

*Heeft u vragen? Nood aan bijkomende info?*

*Mail naar onze frontdesk via* ***vraag@mi-is.be***

*Of bel naar* ***02 508 85 85***

-

**INFORMATIEDOCUMENT**

**DE MEDISCHE BEWIJSSTUKKEN IN HET KADER VAN DE WET VAN 02/04/1965 EN HET MINISTERIEEL BESLUIT VAN 30/01/1995**

|  |  |
| --- | --- |
| POD Maatschappelijke Integratie, Armoedebestrijding, Sociale Economie en GrootstedenbeleidFINTO – Kruidtuinlaan 50 bus165 – B1000 Brussel – <http://www.mi-is.be> – tel +32 2 508 85 85 – fax +32 2 508 85 10 – vraag@mi-is.be | logos |

**INHOUD**

A. Het onderscheid tussen de verschillende soorten medische kosten p2

B. Administratieve aandachtspunten p4

C. Wettelijke basis terugbetaling medische kosten p6

D. Uitputten van rechten p8

E. Attest dringende medische hulp p14

F. Het sociaal onderzoek p16

G. De beslissing tot ten laste name p27

H. Algemene terugbetalingsregel p28

I. Formulier D1 p33

J. Formulier D2 p44

K. Vragen p50

BIJLAGEN p51

Medische bewijsstukken in het kader van de wet van 02/04/1965 en het MB van 30/01/1995[[1]](#footnote-1)

*De wijzigingen ten opzichte van de vorige versie zijn in het groen aangeduid.*

De ziekenhuiskosten voor personen die niet aansluitbaar zijn bij een ziekenfonds worden geregeld via MEDIPRIMA (vanaf datum verzorging 01/06/2014 🡪 zie Omzendbrief van 24/12/2013 betreffende project MEDIPRIMA fase 1). Vooral de onderdelen “Aansluiting ziekenfonds” (punt D), “Attest dringende medische hulp” (punt E) en “Sociaal onderzoek” (punt F) is binnen dit informatiedocument voor deze personen nog van toepassing. Wat betreft MEDIPRIMA (handleiding, omzendbrieven) gelieve [www.mi-is.be](http://www.mi-is.be) te consulteren.

Er werd in 2019 een begin gemaakt met Mediprima uit te breiden met huisartsen. Dit moet verder uitgerold worden in 2020 en 2021, ook met betrekking tot de apothekers. Via andere informatiekanalen van de POD MI zal u hiervan op de hoogte gesteld worden. Vanzelfsprekend moet u vanaf dat moment de onderrichtingen volgen die dan zullen meegedeeld worden.

Dit is de meest recentste versie van dit informatiedocument. Wetswijzigingen, wijzigingen door omzendbrieven en updates van informatie vanaf 1/01/2021 zijn er niet in opgenomen. Via de omzendbrieven en FAQ’s terug te vinden op [www.mi-is.be](http://www.mi-is.be) kan u op de hoogte blijven van wijzigingen in de materies. Vanzelfsprekend kan u voor vragen verder terecht bij vraag@mi-is.be (Front Office).

# A. Het onderscheid tussen de verschillende soorten medische kosten

De wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de OCMW stipuleert in artikel 12 dat “de *terugvorderbare* kosten betaalbaar zijn tegen overlegging van een staat van verschotten …”. Hieruit volgt dat de OCMW slechts de terugvorderbare kosten mogen aanrekenen op de formulieren D1 en D2 van de wet van 2/04/1965 van de dienst Leefloon/Wet 65. Deze nota heeft de bedoeling duidelijk te maken wat er terugvorderbaar is van de POD MI (Programmatorische Federale Overheidsdienst Maatschappelijke Integratie) en wat niet.

Er zijn vier soorten medische kosten te onderscheiden:

Met ***medische kosten*** (formulier D1) worden die kosten bedoeld die betaald werden voor medische verstrekkingen buiten de verplegingsinstelling (bijvoorbeeld raadpleging arts of laboratoriumonderzoeken).

Met  ***farmaceutische kosten*** (formulier D1) worden de apothekerskosten bedoeld die betaald werden buiten de verplegingsinstelling.

Met ***hospitalisatiekosten*** (formulier D2) worden die kosten bedoeld die betaald werden aan de verplegingsinstelling (mét RIZIV-nummer) tijdens een verblijf in het ziekenhuis gedurende meerdere dagen (dus *mét overnachting*). De terugvorderbare kosten worden steeds aan 100% terugbetaald.

Met ***ambulante zorgen verstrekt in een verplegingsinstelling*** (formulier D2) worden die kosten bedoeld die betaald werden aan de verplegingsinstelling (mét RIZIV-nummer) tijdens een verblijf of consultatie in het ziekenhuis *zonder overnachting* (een daghospitalisatie hoort hier dus onder thuis). De terugvorderbare kosten worden steeds aan 100% terugbetaald.

De volgende termen zijn zeer belangrijk om te weten wat de POD MI terugbetaalt voor de verschillende soorten medische kosten:

* het wettelijk honorarium: dat is de maximumprijs die een geconventioneerde arts mag vragen aan een patiënt of de vastgelegde maximumprijs voor een vergoedbaar medicijn
* de gewone tegemoetkoming: dit is het bedrag dat een ziekenfonds terugbetaalt aan een patiënt als deze geen RVV-statuut heeft (Recht op Verhoogde Verzekeringstegemoetkoming)
* de verhoogde tegemoetkoming: dit is het bedrag dat een ziekenfonds terugbetaalt aan een patiënt als deze een RVV-statuutheeft
* remgeld: het verschil tussen het wettelijk honorarium en de gewone tegemoetkoming of verhoogde tegemoetkoming
* (ereloon)supplement: het bedrag waarmee het honorarium het wettelijk honorarium overstijgt.

Het wettelijk honorarium = gewone/verhoogde tegemoetkoming + remgeld

Voorbeeld:

Een arts vraagt voor een consultatie 25 €. Het wettelijk honorarium is 19 €. De verhoogde tegemoetkoming bedraagt 17 €.

🡪 het remgeld is 2 € (19 € - 17 €) en het ereloonsupplement is 6 € (25 € - 19 €)

Wat is het RVV-statuut (verhoogde tegemoetkoming)? Dit is een statuut waartoe iemand behoort waardoor deze persoon recht heeft op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, het voorkeurtarief van de terugbetalingen van geneeskundige verzorging.

Dit tarief wordt toegekend in functie van de specifieke situatie van de rechthebbende (weduwe, wees, invalide, leefloon, equivalent leefloon, rechthebbenden op sociale bijdragen, enz.) Dit recht wordt ook uitgebreid tot de echtgeno(o)t(e), wettelijk samenwonende partner of levenspartner en hun personen ten laste.

De mensen die vroeger het WIGW-statuut (Weduwen, Invaliden, Gepensioneerden, Wezen) hadden behoren dus ook nog tot het RVV-statuut. Het RVV-statuut is echter ruimer dan het vroegere WIGW-statuut. De mensen met leefloon of equivalent leefloon behoren er ook toe.

