrabil (articolul 1.5.2) în ceea ce privește rambursarea pentru îngrijirile care nu sunt contractate? Pentru a face acest lucru, accesați www.zem.nl/hinderpaal.

Cum mi se poate rambursa factura din străinătate?

Atunci când solicitați rambursarea cheltuielilor medicale efectuate în străinătate, trebuie să prezentați un formular de cerere de rambursare, pe lângă factura originală. Acest formular se poate descărca de pe www.zem.nl/downloads sau se poate obține de la ZEM. Puteți trimite factura originală împreună cu formularul de cerere de despăgubire, cu taxa de timbru corespunzătoare, la adresa:

ZEM
T.a.v. de Afdeling Declaraties Buitenland
Postbus 428
2300 AK LEIDEN

Un singur IBAN

Nu este necesar să indicați IBAN-ul dvs. pentru cererile de rambursare. În măsura în care este posibil, ZEM utilizează același IBAN pentru plata cererilor dvs. de despăgubire ca și pentru colectarea sau plata primelor de asigurare. Acest cod IBAN este indicat în fișa poliței.

Asigurare suplimentară

2025

Asigurare suplimentară	3
Secțiunea A Domeniul de acoperire	3
Articolul 1 Franșiza obligatorie.....	3
Secțiunea B condiții AV-ZEM	4
1. Dispoziții generale	4
2. Solicitarea, începerea și încetarea asigurării dvs. suplimentare	4
3. Prima de asigurare	5
4. Modificarea primei și a condițiilor	6
5. Alte dispoziții	6
Secțiunea C Informații	9

Secțiunea A Domeniul de acoperire

Această secțiune enumeră drepturile și/sau rambursările la care aveți dreptul în calitate de persoană asigurată. Articolele precizează condițiile și cuantumul maxim al dreptului la rambursare. Consiliul membrilor a hotărât aceste aspecte la 30 octombrie 2024. Rambursările pentru cheltuielile (medicale) din polițele de asigurare suplimentare ale ZEM se bazează pe tariful convenit de către noi sau în numele nostru cu furnizorul de servicii. Termenele și condițiile de asigurare și această secțiune constituie împreună termenele și condițiile asigurării dvs. suplimentare încheiate la ZEM.

Articolul 1 Franșiza obligatorie

Ce se rambursează?

Aveți dreptul la rambursarea costurilor care, în temeiul franșizei obligatorii a asigurării de bază de la ZEM, vă revin dvs.

Cât mi se rambursează?

AV-ZEM
Maximum 100%

Secțiunea B condiții AV-ZEM

1. Dispoziții generale

1.1 Pentru cine

AV-ZEM este o asigurare suplimentară a mărcii ZEM de la asigurătorul OWM Zorg en Zekerheid u.a. Asigurarea suplimentară este deschisă exclusiv tuturor persoanelor care fac obiectul asigurării obligatorii în temeiul Legii privind asigurarea de sănătate, care au reședința în Țările de Jos sau într-o altă țară din UE/SEE și care sunt înregistrate ca asigurate la ZEM pe baza unui contract colectiv pentru lucrătorii migranți în regim flexibil, precum și persoanelor care sunt autorizate în acest sens printr-o decizie a Comitetului executiv al ZEM. Puteți încheia o asigurare suplimentară la noi numai dacă aveți sau încheiați în același timp și o poliță ZEM la noi.

1.2 Dreptul olandez

Această asigurare suplimentară este reglementată exclusiv de dreptul olandez.

1.3 Solicitarea sau rezilierea unei asigurări suplimentare

Solicitarea sau anularea unei asigurări suplimentare se poate face numai în format digital.

2. Solicitarea, începerea și încetarea asigurării dvs. suplimentare

2.1 Cum solicitați o asigurare suplimentară

Ne puteți solicita în format digital asigurarea suplimentară din prezentele condiții ale poliței. În calitate de solicitant de asigurare suplimentară, veți coopera în vederea obținerii tuturor informațiilor pe care le considerăm necesare pentru a vă evalua cererea.

