



ZEM: el seguro de salud para migrantes temporales

¿Viene a vivir o trabajar por un tiempo en los Países Bajos? En tal caso, necesitará un seguro médico. Su empresa tiene un acuerdo con ZEM, los expertos en seguros de salud para migrantes temporales. Aquí tiene toda la información.

Si trabaja para una empresa neerlandesa, tiene la obligación de contratar un seguro médico neerlandés. A través de su empresa, puede contratar un seguro de salud de ZEM. ZEM es una marca de la compañía de seguros Zorg en Zekerheid, especializada en seguros de salud colectivos para migrantes temporales.

¿Cómo funcionan los seguros de salud en los Países Bajos?

El gobierno neerlandés determina qué gastos de asistencia sanitaria están cubiertos por el seguro de salud básico. Este seguro tiene copago. El copago es una cantidad que debe pagar el asegurado por los servicios médicos aparte de la prima del seguro básico. En ZEM, existe un seguro complementario llamado AV-ZEM que cubre el copago.

¿Cuáles son las ventajas del seguro de salud de ZEM?

- ✓ Servicio: El seguro de salud de ZEM se ha creado en respuesta a las necesidades específicas de los migrantes temporales.

- ✓ Condiciones: Se han firmado acuerdos con empresas para que usted pueda contratar su seguro en condiciones ventajosas.
- ✓ Facilidad: Su empresa se ocupa de los trámites de contratación del seguro.
- ✓ Calidad: ZEM tiene numerosos acuerdos de precios y nivel de calidad con proveedores de servicios sanitarios.
- ✓ Sin copago: El seguro complementario AV-ZEM cubre los costes de atención médica que entrarían dentro del copago obligatorio.

¿Qué costes de atención sanitaria están cubiertos?

- El seguro básico cubre la atención médica imprescindible. Por ejemplo, el médico de cabecera, el hospital, medicinas y el traslado de pacientes. La cobertura del seguro básico la determina el gobierno neerlandés. La tabla de coberturas de servicios de asistencia principales muestra una serie de importes cubiertos por la póliza de seguro básico ZEM.

- Tenga en cuenta que, en ocasiones, se requiere un volante de un profesional sanitario o una autorización de ZEM. Si no los tiene, el seguro no cubre los gastos. En los Países Bajos, no puede acudir a un especialista médico en un hospital sin que su médico de cabecera le haya remitido.
- En muchos casos, el profesional sanitario (contratado) declara los costes directamente a ZEM. Si usted recibe una factura con los costes de la asistencia sanitaria, puede reclamarlos a través de su empresa.

¿Por qué hay algunos costes de atención sanitaria que no están cubiertos (o no del todo)?

- Si elige un proveedor de atención sanitaria que no tiene un contrato con ZEM, es posible que tenga que pagar una parte del servicio. En zem.nl/zorgzoeker, puede buscar proveedores que tengan contrato con ZEM. Ahí también le explicamos cómo localizar proveedores de servicios sanitarios, o qué ocurre si un proveedor de servicios sanitarios no tiene un contrato con ZEM.
- El gobierno neerlandés establece una aportación personal para algunos gastos sanitarios. Esa aportación personal se aplica, por ejemplo, a los cuidados posparto, a algunas medicinas o a los medios auxiliares. La aportación personal corre a cargo del paciente, en su caso, usted.

¿Cubre este seguro los costes de atención sanitaria fuera de los Países Bajos?

- El seguro le cubre en todo el mundo para casos de urgencia. El reembolso que puede recibir por la asistencia en el extranjero nunca será superior a lo que costaría el tratamiento en los Países Bajos.
- ¿Quiere ir a su país de origen o a otro lugar fuera de los Países Bajos para recibir un tratamiento? A menudo, se necesita primero una autorización de ZEM. Por lo tanto, consulte previamente con ZEM las condiciones aplicables.

¿Cómo puede contratar este seguro?

Puede contratar este seguro a través de su empresa. Para ello, debe firmar un formulario de autorización.

- Su empresa le hará llegar la tarjeta sanitaria y la documentación de la póliza.
- El pago de la prima mensual se realizará a través de su empresa.
- Tenga en cuenta que los niños no se incluyen automáticamente en el seguro con sus padres en los Países Bajos, ni siquiera aunque hayan nacido aquí. Informe a ZEM si está esperando un hijo o si hay algún cambio en la composición de su familia.

¿Cuándo acaba la vigencia de este seguro?