Wat van tel is bij dit alles voor de terugbetaling van de medische kosten betreft het tarief van de verhoogde tegemoetkoming. OCMW-klanten hebben na drie maanden aansluiting bij het ziekenfonds recht op de verhoogde tegemoetkoming, als persoon met het statuut verhoogde tegemoetkoming.

***B. Administratieve aandachtspunten***

1) Kennisgeving van de beslissing binnen 45 dagen: formulieren B1 & B2

Er moet administratief kennis worden gegeven van de steunverlening aan de POD MI binnen de 45 dagen via een formulier B1 of B2.

Het formulier B1 betreft de administratieve kennisgeving aan de POD MI van een steunverlening voor een medische of farmaceutische kost buiten de verplegingsinstelling (bijvoorbeeld facturen van huisartsen, tandartsen, andere specialisten, apothekerskosten, …).

Het formulier B2 betreft de administratieve kennisgeving aan de POD MI van een steunverlening voor een medische of farmaceutische kost binnen de verplegingsinstelling (ambulante ziekenhuiskosten of hospitalisatie).

Wat betreft een hospitalisatie begint de steunverlening de eerste dag van de hospitalisatie en de 45 dagen beginnen vanaf de eerste dag van de hospitalisatie te lopen (art. 9, §1 van de wet van 02/04/1965).

De ziekenhuizen hebben geen verplichting om een OCMW binnen een bepaalde termijn in te lichten over een hospitalisatie. Evenwel verliest het steunverlenend centrum de mogelijkheid om de kosten van de steun terug te vorderen indien het ziekenhuis het steunverlenend OCMW na de termijn van 45 dagen vanaf de hospitalisatie verwittigt. Teneinde de financiering veilig te stellen dient het ziekenhuis dan ook zo snel mogelijk en zeker binnen de 45 dagen vanaf de hospitalisatie het OCMW te verwittigen, zoniet wordt het het OCMW onmogelijk gemaakt de kosten terug te vorderen. Dit werd gemeld aan de ziekenhuisbeheerders door middel van de omzendbrief van 06/07/2000 van de Minister van Sociale Zaken en Pensioenen. Om echter deze problemen te vermijden kan het OCMW steeds een formulier B2 per persoon opsturen voor een heel jaar en dit, indien nodig, jaarlijks verlengen. Als er zich dan een hospitalisatie voordoet, dan is het OCMW steeds binnen termijn van de 45 dagen. Wat hierboven beschreven werd betreft een louter administratieve handeling. Wat betreft de formele juridische beslissing van het OCMW en de kennisgeving van deze beslissing, zie punt G. Voor de OCMW met een verplegingsinstelling op hun grondgebied bestaat een goede praktijk erin dat er een overeenkomst tussen OCMW en verplegingsinstelling opgesteld wordt. Op die manier kunnen er afspraken vastgelegd worden wat betreft termijnen om elkaar te verwittigen van een opname, het voeren van het sociaal onderzoek, het indienen van een steunaanvraag, enzovoort.

2) Medische en farmaceutische kosten: formulier D1

Medische en farmaceutische kosten moeten ingediend worden via de daartoe bestemde rubrieken op het formulier D1. Dit kan enkel als er een goedgekeurd formulier B1 is voor de desbetreffende periode. De kosten moeten ingediend worden via het formulier D1 van de maand waarin de zorgen verstrekt werden of de medicijnen afgeleverd werden. Als er meerdere facturen zijn waarbij zorgen verstrekt werden in dezelfde maand, dan moeten de terugvorderbare bedragen van deze facturen samengeteld worden en ingediend worden via hetzelfde formulier D1.

Voorbeeld: persoon X gaat op raadpleging bij de huisarts op 18/11/2005 en bij een tandarts op 20/11/2005. De terugvorderbare kosten van deze twee facturen moeten samengeteld worden en ingediend worden via het formulier D1 dat als datum invoegetreding heeft 11/2005.

Het gevolg hiervan is dat als bijvoorbeeld in januari 2006 alle formulieren D1 met als datum invoegetreding 11/2005 aan de POD MI werden verstuurd en er komt in februari 2006 nog een factuur toe van november 2005, het desbetreffende formulier D1 van 11/2005 geregulariseerd moet worden (het nieuwe bedrag wordt opgeteld bij het oorspronkelijk doorgegeven bedrag). Wat *niet* mag is het indienen van deze kost van november 2005 op het formulier D1 met als datum invoegetreding 02/2006 (de datum waarop de factuur binnenkomt of betaald wordt).

Indien op een getuigschrift (bijvoorbeeld van een kinesist) meerdere consultaties staan betreffende verschillende maanden dan heeft het OCMW de keuze:

* Ofwel de kosten uitsplitsen over de verschillende maanden
* Ofwel alle kosten zetten op de eerste maand vermeld op het getuigschrift

Bijvoorbeeld: een getuigschrift omvat kosten van 15/01/2020, 03/02/2020 en 8/03/2020:

* De kosten van 15/01/2020 worden op de D1 van 1/2020 ingediend, die van 03/02/2020 op de D1 van 2/2020 en de kosten van 8/03/2020 op de D1 van 3/2020

OF

* De kosten van het getuigschriften worden ingediend op 1/2020

Als de kosten niet op het formulier D1 van de maand waarin de zorgen verstrekt worden, worden ingediend, dan kan dit aanleiding geven tot:

* het dubbel aanrekenen van kosten;
* het niet terugvinden van de facturen;
* het buiten de wettelijke termijn van een jaar (+ einde kwartaal) indienen van de kosten.

Bovendien kan de situatie van de begunstigde snel veranderen wanneer hij/zij een asielprocedure heeft lopen. Illegaliteit (attest dringende medische hulp nodig), erkenning (verplichte mutualiteitsaansluiting) veranderen de regels met betrekking tot subsidiëring door de POD MI. Het op de verkeerde maand aangeven van de kosten kan vergaande gevolgen hebben daar de situatie van de betrokkene bijvoorbeeld anders kan zijn in februari dan in november. Voorbeeld: kosten van een persoon die op het moment van de verzorging illegaal is maar worden aangegeven op een maand waarin de persoon niet illegaal is leiden tot terugvordering als er geen attest dringende medische hulp is.

3) Hospitalisatiekosten en ambulante zorgen verstrekt in de verplegingsinstelling: formulier D2

Hospitalisatiekosten en ambulante zorgen verstrekt in de verplegingsinstelling moeten ingediend worden via de daartoe bestemde rubrieken op het formulier D2.

Dit kan enkel als er een goedgekeurd formulier B2 is voor de desbetreffende periode.

De datum van invoegetreding van de formulieren D2 is steeds de begindatum van de periode waarin de zorgen verstrekt werden (begindatum hospitalisatie bijvoorbeeld). Als er meerdere facturen ambulante zorgen zijn in hetzelfde ziekenhuis in dezelfde maand, dan moet als datum invoegetreding één van de data van de verstrekte ambulante zorgen gebruikt worden. Er kan ook geopteerd worden om per factuur ambulante zorgen een nieuw formulier D2 aan te maken met als datum invoegetreding de datum waarop de zorgen verstrekt werden. De formulieren D2 moeten ook steeds op naam van de patiënt zelf staan, dus niet noodzakelijk op naam van de hoofdbegunstigde. Dit houdt in dat de suffixen (zoals aangegeven op het formulier A) gebruikt moeten worden.