2.2 Completați cererea în întregime și conform realității

Atunci când solicitați o asigurare suplimentară sau faceți o modificare la asigurarea existentă, ne-o veți transmite completată în totalitate și conform realității. În caz contrar, nu vom fi răspunzători pentru rambursarea costurilor și putem rezilia asigurarea fără a respecta o perioadă de preaviz. Acest lucru este valabil și în cazul în care ne ascundeți informații esențiale care ar fi fost importante pentru noi în decizia de a încheia sau nu contractul de asigurare cu dvs. în aceleași condiții. În acest caz, putem invoca titlul 17 din volumul 7 din Codul civil și putem rezilia contractul de asigurare cu efect imediat. În cazul în care suportăm costuri de investigație pentru a stabili dacă ați completat totul în mod complet și conform realității, aceste costuri vor fi suportate de către dvs.

2.3 Condițiile AV-ZEM

Asigurarea este supusă următoarelor condiții:

- a. nu este posibilă înregistrarea retroactivă;
- b. nu este posibil să fiți asigurat(ă) simultan pentru mai multe pachete suplimentare;
- c. această asigurare suplimentară este o asigurare online. Dacă ați încheiat această asigurare, v-ați dat consimțământul pentru a primi polița și altă corespondență (cum ar fi declarațiile de despăgubire și facturile) de la ZEM în format digital. Întreaga comunicare dintre dvs. și ZEM se desfășoară online;
- d. prima pentru această asigurare suplimentară poate fi plătită numai prin debitare directă.

2.4 Începutul, sfârșitul și durata asigurării dvs

2.4.1 Asigurarea dvs. intră în vigoare la data de 1 ianuarie a unui an calendaristic sau la data intermediară la care începe asigurarea dvs. de bază. Durata asigurării este pentru (partea rămasă din) anul calendaristic în care a început asigurarea suplimentară. După încheierea acestui an calendaristic, asigurarea dvs. va fi reînnoită tacit anual pentru o perioadă de un an calendaristic, cu excepția cazului în care reziliați asigurarea până la cel târziu la data de 31 decembrie a anului calendaristic.

2.4.2 Dacă v-am solicitat informații suplimentare pentru a procesa cererea dvs. de asigurare, asigurarea nu va intra în vigoare decât în prima zi a lunii următoare celei în care am primit informațiile solicitate.

2.4.3 Asigurarea încetează:

- după expirarea duratei convenite, în cazul în care titularul poliței de asigurare reziliază înainte de data de 1 ianuarie a oricărui an (a se vedea punctul 2.6.1);
- în momentul în care persoana asigurată nu își mai are reședința permanentă în Țările de Jos sau într-o altă țară UE/SEE;
- în momentul decesului titularului poliței de asigurare sau al persoanei asigurate;
- în cazul rezilierii de către persoana asigurată ca urmare a modificării condițiilor de asigurare, a pachetului de asigurare și/sau a primei, astfel cum se menționează la punctul 4.2, în modul prevăzut la punctul 4.3;

- în momentul rezilierii de către asigurător, astfel cum se menționează la articolul 2.7.

2.5 Refuzul cererii de asigurare

Este posibil să vă refuzăm cererea dacă o asigurare anterioară a fost reziliată din cauza neachitării primei datorate. De asemenea, putem refuza cererea în cazul în care asigurarea a fost reziliată anterior în legătură cu ceea ce se stipulează la articolul 2.7 sau în cazul în care există o înregistrare a titularului de poliță și/sau a persoanei asigurate în Sistemul de alertă de incidente pentru instituțiile financiare (Registrul de sesizări externe).