- En cuanto deje de recibir un salario (o prestación por enfermedad) a través de su empleador, también se extinguirá el seguro de salud de ZEM.
- Puede solicitar una carta de rescisión a través de su empresa.
- Tenga en cuenta que, si sigue viviendo o trabajando en los Países Bajos, o percibiendo una prestación, la obligación de tener contratado un seguro de salud se mantendrá. Tras su salida de la empresa, perderá la cobertura del seguro colectivo de ZEM a través de la empresa. Consulte a ZEM las condiciones para mantener su seguro de forma independiente.

¿Necesita más información?

- Puede consultar más información sobre el seguro de salud de ZEM en zem.nl. Ahí verá, entre otras cosas, una lista de las coberturas, las condiciones de la póliza y una explicación sobre los copagos.
- En zem.nl, tiene información general sobre los seguros de salud, la vida y el trabajo en los Países Bajos. Esta información está disponible en nueve idiomas (entre ellos, el español).

Cobertura de servicios de asistencia principales

En la página siguiente, encontrará un resumen de los servicios de asistencia principales que cubre su póliza ZEM. También se indica si hay que abonar un copago. La póliza ZEM es un seguro básico. Esto significa que, en muchos casos, el gobierno determina qué tratamientos están cubiertos. Suele ser más económico si elige un proveedor de salud que tenga un contrato con ZEM. Puede ampliar la información en zem.nl/zorgzoeker. En zem.nl/vergoedingen, encontrará información completa sobre todas las coberturas y las condiciones.

Su empresa colabora con la fundación Verzekering Buitenlandse Werknemers (VBW), dedicada a los seguros para trabajadores extranjeros. Para las incidencias que no están cubiertas (o no totalmente) por ZEM, puede solicitar reembolsos al fondo de garantía de esta fundación a través de su empresa. Estos reembolsos también figuran en la tabla de la página siguiente. Puede consultar las condiciones en el Reglamento del fondo de garantía. Puede solicitar este Reglamento a su empresa.

	Médico de cabecera	Siempre está cubierto. Estos costes también se reembolsan aunque no se haya registrado con un médico de cabecera y, por lo tanto, el médico le cobre una tarifa de paso.
	Medicinas	El gobierno determina qué medicinas están cubiertas. A veces, usted tendrá que pagar una parte. Puede ocurrir que el médico de cabecera le recete una medicina que no esté cubierta por el seguro. Suele ser el caso de medicinas disponibles sin receta en una parafarmacia o un supermercado. Por ejemplo, el paracetamol o pastillas para el estómago.
	Fisioterapia	El gobierno determina las dolencias para las que se reembolsan los tratamientos de fisioterapia. A partir de los 18 años, normalmente tendrá que pagar las 20 primeras sesiones. Para los tratamientos de fisioterapia por causas relacionadas con el trabajo, se puede obtener un reembolso a través de la fundación VBW. Se reembolsan hasta 5 sesiones (y, tal vez, 5 más si se obtiene la aprobación) de 35 € por sesión y año natural como máximo.
	Hospital y médicos especialistas	El gobierno determina qué tratamientos están cubiertos. En los Países Bajos, no se puede ir directamente al hospital, por ejemplo, para pedir cita al ginecólogo o a un médico internista. Necesitará que le remita el médico de cabecera o un centro de salud.
	Medios auxiliares	El gobierno determina qué medios auxiliares están cubiertos. A veces, usted tendrá que pagar una parte. Las muletas no están cubiertas.
	Costes relacionados con el embarazo y el parto	El gobierno determina qué costes están cubiertos. Siempre se permite dar a luz en el hospital. Si no hay una necesidad médica de dar a luz en el hospital, los costes de hospitalización no están cubiertos por la póliza de seguro básico ZEM y usted tendrá que abonar una aportación personal. En los Países Bajos, los niños no se incluyen automáticamente en el seguro con sus padres. Es importante que contrate un seguro de salud para su hijo antes de que pasen 4 meses desde su nacimiento. Los gastos médicos de su hijo después del parto <u>no</u> están cubiertos por el seguro de la madre. Para los cuidados posparto, usted tendrá que pagar una parte.
	Dentista	El gobierno determina qué tratamientos están cubiertos. A partir de los 18 años, solo están cubiertos los tratamientos por afecciones graves muy específicas. Las revisiones periódicas no están cubiertas. La fundación VBW puede reembolsar las consultas dentales de urgencia hasta 200 € por año natural. Por ejemplo, la extracción de una muela.
	Repatriación de cadáver	En caso de fallecimiento, se ha establecido por contrato con su empresa el transporte de su cuerpo a su país de origen en Europa. La condición es que su empresa lo gestione a través de la central de alarmas ANWB.