Wat onder B.2) vermeld werd betreffende het regulariseren van het formulier D1 is ook van toepassing op het formulier D2.

***C. Wettelijke basis terugbetaling medische kosten***

Artikel 11 §1, 2° van de wet van 2 april 1965 werd gewijzigd via de programmawet van 27/12/2005 en bepaalt dat de medische kosten “terugbetaalbaar zijn tot het beloop van de prijs die wordt terugbetaald door de verzekering tegen ziekte en invaliditeit. Wanneer het evenwel gaat om behandelingskosten veroorzaakt door een hospitalisatie of wanneer het gaat om behandelingskosten gemaakt voor personen die beschikken over bestaansmiddelen die lager zijn dan het bedrag van het leefloon, zijn deze kosten terugbetaalbaar tot het beloop van de prijs die als basis dient voor de terugbetaling door de verzekering tegen ziekte en invaliditeit.”

Deze wijziging werd verduidelijkt via de omzendbrief van 09/01/2006 betreffende de terugbetaling van de medische kosten in het kader van de wet van 02/04/1965 en het MB van 30/01/1995.

Er moet dus voor de medische kosten, de farmaceutische kosten en de ambulante zorgen verstrekt in de verplegingsinstelling een onderscheid gemaakt worden tussen personen die een voldoende hoog inkomen genieten en personen die geen voldoende hoog inkomen genieten (sommige mensen zonder wettig verblijf, personen verblijvend in een Lokaal Opvanginitiatief, sommige personen met een te laag inkomen uit werk).

Net zoals bij het RMI moet er rekening gehouden worden met de inkomsten van de samenwonende partner. Met de inkomsten van een verwante in de eerste graad waarmee de begunstigde samenwoont mag rekening gehouden worden. De inkomsten van personen die niet onderhoudsplichtig zijn mogen niet in rekening gebracht worden.

Voor het resterende gedeelte van dit informatiedocument wordt met **“een inkomen”** het volgende bedoelt: financiële middelen die een persoon (maandelijks) verwerft (door werk, OCMW-steun, uitkering, …) en die groter of gelijk zijn aan het corresponderende bedrag aan leefloon van de categorie waartoe betrokkene behoort.

**Voorbeeld1**: een gezin met minderjarige kinderen die genieten van het equivalent leefloon categorie gezinslast hebben een “inkomen”

**Voorbeeld 2:** een alleenstaande uit het LOI die werkt in de maand mei en € 1.000 verdiend heeft, heeft een “inkomen”

**Voorbeeld 3:** een alleenstaande uit het LOI die werkt in de maand juni en € 500 verdiend heeft, heeft een onvoldoende inkomen, en wordt voor dit document beschouwd als een persoon zonder voldoende inkomen

**Voorbeeld 4:** een persoon met onwettig verblijf die zwartwerk verricht in juli en €300 verdient en samenwoont met een broer die geen inkomsten heeft wordt voor dit document beschouwd als een persoon zonder voldoende inkomen

**Voorbeeld 5:** een persoon met onwettig verblijf die zwartwerk verricht in augustus en €800 verdient en samenwoont met een grootvader die geen inkomsten heeft, heeft een “inkomen”

**Voorbeeld 6:** een persoon met onwettig verblijf die geen inkomsten heeft maar samenwoont met zijn/haar partner die € 1.200 verdient heeft een “inkomen”

**Voorbeeld 7:** een persoon met onwettig verblijf (geen inkomsten), samenwonend met zijn/haar minderjarige kinderen en met zijn/haar partner (€ 800 inkomsten) heeft geen voldoende inkomen (€ 800 is kleiner dan het corresponderend bedrag categorie gezinslast)

De hospitalisatiekosten (overnachting) worden zowel voor personen die een inkomen genieten als voor personen die geen inkomen genieten steeds terugbetaald tot het beloop van de prijs die als basis dient voor de terugbetaling door de verzekering tegen ziekte en invaliditeit. Dit wil zeggen dat de POD MI het wettelijk honorarium terugbetaalt (zie punt A) en de wetswijziging dus geen verandering betekent in de terugbetaling van de hospitalisatiekosten.

De wetswijziging houdt in dat het remgeld van personen die een inkomen genieten niet meer worden terugbetaald door de POD MI vanaf datum zorgverstrekking 09/01/2006, behalve als het dus om een hospitalisatie gaat.

Het remgeld wordt wel terugbetaald als de persoon géén inkomen geniet en aangesloten is bij het ziekenfonds. Als een persoon die geen inkomen heeft ook niet aangesloten kan worden bij het ziekenfonds, dan wordt het wettelijk honorarium terugbetaald.

Het wil niet zeggen dat als er een inkomen is, dat er dan geen behoeftigheid kan zijn. Het inkomen zorgt er enkel voor dat het remgeld van niet-hospitalisatiekosten niet wordt terugbetaald door de POD MI aan het OCMW.

De verblijfskosten in de volgende lijst van instellingen worden niet terugbetaald. De medische en farmaceutische kosten kunnen wel teruggevorderd worden van de POD MI, maar enkel via het formulier D1:

* een initiatief van beschut wonen ten behoeve van psychiatrische patiënten
* een medisch-pedagogische instelling
* een instelling voor doofstommen, blinden of gebrekkigen die lijden aan een zware ongeneeslijke aandoening
* een kinderverblijf
* een rustoord voor bejaarden
* een serviceflatgebouw
* woningcomplexen met dienstverlening

Vanaf 01/07/2006 worden de verblijfskosten in een psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrisch verzorgingstehuis terugbetaald (formulier D2).

***D. Uitputten van rechten***

1. **Aansluiten bij het Belgisch ziekenfonds**

Op 24/11/2014 publiceerde het RIZIV de Omzendbrief nr. 2014/452. Hierbij wordt opgesomd welke vreemdelingen kunnen aangesloten worden bij het ziekenfonds (voor de POD in de praktijk van toepassing vanaf 1/01/2015). Op 22/12/2016 verscheen er een aangepaste Omzendbrief (nr. 2016/380) betreffende de bewijsmodaliteiten.

Voor een volledig overzicht van deze omzendbrief volg het pad op [www.riziv.be](http://www.riziv.be)

[Onthaal](http://www.riziv.fgov.be/nl/Paginas/default.aspx)  [Professionals](http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/Paginas/default.aspx)  [Andere professionals](http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/andere-professionals/Paginas/default.aspx)  [Ziekenfondsen](http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/andere-professionals/ziekenfonds/Paginas/default.aspx)  Omzendbrieven verzekeringsinstellingen - Dienst voor administratieve controle

Een overzicht van Omzendbrieven van het RIZIV kan je ook verkrijgen door het volgen van deze link:

<http://ondpanon.riziv.fgov.be/ozbpublic/>

Hieronder vindt u met betrekking tot deze omzendbrief de hoofdlijnen van wat van belang is voor de OCMW, aangevuld met nuttige informatie voor de OCMW.