2.6 Când puteți rezilia asigurarea suplimentară

- 2.6.1 În calitate de titular de poliță, puteți anula asigurarea suplimentară începând cu data de 1 ianuarie a fiecărui an. Condiția este să primim cererea dvs. de reziliere până cel târziu la data de 31 decembrie a anului precedent. Puteți utiliza serviciul de reziliere al asigurătorilor de sănătate din Țările de Jos. Prin aceasta, îl autorizați pe asigurătorul noii asigurări suplimentare să rezilieze vechea asigurare suplimentară.
- 2.6.2 În calitate de titular de poliță de asigurare, puteți rezilia asigurarea suplimentară pe parcurs, în scris, în cazul unei modificări a primei și/sau a condițiilor de asigurare, astfel cum se menționează la articolul 4.

2.7 Când putem rezilia noi asigurarea dvs. suplimentară

Putem anula asigurarea dvs. suplimentară în scris, cu efect de la o dată care va fi stabilită de ZEM, dacă:

- nu ați plătit la timp prima de asigurare, așa cum se menționează la articolul 3.3;
- s-a constatat o fraudă (a se vedea articolul 5.5);
- nu ne-ați furnizat nicio informație sau ne-ați furnizat informații incomplete ori incorecte (a se vedea articolul 2.2);
- nu mai sunt îndeplinite condițiile descrise la articolele 1.1 și 2.3;
- anulați asigurarea de bază și încheiați o altă asigurare de bază cu noi;
- ne retragem asigurarea de pe piață din motive care prezintă importanță pentru noi.

2.8 Comunicări

Comunicările adresate la ultima dvs. adresă și/sau adresă de e-mail cunoscută de noi se consideră ca fiind primite de dvs.

3. Prima de asigurare

3.1 Cine plătește prima de asigurare

Titularul poliței este obligat să plătească prima pentru fiecare persoană asigurată care datorează primă. Obligația de plată a primei începe la data intrării în vigoare și încetează la data încetării asigurării. În caz de deces al unei persoane asigurate, prima este datorată până inclusiv în ziua decesului. Titularul poliței de asigurare este obligat să plătească în avans prima și sumele care decurg din dispozițiile legale sau reglementările (din străinătate) pentru toate persoanele asigurate.

3.2 Compensare

Nu puteți compensa sumele datorate (cum ar fi prima) cu nicio despăgubire pe care o mai aveți de primit de la noi. Cu toate acestea, putem compensa datoria dvs. cu banii la care mai aveți dreptul din polița sau polițele dvs. de asigurare.

3.3 Întârzierile la plată

- 3.3.1 Dacă nu plătiți la timp prima, contribuția legală, franșiza, coplata sau costurile, vă vom trimite o atenționare. În cazul în care nu plătiți în termenul de cel puțin paisprezece zile specificat în atenționare, putem rezilia asigurarea. În cazul în care am reziliat asigurarea, aceasta poate fi solicitată din nou după plata primei datorate și a eventualelor costuri. Asigurarea intră în vigoare de la data de 1 ianuarie a anului calendaristic următor.
- 3.3.2 Dacă dvs., în calitate de titular al poliței de asigurare, ați primit deja o atenționare pentru neplata la timp a primei, a contribuțiilor legale, a franșizei, a coplății sau a costurilor, nu este necesar să vă trimitem o atenționare scrisă separată pentru o factură ulterioară.
- 3.3.3 În cazul în care nu ați plătit integral creanța noastră și sunt îndeplinite dispozițiile articolului 6:96 alineat 6 din Codul civil, ne veți datora costuri de colectare extrajudiciară. Costurile de recuperare extrajudiciară se stabilesc și se calculează în conformitate cu Decizia privind compensarea costurilor de recuperare extrajudiciară adoptată în temeiul articolului 6:96 alineatul (5) din Codul civil olandez.
- 3.3.4 Aveți obligația de a vă plăti prima la timp. În caz de neplată a primei la data scadență a primei, nu puteți invoca faptul că prima nu a fost încasată la timp.

3.4 Impozitul pe asigurări

În cazul în care trebuie să plătim impozit pe primele de asigurare pentru dvs. în străinătate, vom recupera suma respectivă de la dvs. Aveți obligația de a plăti aceste impozite în termenul stabilit de noi. În cazul în care nu ne plățiți această sumă la timp, vom rezilia asigurarea suplimentară (a se vedea articolul 3.3.1).

