



Ziekenhuiszorg in 2019

Wat betaalt u?

Het is soms onduidelijk welke zorgkosten wel of niet vergoed worden door zorgverzekeraars. Dit hangt af van de afspraken die u met uw zorgverzekeraar heeft gemaakt. Daarom kunnen wij u niet altijd vooraf zeggen of de zorg die u krijgt, vergoed wordt. Toch willen we u zo goed mogelijk informeren.

Meeste zorg wordt vergoed

De meeste zorg die het ziekenhuis verleent, valt onder de basisverzekering. Deze zorg wordt vergoed door de zorgverzekeraar. SJG Weert heeft met de meeste zorgverzekeraars een contract, waardoor de rekening rechtstreeks ingediend wordt bij uw zorgverzekeraar.

Als u tijdens een behandeling overstapt bent naar een andere zorgverzekeraar, stuurt SJG Weert de rekening naar de verzekeraar waar u op de startdatum van de behandeling verzekerd was.

In de polisvoorwaarden van uw zorgverzekeraar kunt u lezen of de kosten van uw behandeling worden vergoed. Zorg zonder een medische noodzaak (bijvoorbeeld cosmetische chirurgie) wordt nooit vergoed uit de basisverzekering. Deze zorg betaalt u dus zelf, tenzij u hiervoor aanvullend verzekerd bent.

Soms moet u de zorg zelf betalen

Er zijn situaties waarin u zelf (een deel van) de kosten moet betalen. Dit geldt wanneer:

1. U uw eigen risico nog niet gebruikt heeft;
2. U geen verwijzing heeft;
3. De zorgverzekeraar en het ziekenhuis geen contract hebben;
4. U niet verzekerd bent.

1. Eigen risico in 2019

U betaalt in 2019 een eigen risico van minimaal € 385,- als u zorg krijgt die vergoed wordt vanuit de basisverzekering. Dit geldt ook als u bijvoorbeeld een bezoek aan de Spoedeisende hulp brengt. Dit eigen risico is verplicht voor iedereen van 18 jaar en ouder. Het eigen risico gaat in op de dag dat u 18 jaar wordt. Dit betekent dat u in een kalenderjaar altijd de eerste € 385,- aan zorgkosten die onder de basisverzekering vallen zelf moet betalen. Naast dit verplichte eigen risico kan het zijn dat u vrijwillig een hoger eigen risico heeft afgesproken met uw zorgverzekeraar.

2. Geen verwijzing

Voor specialistische zorg heeft u een verwijzing nodig als u wilt dat deze wordt vergoed door uw zorgverzekeraar. Heeft u geen geldige verwijzing voor een onderzoek of een bezoek aan de specialist, dan kan het zijn dat u de behandeling zelf moet betalen of dat u pas behandeld wordt als u de juiste verwijzing heeft. U bent hiervoor zelf verantwoordelijk. Meestal krijgt u een verwijzing via de huisarts, maar ook andere zorgverleners of specialisten kunnen verwijzer zijn. Het is per zorgverzekeraar en polis verschillend wie als verwijzer wordt geaccepteerd. Alleen bij de afdeling Fysiotherapie kunt u terecht zonder verwijzing.

3. Geen contract

Als uw zorgverzekeraar geen contract heeft met SJG Weert betaalt u mogelijk een deel van de kosten zelf. Wij brengen dan de zogenaamde passantenprijs in rekening aan u als patiënt. U kunt dan achteraf kijken of u de rekening alsnog vergoed krijgt via uw zorgverzekeraar. Door goede afspraken met de zorgverzekeraar te maken, probeert SJG Weert te voorkomen dat u zelf de rekening van het ziekenhuis ontvangt en komt het heel weinig voor. Een actuele passantenprijslijst vindt u op onze website: www.sjgweert.nl

Ten aanzien van de paramedische zorg (zoals; ergotherapie, fysiotherapie, diëtetiek en logopedie) heeft SJG Weert niet met alle zorgverzekeraars een contract kunnen afsluiten. Het kan dus zijn dat u voor deze zorg zelf de rekening ontvangt.

Ook heeft SJG Weert geen contract afgesloten met VGZ voor de polis 'Gewoon ZEKUR Zorg'. Heeft u deze polis afgesloten dan wordt de rekening niet naar uw zorgverzekeraar verstuurd, maar naar u als patiënt. U moet deze zelf betalen. U kunt de rekening wel bij uw zorgverzekeraar indienen maar het hangt af van welke zorg u heeft gehad of u deze geheel of gedeeltelijk vergoed krijgt.

De volgende zorg wordt in ieder geval vergoed in SJG Weert:

- spoedeisende zorg;
- laboratoriumonderzoek en medische beeldvormend onderzoek op verzoek van huisarts;
- bevalling door een gynaecoloog.

4. Niet verzekerd

Iedereen die in Nederland woont of werkt is wettelijk verplicht om zich te verzekeren tegen ziektekosten. Bent u niet verzekerd, dan worden de kosten rechtstreeks aan u in rekening gebracht.

Belafpraak of e-consult

Vanaf 1 januari 2018 gelden er landelijk nieuwe regels over de vergoeding voor een e-consult of een telefonische afspraak. Als de afspraak een herhaalconsult op de polikliniek vervangt, kan het zijn dat deze kosten bij uw zorgverzekeraar in rekening worden gebracht. Dit betekent dat dit ten koste kan gaan van uw eigen risico.

Als u aanvullend verzekerd bent

Sommige ziekenhuiszorg valt niet (helemaal) onder de basisverzekering. Dat betekent dat u (een deel van) de rekening zelf moet betalen. U kunt zich hiervoor aanvullend verzekeren. Of uw behandeling uit de aanvullende verzekering wordt vergoed, hangt af van de polisvoorwaarden. Lees daarom uw polis goed door om te weten of u een beroep kunt doen op de aanvullende verzekering. Heeft u geen aanvullende verzekering? Dan moet u de kosten voor ziekenhuiszorg die niet onder de basisverzekering valt, volledig zelf betalen. SJG Weert stuurt de rekening dan rechtstreeks naar u toe.

Hieronder staan de meest voorkomende behandelingen en ingrepen die buiten de basisverzekering vallen:

Correctie flaporen: wordt in veel gevallen (deels) vergoed vanuit de aanvullende verzekering

Sterilisatie man/vrouw: wordt in veel gevallen (deels) vergoed vanuit de aanvullende verzekering

Niet medische bovenooglidcorrectie: wordt in veel gevallen (deels) vergoed vanuit de aanvullende verzekering

Fysiotherapie: wordt in veel gevallen (deels) vergoed vanuit de aanvullende verzekering

Implantaten kaakchirurgie: wordt in veel gevallen (deels) vergoed vanuit de aanvullende verzekering

Meer weten?

Voor algemene vragen kunt u terecht bij de afdeling Patiënteninformatie: patienteninformatie@sjgweert.nl of telefoon: 0495 - 57 22 05.

WhatsApp

Wilt u snel en makkelijk een algemene vraag stellen, op een moment dat het u uitkomt? Dan kunt u ons een WhatsApp bericht sturen via telefoonnummer 06 - 42 79 61 56 (u kunt niet met dit nummer bellen). Uw vraag wordt op werkdagen tussen 09:00 en 17:00 uur meestal binnen een uur beantwoord. Buiten deze tijden krijgt u de eerstvolgende werkdag antwoord.

Voor vragen over uw zorgverzekering kunt u contact opnemen met uw zorgverzekeraar. Zij kunnen u vertellen of een behandeling wel of niet vergoed wordt en u informeren over uw polisvoorwaarden.

R361.01

2019-01

1216100