In toepassing van artikel 32, 15° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 kunnen de

personen die ingeschreven zijn in het Rijksregister van de natuurlijke personen beschouwd

worden als rechthebbenden op de geneeskundige verstrekkingen.

Krachtens de bepalingen van artikel 128 quinquies, § 1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 zijn de hierna opgesomde personen niet uitgesloten uit het toepassingsgebied van voornoemd artikel 32 en kunnen ook zij ingeschreven worden als ingeschrevene in het Rijksregister :

a) de vreemdelingen die van rechtswege toegelaten of gemachtigd zijn tot een verblijf van meer dan drie maanden in het Rijk (opgenomen in het vreemdelingenregister) ;

b) de vreemdelingen die gemachtigd zijn tot een verblijf voor onbepaalde duur (opgenomen in het vreemdelingenregister) of die gevestigd zijn in het Rijk (opgenomen in het bevolkingsregister) ;

c) de kandidaat vluchtelingen waarvan de aanvraag vóór 1 juni 2007 ontvankelijk werd

verklaard door de Dienst vreemdelingenzaken of door het Commissariaat-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen (opgenomen in het wachtregister). Hiertoe behoren ook de kandidaat vluchtelingen waarvan de aanvraag vóór 1 juni 2007 ontvankelijk verklaard werd en die vóór of na 1 juni een negatieve beslissing ontvingen van het Commissariaat-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen en die tegen deze beslissing beroep aanhangig hebben bij de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen.

In de bovenvermelde omzendbrief vindt u terug wat de personen die vermeld worden onder a), b) en c) nodig hebben om ingeschreven te kunnen worden. Onder de punten a) en b) gaat het om het voorleggen van een elektronische A, B, C, D, E, E+, F, F+ en H-kaart.

Een erkend vluchteling kan al aangesloten worden mits het voorleggen van:

- het attest van immatriculatie A of de bijlage 15 in combinatie met een brief met de erkenningsbeslissing of toekenningsbeslissing van het CGVS;

- het attest van immatriculatie of de bijlage 15, in combinatie met het arrest tot erkenning of toekenning van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen dat definitief is geworden (bij erkenning of toekenning door de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen en op voorwaarde dat er binnen de voorziene beroepstermijn van 30 dagen geen cassatieberoep werd ingediend bij de Raad van State of, indien er wel beroep is ingediend, op voorwaarde dat dit beroep verworpen werd).

Bijlage 15 geldt als bewijs van inschrijving in het vreemdelingenregister/bevolkingsregister.

Hieronder resorteert een bewijs van toekenning van het statuut van subsidiair beschermde (statuut bedoeld in hoofdstuk II, artikel 48/4 van de Vreemdelingenwet van 15 december 1980) , afgeleverd door het Commissariaat-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen.

In het geval van een subsidiaire bescherming dienen dus ook de nodige stappen gezet te worden om betrokken persoon aan te sluiten bij het ziekenfonds.

Zie voor alle details ook bovenvermelde Omzendbrief nr 2016/380.

Personen met een paspoort van diplomaat kunnen ook aangesloten worden (diplomatieke identiteitskaarten «type D» voor diplomatieke ambtenaren of de speciale identiteitskaarten voor het administratief en technisch personeel «type P»). Leden van diplomatiek personeel moeten in het kader van het uitputten van de rechten steeds een verzekering hebben.

# Iemand kan ook aangesloten worden op basis van tewerkstelling.

# Wie werkt én op die manier bijdragen betaalt aan de sociale zekerheid kan zich aansluiten bij een ziekenfonds.

# Een **werknemer in dienstverband** die zich wil aansluiten bij een ziekenfonds, moet één van de volgende documenten voorleggen:

* het document "bewijs van onderwerping aan de sociale zekerheid" ingevuld door de werkgever
* of een schriftelijke verklaring van de werkgever met vermelding van diens R.S.Z.-nummer
* of een "bijdragebescheid" betreffende een tewerkstelling (dat is het bewijs vanwege de R.S.Z. dat de sociale zekerheidsbijdragen zijn betaald)

Bij een nieuw dossier dient het OCMW standaard na te kijken of er de periode voorafgaand aan de eerste aanvraag geen tewerkstelling is geweest waardoor betrokkene kan aangesloten worden bij het ziekenfonds. Dit geldt ook voor personen die verblijven in het LOI. Via de Kruispuntbank kan de tewerkstellingssituatie opgevraagd worden. Dit is zeker nodig vanaf het moment dat de begunstigde over een arbeidskaart beschikt (te vinden onder code 198 van Transactie 25).

Na aansluiting kan het ziekenfonds zelf nagaan of er verder sociale zekerheidsbijdragen worden betaald.  Dat gebeurt aan de hand van het identificatienummer van de sociale zekerheid voor betrokkene. Dit nummer komt overeen met het rijksregisternummer van betrokkene.

In toepassing van artikel 32, 1e lid, 14° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de ziekteverzekering kunnen de studenten, die onderwijs van het derde niveau volgen in een instelling voor dagonderwijs, beschouwd worden als rechthebbenden op de geneeskundige verstrekkingen. Meer info vindt u op [www.riziv.fgov.be](http://www.riziv.fgov.be)

Ook niet begeleide minderjarige vreemdelingen (NBMV) en niet-begeleide Europese minderjarigen (NBEM) kunnen aangesloten worden bij het ziekenfonds. [www.riziv.fgov.be](http://www.riziv.fgov.be)

Als de begunstigde een persoon ten laste is van een persoon die aangesloten is bij een ziekenfonds (of aansluitbaar is), dan dient het OCMW steeds bij het ziekenfonds te informeren of de begunstigde niet kan aangesloten worden.

Om aan te kunnen sluiten als persoon ten laste mag je maximaal een inkomen hebben van €2.534,53 bruto per kwartaal (bedrag 2020, <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/verzekerbaarheid/Paginas/personen-ten-laste-toegelaten-inkomsten.aspx>).

Betrokkene kan aansluiten als persoon ten laste van een gerechtigde, als:

* echtgenoot of echtgenote
* descendent jonger dan 25jaar
* samenwonende ascendent
* andere samenwonende

Een gerechtigde kan een volwassen persoon ten laste nemen, ongeacht of er ook kinderen ten laste zijn. Betrokkene kan aansluiten als persoon ten laste afhankelijk van de familie- of samenlevingsband met de gerechtigde.

Het OCMW is verplicht in het kader van het uitputten van de rechten om de legaal verblijvende personen die mogelijk ten laste zijn van een persoon die een ziekenfonds heeft navraag te laten doen of ze aangesloten kunnen worden bij het ziekenfonds. Indien een legaal verblijvend persoon ten laste niet aansluitbaar is moet hiervan een bewijs in het dossier aanwezig zijn. Het gaat hier om personen die volgens het Rijksregister ingeschreven zijn op hetzelfde adres als de gerechtigde/titularis (persoon die aangesloten is bij het ziekenfonds) en een inkomen heeft van maximaal €2.534,53 bruto per kwartaal.