4. Modificarea primei și a condițiilor

4.1 Modificarea primei și a condițiilor la data reînnoirii

Putem modifica prima și condițiile asigurării (asigurărilor suplimentare) începând cu 1 ianuarie, data la care se reînnoiește (tacit) asigurarea pentru un an calendaristic. Vă vom informa în prealabil în scris pe dvs., titularul poliței de asigurare. O modificare a primei și/sau a condițiilor se va face în bloc. Aceasta înseamnă că modificarea se aplică tuturor persoanelor asigurate.

4.2 Modificarea primei și a condițiilor pe parcursul perioadei de asigurare

Putem modifica în orice moment prima și condițiile poliței sau polițelor de asigurare suplimentară. Vă vom informa în prealabil în scris pe dvs., titularul poliței de asigurare. Data modificării va fi stabilită de către noi. O modificare a primei și/sau a condițiilor se va face în bloc. Aceasta înseamnă că modificarea se aplică tuturor persoanelor asigurate.

4.3 Dreptul de reziliere

Modificăm condițiile și/sau prima de asigurare menționate la articolul 4.2 în defavoarea dvs.? În acest caz, aveți dreptul de a vă rezilia asigurarea în termen de treizeci de zile de la momentul în care am anunțat modificarea. Trebuie să ne anunțați în scris, prin scrisoare recomandată. Nu aveți niciun drept de anulare în cazul în care o modificare rezultă în urma unor măsuri, reglementări sau dispoziții legale sau în cazul în care modificăm asigurarea în favoarea dvs.

5. Alte dispoziții

5.1 Care sunt obligațiile dvs.

- a. să solicitați medicului curant sau medicului specialist să comunice consilierului medical al ZEM motivul internării, în cazul în care consilierul medical solicită acest lucru;
- b. să cooperați cu consilierul medical sau cu alte persoane însărcinate cu monitorizarea la ZEM pentru a obține orice informație necesară, cu respectarea reglementărilor privind protecția vieții private. Aceasta include cooperarea cu ZEM în vederea obținerii unei a doua opinii din partea unui specialist independent, la recomandarea acestuia. Costul unei astfel de a doua opinii va fi suportat de ZEM;
- c. să informați ZEM cu privire la faptele care ar putea atrage după sine recuperarea costurilor de la (eventuali) terți responsabili. Veți furniza ZEM, în mod gratuit, toate informațiile și/sau cooperarea necesare în acest sens;
- d. nu este permis, fără acordul scris al ZEM, să încheiați, direct sau indirect, o înțelegere cu terțul responsabil sau cu asiguratorul acestuia în ceea ce privește costurile care au fost sau vor fi rambursate de ZEM;
- e. în caz de detenție, acoperirea asigurării suplimentare pentru persoana asigurată în cauză va fi suspendată începând cu prima zi de detenție. Cu excepția cazului în care ne solicitați să nu facem acest lucru. În perioada de suspendare, nu veți datora nicio primă și nu veți beneficia de nicio acoperire a cheltuielilor. Asigurarea dvs. suplimentară va fi reluată de la data încheierii detenției, cu condiția să ne anunțați în termen de treizeci de zile de la această dată. Transmiteți mai târziu anunțul? În acest caz, acoperirea asigurării suplimentare va fi valabilă doar de la data notificării și nu retroactiv, de la data încheierii detenției;
- f. în măsura în care este necesară o trimitere în cadrul politicii pentru invocarea îngrijirii, să prezentați trimiterea originală de la furnizorul de asistență medicală relevant, dacă ZEM o solicită;
- g. să vă asigurați că orice modificare care ar putea afecta drepturile și obligațiile care decurg din contractul de asigurare este raportată în scris către ZEM cât mai curând posibil, cel târziu în treizeci de zile de la momentul în care a avut loc modificarea. Iată câteva exemple:
 - căsătorie, începerea unei coabitări;
 - divorț, încetarea coabitării de durată;
 - deces;
 - naștere;
 - schimbarea codului bancar;
 - schimbarea adresei;
 - schimbarea adresei de e-mail;
 - începerea și încheierea detenției.