Volgens artikel 60§5 van de organieke wet van 08/07/1976 betreffende de OCMW moet het OCMW een persoon aan wie hulp wordt geboden die niet verzekerd is tegen ziekte en invaliditeit lid maken van een verzekeringsinstelling naar keuze (van de begunstigde) en bij gebreke aan een dergelijk keuze van de Hulpkas voor Ziekte-en Invaliditeitsverzekering.

Het is dus de wettelijk verplichting om de personen die aan bovengenoemde voorwaarden voldoen te doen aansluiten bij een mutualiteit, indien mogelijk. De medische kosten van de bovengenoemde personen dienen prioritair teruggevorderd te worden van het ziekenfonds. Het recht op maatschappelijke dienstverlening is immers een residuair recht: het OCMW dient volgens artikel 60 §2 van de organieke wet van 08/07/1976 alle nuttige raadgevingen te verstrekken en stappen te doen om aan de betrokkenen alle rechten en voordelen te verlenen waarop zij krachtens de Belgische of buitenlandse wetten aanspraak kunnen maken.

Als een OCMW een persoon niet aansluit of laat aansluiten bij een mutualiteit terwijl deze persoon wel aangesloten kan worden, dan vindt er bij inspectie terugvordering plaats van de medische kosten ten gevolge van verstrekte zorgen die dateren van drie maanden of langer nà aansluitbaarheidsdatum (datum vanaf wanneer iemand aansluitbaar is). Dit is niet het geval als het OCMW schriftelijk kan bewijzen dat de aansluiting van de persoon bij het ziekenfonds om gegronde redenen meer dan drie maanden na datum aansluitbaarheid in beslag nam.

Het kan voorvallen dat een ziekenfonds ontdekt dat één van zijn leden al langere tijd niet meer voldoet aan de aansluitingsvoorwaarden en de aansluiting met terugwerkende kracht ongedaan maakt. Dit kan zover gaan dat het ziekenfonds de gedane tegemoetkomingen van de persoon terugvordert. In dit geval kan het OCMW deze kosten van de POD terugvorderen als voldaan is aan volgende voorwaarden:

* als de kosten zouden verjaard[[2]](#footnote-2) zijn, moet er een bewijsstuk naar de dienst Leefloon/Wet 65 opgestuurd worden met betrekking tot het ongedaan maken van de aansluiting met terugwerkende kracht. Dit bewijsstuk is een kopie van het schrijven vanwege het ziekenfonds aan betrokkene of OCMW waarin vermeld staat dat betrokken persoon vanaf datum X met terugwerkende kracht niet meer aangesloten is. De originele brief moet in het dossier bewaard worden ten behoeve van inspectie;
* het bijhouden van (kopie van) facturen of terugbetalingsoverzichten van het ziekenfonds. Bij controle moet er steeds kunnen nagegaan worden om welke zorgen dat het ging.

Als het ziekenfonds iemand aansluit met terugwerkende kracht, dan moet het OCMW de via het formulier D eventueel ingediende kosten aan de POD terugbetalen (door bijvoorbeeld regularisatie van het D-formulier of het opsturen van een formulier F).

Voor Mediprima geldt er een andere regeling: iemand blijft in Mediprima tot op het moment dat hij is verzekerd. Van zodra de persoon is aangesloten bij een mutualiteit, dient de beslissing in de gegevensbank Mediprima stopgezet te worden. Wanneer een persoon retroactief werd aangesloten moet het OCMW niets ondernemen om eventuele kosten terug te vorderen die reeds door de Staat werden ten laste genomen voor de betreffende periode.

Ook bij de dossiers Mediprima geldt de 3-maanden regel. Als iemand té laat wordt aangesloten en het OCMW kan hiervoor geen geldige reden bewijzen (brief of mail ziekenfonds waaruit blijkt dat betrokkene om een welbepaalde reden niet kon aangesloten worden), dan worden de kosten vanaf wanneer betrokkene moest aangesloten worden teruggevorderd.

**De basisbijdrage is gelijk aan 0 EUR (na 3 maanden ononderbroken of 6 maanden onderbroken financiële steun) indien de gerechtigde het bewijs levert dat het totaal jaarlijks bedrag van de inkomsten van zijn gezin niet hoger is dan 8.800 € (geïndexeerd).**

**Dit wil voor de begunstigden in het kader van de wet van 02/04/1965 zeggen dat er enkel nog een basisbijdrage mag gevraagd worden voor de statuten A, B, F en I àls deze nog géén 3 maanden ononderbroken of 6 maanden onderbroken financiële steun hebben gekregen.**

Eénmaal de vrijstelling van bijdragebetaling toegekend, blijft die behouden tot 31/12 van het jaar dat volgt. Informeer u dus goed bij het ziekenfonds wanneer u iemand aansluit. Dit is ook voor het volgende van toepassing: de regelgeving omtrent het toekennen van de verhoogde tegemoetkoming aan een persoon is veranderd in mei 2014. Het RIZIV publiceerde hierover een omzendbrief 2014/209 (20/05/2014) “aard van de in aanmerking te nemen inkomsten”. Indien de begunstigde aangesloten wordt bij een ziekenfonds moet er op toegezien worden dat de begunstigde het meest gunstige statuut kan bekomen. Bij inspectie wordt ervan uitgegaan dat een persoon die aangesloten is bij het ziekenfonds het statuut van verhoogde tegemoetkoming heeft bij het ziekenfonds. Indien dit niet het geval is moet het OCMW kunnen aantonen waarom iemand niet dit statuut heeft.

De mutualiteitsbijdragen voor personen verblijvend in een LOI moeten betaald worden met de forfaitaire toelage voor het LOI en mogen niet ten laste gelegd worden van de POD MI.

Dit alles zorgt ervoor dat het OCMW best een lijst bijhoudt van wie (en vanaf wanneer) aangesloten is bij het ziekenfonds.

# Bijdragen voor de zorgverzekering worden niet terugbetaald door de POD.

Betreffende de aansluiting bij een ziekenfonds is het zo dat vanaf het moment dat iemand aansluitbaar wordt (door bijvoorbeeld een dag tewerkstelling of vanaf de datum van het afleveren van een verblijfskaart) er dadelijk stappen gezet moeten worden om betrokkene te doen aansluiten.

Op het moment dat het OCMW verneemt dat de ziekenfondsaansluiting in orde is (via betrokkene, het ziekenfonds zelf of een mutatie KSZ) zet het OCMW de medische kaart Mediprima zo snel mogelijk stop. Indien het OCMW systematisch te lang wacht om de medische kaart Mediprima stop te zetten zal het hierop attent gemaakt worden door de inspectie opdat het OCMW haar werkwijze bijstuurt. De POD MI betaalt in geen geval kosten terug die dateren van meer dan drie maanden na datum aansluitbaarheid (uitgezonderd eventuele remgelden), tenzij het OCMW kan bewijzen waarom de aansluiting niet tijdig in orde kwam (door bijvoorbeeld een schrijven of een mail van het ziekenfonds).

Voor kosten die ingediend worden met formulieren D1 betaalt de POD MI geen kosten terug vanaf datum aansluiting ziekenfonds (uitgezonderd eventuele remgelden).

Bijvoorbeeld: betrokkene ontvangt een verblijfskaart A op 18/04/2018. Het ziekenfonds sluit betrokkene op 7/06/2018 aan vanaf 01/04/2018 en het OCMW ontvangt een KSZ-mutatiebericht op 10/06/2018:

- Alle medische/farmaceutische kosten via formulier D1 die het OCMW eventueel heeft ingediend bij de POD MI met data invoegetreding 01/04/2018 en later moeten door het OCMW geregulariseerd worden (maximaal het bedrag van het eventuele remgeld kan teruggevorderd worden);

- Op 10/06/2018 of zeer spoedig hierna zet het OCMW de medische kaart Mediprima stop, namelijk op het moment dat het OCMW verneemt dat de ziekenfondsaansluiting in orde is. Indien het OCMW het naliet om de medische kaart vanaf 10/06/2018 of kort daarna stop te zetten, dan zal de inspectie dit bij de controle melden opdat het OCMW dit naar de toekomst bijstuurt. Alle kosten Mediprima vanaf 18/07/2018 (3 maanden vanaf 18/04/2018) worden in ieder geval door de inspectie teruggevorderd (tenzij het OCMW kan bewijzen waarom de aansluiting niet tijdig in orde kwam).

Uit het dossier moet blijken vanaf wanneer iemand wordt aangesloten bij het ziekenfonds. De aansluitingsdatum bij het ziekenfonds moet terug te vinden zijn in het dossier en wordt best vermeld in een sociaal verslag. Het bewijs van aansluiting bij een ziekenfonds kan ofwel door een brief van het ziekenfonds in het dossier te bewaren, ofwel een mutatiebewijs van de KSZ, ofwel op basis van mailverkeer tussen OCMW en ziekenfonds.

1. **Een andere verzekering of een derde**

Soms kan een **verzekering** tussenkomen voor (een deel van) de medische kosten van de betrokkene, bijvoorbeeld (geen limitatieve lijst):

* een publieke ziekteverzekering in het land van herkomst (zie ook F.2.B)
* een reisverzekering (zie ook F.2.C)
* een arbeidsongevallenverzekering (vaak pas na een lange (gerechtelijke) procedure)
* een schoolverzekering (vaak pas na een (al dan niet fictieve) tussenkomst van de mutualiteit)

Soms kan een **derde** tussenkomen voor (een deel van) de medische kosten van de betrokkene, bijvoorbeeld:

* een borgsteller (zie ook F.2.C)
* een onderhoudsplichtige (partner of verwante in de eerste graad)

In dit kader herinneren we aan art98 § 2 van de organieke wet:

“De kosten van de maatschappelijke dienstverlening worden eveneens krachtens een eigen recht door het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn verhaald :

- op de onderhoudsplichtigen van de begunstigde tot beloop van het bedrag waartoe zij gehouden zijn voor de verstrekte hulp;

- op degenen die aansprakelijk zijn voor de verwonding of ziekte die het verstrekken van de hulpverlening noodzakelijk heeft gemaakt.

Wanneer de verwonding of ziekte het gevolg is van een misdrijf, kan de vordering terzelfdertijd en voor dezelfde rechters als de publieke vordering worden ingesteld.”

Dit alles wil echter nooit zeggen dat de mogelijke theoretische aanwezigheid van bijvoorbeeld een verzekering of borgsteller (zonder dit reeds onderzocht te hebben) het OCMW verplicht tot het weigeren van de kosten.

De betrokkene moet wel zijn/haar rechten uitputten door de verzekeraar of derde te contacteren en aan te dringen dat deze tussenkomt voor de medische kosten. Vaak zal dit de nodige tijd in beslag nemen. Het is daarom mogelijk in deze gevallen kosten in te dienen via de POD MI (of een medische kaart aan te maken met beperkte duur) in afwachting van het antwoord van de verzekering en/of het onderzoek naar mogelijke tussenkomst van een derde.

~~I~~n het geval dat het OCMW beslist tussen te komen moet het dossier nauwgezet opgevolgd worden (door onderzoek naar de onderhoudsplichtige, het uitnodigen van de borgsteller, het contacteren van de verzekeraar per mail of brief, …). Deze opvolging/instellen van subrogatie vindt zijn weerslag in sociale verslaggeving en bijhorende bewijsstukken. Op het moment dat de verzekeraar of derde gaat tussenkomen moet het OCMW zijn terugvorderingsrecht daar laten gelden. De geïnde bedragen moeten via formulier F overgemaakt worden aan de POD MI. Bij niet bewezen opvolging van het dossier door het OCMW houdt de inspectiedienst zich het recht voor de toelage terug te vorderen van het OCMW. Het is echter ook zo dat het tot het autonome beslissingsrecht van het OCMW behoort om de kosten gemotiveerd te weigeren wegens het niet-residuair karakter in het geval van het vastgesteld bestaan van een verzekerde of derde. Niet het theoretisch mogelijke bestaan van een borgsteller, verzekeraar of onderhoudsplichtige fundeert de mogelijke weigeringsbeslissing, maar het feitelijk vastgestelde bestaan.

***E. Attest dringende medische hulp***

Een attest dringende medische hulp is enkel van toepassing op personen die illegaal of clandestien op het grondgebied verblijven (statuten C en D).

Ten gevolgde van de COVID-19 crisis is er tussen 14/03/2020 tot en met 31/05/2020 geen attest dringende medische hulp vereist met het oog op de terugbetaling door de POD MI.

Vanaf 1 juni 2020 zijn de attesten weer verplicht voor de nieuwe behandelingen. Voor reeds opgestarte behandelingen tussen 14/03/2020 en 31/05/2020 die voortgezet zijn na 1/6/2020 is het attest niet nodig.

Vanaf 2/11/2020 is er weer geen attest dringende medische hulp vereist met het oog op de terugbetaling van de kosten door POD MI. Het einde van deze versoepelingsperiode zal afhangen van de beslissing van het Overlegcomité.

1. **Attest dringende medische hulp in het kader van facturen die het OCMW betaalt en subsidiëring voor vraagt door middel van formulieren D**

Dit attest moet vanaf 1 maart 2005 bewaard worden door het OCMW met het oog op inspectie.[[3]](#footnote-3)

“*Vanaf 1 maart 2005 moeten de attesten “dringende medische hulp” niet meer worden opgestuurd naar de POD MI.. Deze attesten dienen op het OCMW te worden bewaard, bij de overige medische/farmaceutische verantwoordingsstukken of facturen, zodat bij inspecties alles samen kan gecontroleerd worden. Bij afwezigheid van een attest zal de reeds uitbetaalde Staatstoelage worden gerecupereerd.”*

Het attest moet aan een factuur gekoppeld kunnen worden. Aan een attest met een langere duurtijd kunnen meerdere facturen gekoppeld worden, als deze facturen passen binnen hetzelfde medische feit. Wanneer dit attest wordt opgemaakt is van secondair belang. Als er op het moment van de controle ter plaatse geen attest kan voorgelegd worden, worden de kosten teruggevorderd door de inspectie. Als het OCMW binnen de 30 dagen volgend op de controle echter nog een attest (of duplicaat) kan voorleggen dat kan gekoppeld worden aan de factuur, dan wordt dit attest aanvaard, tenzij dit attest opgemaakt werd nà de inspectiedatum bij het OCMW of tenzij dit attest geen opmaakdatum omvat.