În cazul în care modificarea nu este notificată către ZEM în termen de treizeci de zile, modificarea va intra în vigoare doar de la data notificării și nu retroactiv de la data modificării. Excepțiile sunt: nașterea (a se vedea articolul 2.1.2), decesul și începerea detenției (a se vedea litera d);

- h. în calitate de titular de poliță de asigurare/persoană asigurată, v-ați dat consimțământul expres pentru transmiterea electronică a poliței de asigurare și/sau a altei corespondențe? Atunci comunicarea dintre dvs. și

- ZEM se va face pe cât posibil în format digital, în măsura în care legile și reglementările nu împiedică acest lucru;
- i. titularul de poliță/persoana asigurată are obligația de a se abține de la acte care ar putea prejudicia interesele ZEM;
 - j. titularul de poliță/persoana asigurată trebuie să se asigure că se fac modificările necesare în fișa poliței;
 - k. toate consecințele care decurg din neîndeplinirea sau neîndeplinirea la timp a obligațiilor menționate sunt în sarcina și pe riscul titularului de poliță/persoanei asigurate.

5.2 Excluderi

Nu aveți dreptul la rambursarea cheltuielilor/îngrijirilor:

- a. în cazul în care forma de îngrijire sau de servicii este sau poate fi plătită în temeiul unei dispoziții legale, cum ar fi Legea privind tineretul, Legea privind asistența medicală pe termen lung (Wlz) sau Legea privind sprijinul social (Wmo);
- b. dacă forma de îngrijire sau de servicii este sau poate fi plătită în cadrul asigurării dvs. de sănătate (asigurare de bază);
- c. atunci când acestea sunt cauzate de un conflict armat, un război civil, o insurecție, tulburări interne, mișcări de stradă și revolte care au loc în Țările de Jos sau rezultă din acestea, astfel cum se prevede la articolul 3:38 din Legea privind supravegherea financiară;
- d. în cazul în care prejudiciul a fost cauzat de o reacție nucleară, a avut loc în cadrul acesteia sau a rezultat în urma acesteia, indiferent de modul în care s-a produs. Această excludere nu se aplică în cazul daunelor provocate de nucleizii radioactivi localizați în afara instalației nucleare și utilizați sau destinați a fi utilizați în scopuri industriale, comerciale, agricole, medicale, științifice sau de securitate, cu condiția să fie în vigoare o autorizație emisă de guvernul central pentru fabricarea, utilizarea, depozitarea și eliminarea substanțelor radioactive. "instalație nucleară" înseamnă o instalație nucleară în sensul Legii privind răspunderea pentru accidente nucleare (Monitorul Oficial 1979225). Excepția de la a doua și a treia frază este atunci când un terț este răspunzător pentru prejudiciul suferit în temeiul legislației olandeze sau străine;
- e. în cazul în care îngrijirea este asigurată de dvs., de partenerul dvs., de copil, de părinte sau de un membru de familie (alt) rezident, cu excepția cazului în care ne-am dat acordul prealabil;
- f. atunci când îngrijitorul s-a referit la el însuși sau s-a referit la partener, copil, părinte sau rudă rezidentă (alta);
- g. în cazul în care îngrijirea a fost primită în afara Țărilor de Jos, cu excepția costurilor menționate la articolul 3 din secțiunea A;
- h. pentru tratamentele care necesită o trimitere și/sau o aprobare, iar respectiva trimitere și/sau aprobare nu a fost solicitată/eliberată în prealabil;
- i. în cazul în care îngrijirea a fost cauzată de neglijență gravă sau de un act intenționat;
- j. în cazul în care acestea sunt o consecință a terorismului sau sunt legate de acesta, în măsura în care nu sunt prevăzute în alt mod în Fișa clauzelor de acoperire a riscurilor de terorism a Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden NV (Companiei de Reasigurare Olandeză pentru daune de terorism) (a se vedea www.terrorismeverzekerd.nl).