Het attest dringende medische hulp wordt opgemaakt door een erkende arts (geen kinesist, logopedist, vroedvrouw of apotheker bijvoorbeeld) voor één behandeling of een reeks behandelingen die zeer duidelijk voorvloeien uit eenzelfde feit. Dit feit moet wel zeer duidelijk blijken uit het sociaal dossier. Zolang aan deze voorwaarden zijn voldaan kan één attest dringende medische hulp de prestaties dekken van verschillende zorgverstrekkers, bijvoorbeeld huisarts en specialist, gynaecoloog en oncoloog, huisarts en kinesist, ziekenhuis en revalidatiecentrum, … Het is vanzelfsprekend (en het veiligst) ook toegelaten om per medische verstrekking een attest dringende medische hulp te hebben.

Een attest dringende medische hulp kan onmogelijk een duurtijd hebben van langer dan één jaar, daar een beslissing een maximum duurtijd heeft van één jaar.

Enkele voorbeelden:

* Iemand die **ongeneeslijk of langdurig ziek** is en verschillende malen behandeld moet worden in een ziekenhuis, op consultatie moet bij dokters en medicijnen moet afhalen heeft nood aan slechts één attest dringende medische hulp. Uit het sociaal dossier moet natuurlijk ook wel blijken dat de persoon aan een ongeneeslijke of langdurige aandoening lijdt;
* Iemand die 40 keer naar de **kinesist** moet om zich te laten behandelen heeft slechts één attest dringende medische hulp nodig van een erkende arts;
* Bij **zwangerschap** kan één attest gelden voor de pre-natale zorg, de bevalling en de post-natale zorg;
* Iemand die naar de dokter gaat in het begin van de week en naar de tandarts later in de week heeft nood aan **twee attesten** dringende medische hulp.

Voor apothekerskosten is er een attest dringende medische hulp nodig van de voorschrijvende arts. Dit attest kan dan dienen voor de consultatie en voor de apothekerskosten.

Voor ambulancekosten van een persoon die onwettig in het land verblijft en waarvoor het OCMW een factuur ontvangt moet er vanaf 1/01/2015 een attest dringende medische hulp zijn.

Met het oog op inspectie moet er voor een persoon zonder wettig verblijf een attest dringende medische hulp of een kopie ervan bij elke kostenstaat (dus bij de kosten van elke maand) gevoegd worden. **Dit geldt ook voor personen zonder wettig verblijf die nog in het LOI gedoogd worden.**

Voorbeeld: er zijn drie facturen medische kosten voor de maand april. Er moet één attest dringende medische hulp bij deze facturen gevoegd worden als al deze facturen voortvloeien uit eenzelfde feit. Gaat het om afzonderlijke behandelingen (dus andere oorzaken) dan is er per factuur een attest nodig.

1. **Attest dringende medische hulp in het kader van Mediprima**

Vanaf uiterlijk datum verzorging 1/06/2014 worden de attesten dringende medische hulp betreffende ziekenhuiskosten voor niet-verzekerbare personen bijgehouden door het ziekenhuis. De ziekenhuizen ontvingen hieromtrent een omzendbrief op 23/03/2015. Het attest dringende medische hulp heeft het OCMW dan enkel nog nodig voor de medische en farmaceutische kosten (formulier D1 – kosten van buiten de verplegingsinstelling) van onwettig in het land verblijvende personen.

Het OCMW heeft géén attest dringende medische hulp nodig voor kosten die aan de HZIV gefactureerd worden in het kader van Mediprima.

Wat betreft de attesten dringende medische hulp voor Unieburgers vindt u meer informatie onder het punt F.2.B.

***F. Het sociaal onderzoek***

1. **Algemene aandachtspunten**

Het louter betalen van een factuur behoort niet tot de taak van het OCMW. Vanzelfsprekend moet iedere steunaanvraag beoordeeld worden in het licht van de opdracht van het OCMW zoals omschreven in artikel 1 van de organieke OCMW-wet van 8 juli 1976, met name eenieder in de mogelijkheid te stellen om een menswaardig leven te leiden.

Op 25/03/2010 verscheen de Omzendbrief betreffende het sociaal onderzoek vereist voor de terugbetaling van de medische kosten in het kader van de Wet van 2 april 1965 en het Ministerieel Besluit van 30 januari 1995. Deze omzendbrief is terug te vinden op [www.mi-is.be](http://www.mi-is.be) onder het thema “Integratie”, subrubriek “Recht op maatschappelijke hulp”.

Deze omzendbrief geldt als leidraad ter beoordeling van de behoeftigheid van de steunaanvrager van medische kosten. Hieronder volgt slechts een kleine samenvatting.

Volgende voorwaarden moeten zijn vervuld voor alle begunstigden in het kader van de wet van 02/04/1965:

1. Er moet door de begunstigde een steunaanvraag ingediend worden bij het OCMW:
* ofwel door zich persoonlijk aan te melden bij het OCMW ;
* ofwel door het afleveren van een door de aanvrager ondertekende hulpvraag via een derde persoon/instelling (bijvoorbeeld via de sociale dienst van een verplegingsinstelling) die de door de begunstigde ondertekende steunaanvraag bezorgt aan het OCMW. Een zorgverstrekker kan nooit een steunaanvraag doen behalve als de begunstigde onbekwaam is (bijvoorbeeld in coma) om zelf een aanvraag te doen;
1. De steunaanvrager dient behoeftig te zijn. Het OCMW moet een sociaal onderzoek doen naar de behoeftigheid van de steunaanvrager en een sociaal verslag opstellen. Dit verslag moet uitsluitsel geven of de persoon over onvoldoende middelen van bestaan beschikt. Het onderzoek kan initieel gebaseerd zijn op gegevens van de sociale dienst van het ziekenhuis, maar het OCMW moet steeds op basis van een eigen sociaal onderzoek een aparte beslissing nemen met betrekking tot het ten laste nemen van deze kosten.

De Raad van State heeft meermaals bevestigd dat het niet de taak van het OCMW is alle schuldeisers van de behoeftige te hulp te komen. Het is wel zijn taak om de ongelukkige schuldenaar te helpen, die wegens de niet-betaling van zijn schuld, in een toestand zal terechtkomen die het hem onmogelijk maakt een leven te leiden dat beantwoord aan de menselijke waardigheid. Het al dan niet terugbetalen van de medische kosten door de POD Maatschappelijke Integratie mag niet als motivatie gebruikt worden om de medische kosten al dan niet ten laste te nemen.[[4]](#footnote-4) Het OCMW moet er eveneens op bedacht zijn dat het residuair optreedt: er zijn vele spelers in het veld voor de terugbetaling van medische kosten.