5.3 Dublă acoperire

- a. nu aveți dreptul la îngrijiri sau la rambursarea costurilor prestațiilor, dacă persoana asigurată poate solicita despăgubiri în temeiul unei polițe de asigurare reglementate de lege, al unei polițe de asigurare guvernamentală, al oricărui sistem de subvenții sau – în absența prezentului contract de asigurare – în temeiul unui alt contract decât acesta pentru costurile rezultate;
- b. Prezența asigurare se aplică numai ca o asigurare suplimentară față de acoperirea care a fost sau ar fi fost oferită în cadrul asigurărilor și al sistemelor menționate la litera (a), dacă nu ar fi existat prezența asigurare.

5.4 Cum gestionăm datele dvs. cu caracter personal

Prelucrăm datele dvs. cu caracter personal în conformitate cu legile și reglementările, cum ar fi Regulamentul general privind protecția datelor. Puteți citi cum facem acest lucru în Declarația noastră de confidențialitate de pe site-ul nostru web.

5.5 Cum procedăm în caz de fraudă?

Dacă dvs. sau cineva în numele dvs. comite o fraudă, vi se va anula dreptul la asistență medicală și la rambursarea acesteia. Vom recupera toate costurile deja plătite începând de la data fraudei. De asemenea, vom recupera de la dvs. costurile de investigare a fraudei.

În plus, avem dreptul de a vă rezilia contractul (contractele) de asigurare în vigoare cu ZEM (asigurare de sănătate și/sau asigurare de sănătate suplimentară) de la data fraudei sau dacă numele dvs. se află pe o listă de sancțiuni.

În caz de fraudă, vă înregistrăm pe dvs. și/sau persoana asigurată nu numai în registrele de evenimente și în Registrul intern de sesizări, ci și în Registrul extern de sesizări gestionat de Stichting Centraal Informatiesysteem (Fundația Sistemului Central de informații – CIS) din Haga. Investigațiile privind fraudele se desfășoară în

conformitate cu Protocolul privind asigurătorii și fenomenul infracțional și cu Protocolul privind Sistemul de alertă cu privire la incidentele din instituțiile financiare (PIFI). În caz de fraudă sau de suspiciune puternică de fraudă, putem, de asemenea, să sesizăm poliția.

5.6 Plângeri și litigii

Dacă sunteți nemulțumit(ă) de o decizie luată de noi sau de serviciile noastre, puteți depune o plângere în termen de douăsprezece săptămâni.

Puteți să ne transmiteți cu ușurință reclamația dvs. prin completarea formularului de reclamație online de pe site-ul nostru www.zem.nl/klacht.

De asemenea, vă puteți depune plângerea în scris la Comitetul nostru pentru plângeri: ZEM, t.a.v. de Klachtencommissie, Postbus 400, 2300 AK LEIDEN.

Dacă nu sunteți mulțumit(ă) de răspunsul nostru la reclamația dvs. sau dacă nu ați primit un răspuns din partea noastră în termen de zece săptămâni (facem tot posibilul să vă răspundem în această perioadă), puteți adresa reclamația sau litigiul dvs. la: Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist. Puteți, de asemenea, să vă adresați instanțelor civile.

5.7 Dispoziție finală

În cazurile care nu sunt acoperite de prezentele condiții ale poliței, decizia îi revine Consiliului de administrație al ZEM. Acest text a fost stabilit de Consiliul membrilor la 30 octombrie 2024, cu efect de la 1 ianuarie 2025.

Secțiunea C Informații

Aveți întrebări? Pe www.zem.nl găsiți numeroase informații.

Portalul dvs. personal

Persoanele asigurate ZEM au acces la un portal personal. În portalul dvs. personal puteți vedea cererile de despăgubire depuse, franșizele, datele personale și detaliile poliței. În plus, vă puteți solicita facturile online prin intermediul portalului personal. Vă puteți autentifica folosind contul dvs. DigiD la adresa www.zem.nl/persoonlijkportaal.