Op 14/03/2014 is de Omzendbrief verschenen betreffende de minimumvoorwaarden voor het sociaal onderzoek in het kader van de wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op maatschappelijke integratie en in het kader van de maatschappelijke dienstverlening door de OCMW die overeenkomstig de bepalingen van de wet van 2 april 1965 door de Staat terugbetaald worden. De bepalingen van deze Omzendbrief zijn van toepassing op het sociaal onderzoek bij de aanvraag om terugbetaling van medische kosten.

Een exhaustieve lijst van bepalingen waaraan het sociaal verslag moet voldoen weergeven is niet mogelijk daar elke situatie uniek is en soms bijzondere en steeds wisselende onderzoeksdaden vereist. De onderstaande punten opgenomen in het model van bovenvermelde omzendbrief zijn doorgaans wel vereist om tot behoeftigheid te beslissen door de OCMW-Raad en maken het voor de POD mogelijk vast te stellen dat alle voorwaarden zijn vervuld met betrekking tot het recht op terugbetaling van steun:

* Identificatiegegevens en verblijfsituatie/verblijfsstatuut
* Bestaansmiddelen en reden van verblijf (familiebezoek, asiel, medisch, …)
* Statuut op het moment van de medische verzorging
* Verzekerbaarheid
* Borgstelling
* Sociaal verslag omtrent de behoeftigheid van de aanvrager

Voor de tussenkomst in medische kosten oordeelt het OCMW autonoom of een huisbezoek noodzakelijk en nuttig is in de individuele context. Een huisbezoek is dus niet verplicht voor een tussenkomst in de medische kosten (zie ook Omzendbrief van 14/03/2014 betreffende het sociaal onderzoek).

Het afleggen van een huisbezoek kan veel nuttige informatie opleveren voor het sociaal onderzoek en wordt derhalve wel aanbevolen door de POD MI. Het niet kunnen afleggen van een huisbezoek kan echter nooit enkel en alleen voldoende basis zijn om een tussenkomst te weigeren, er dienen ook andere elementen toegevoegd te worden.

Er moet onderstreept worden dat de tussenkomst van het OCMW (en de terugbetaling door de POD MI) steeds residuair is. Het onderzoek of andere instanties kunnen tussenkomen vooraleer het OCMW moet tussenkomen is cruciaal (zie ook punt D).

Zoals vermeld in bovenvermelde omzendbrief is het OCMW gehouden bewijsstukken bij te voegen om te bewijzen hoe lang iemand al ononderbroken in België verblijft op het moment dat er medische zorgen verstrekt worden: bijvoorbeeld een huurcontract, bewijs van schoollopen van de kinderen, documenten officiële instanties, facturen op naam aanvrager, print register of transactie 25 waarbij uit code 195 blijkt dat betrokkene steeds verlenging van verblijf kreeg, … Het spreekt vanzelf dat hoe meer bewijsstukken er voorgelegd kunnen worden, hoe sterker het dossier is.

In het kader van het sociaal onderzoek van personen die opgenomen worden in een verplegingsinstelling is iedereen erbij gebaat dat de verplegingsinstelling bij een nieuw dossier zoveel mogelijk informatie levert aan het OCMW (dus als er nog geen uitvoerbare beslissing is). In bepaalde omstandigheden is het voor de verplegingsinstelling niet mogelijk alle informatie die een OCMW mogelijk vraagt te verstrekken. **Dit op zich mag nooit een reden zijn voor het OCMW om een aanvraag tot steun te weigeren.** Het OCMW moet steeds zijn eigen onderzoek doen, de gegevens die het krijgt van de verplegingsinstelling nakijken en aanvullen waar nodig door het stellen van eigen onderzoeksdaden, desnoods door het sturen van een maatschappelijk assistent naar de verplegingsinstelling in het geval van een langdurige opname. Zo is het logisch dat het OCMW het onderzoek naar de mogelijke borgstelling doet, maar de verplegingsinstelling is dan weer beter geplaatst om gegevens betreffende de verzekering van de aanvrager te verzamelen. Het is immers de taak van het ziekenhuis zich eerst te wenden tot verzekeraars en in laatste instantie tot het OCMW (residuaire bevoegdheid) voor het betalen van haar facturen. Verplegingsinstelling en OCMW kunnen desalniettemin de nodige afspraken in een soort overeenkomst gieten, wat niet wegneemt dat het sociaal dossier van het OCMW voor de POD MI alle informatie en bewijsstukken moet omvatten opdat betoelaging verantwoord kan worden.

In sommige gevallen (naargelang het land waarvan betrokkene afkomstig is en naargelang hoe lang betrokkene al ononderbroken op Belgisch grondgebied verblijft) moeten de vragen en de eventuele antwoorden van de Hulpkas voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering (HZIV) en/of de Dienst Vreemdelingenzaken (DVZ) op OCMW-vragen aanwezig zijn in het dossier.

Deze vragen hebben bij de HZIV betrekking op het feit of betrokkene een ziekteverzekering in eigen land heeft en moeten gesteld worden via iri@caami-hziv.fgov.be. Voor welke landen moet de HZIV gecontacteerd worden? Voor alle EU-landen en de landen vermeld in BIJLAGE 2. Wanneer moet de HZIV gecontacteerd worden? Indien de begunstigde (afkomstig van één van deze landen) minder dan één jaar ononderbroken op Belgisch grondgebied verblijft. De OCMW moeten een standaardformulier gebruiken wanneer ze via de HZIV willen weten of iemand een ziekteverzekering heeft in het buitenland (Omzendbrief van 24 januari 2012). Een aantal gegevens moeten steeds verplicht overgemaakt worden. Zie hiervoor BIJLAGE 3. Hierbij horen gegevens ter identificatie van de persoon. Verplicht zijn Naam, Voornaam, Geboortedatum, Land voor het welke de opzoeking moet gedaan worden (dit kan hetzelfde zijn als de nationaliteit van de persoon, maar dit kan ook het land zijn waar betrokkene laatst verbleef (bvb een Duitser die gedurende een langere periode in Spanje verbleef, hiervoor moet de vraag voor Duitsland én Spanje gesteld worden)), laatste adres in betrokken land(en), periode. De begunstigde moet deze gegevens aan het OCMW bezorgen opdat het OCMW het sociaal onderzoek naar behoren kan uitvoeren. Indien de begunstigde aangeeft over een verzekering te beschikken moet er vanzelfsprekend geen medische kaart worden aangemaakt en moet de zorginstelling zich wenden tot de verzekering van betrokkene (uitputten rechten).Het OCMW treedt immers niet residuair op mocht het toch een medische kaart aanmaken.

Het kan ook zijn dat het OCMW nog niet weet of begunstigde een verzekering in het thuisland heeft. Op het moment dat het OCMW de vraag aan de HZIV stelt om de verzekering in het thuisland te onderzoeken kan het een medische kaart aanmaken. Daarbij is het ook nodig om dadelijk subrogatie in te dienen bij de HZIV voor kosten Mediprima waartoe het OCMW zich verbindt door middel van de aflevering van een medische kaart. Het wordt ten zeerste aanbevolen deze subrogatie tegelijk en samen in te dienen met de vraag aan de HZIV om de verzekerbaarheid in het land van oorsprong na te gaan. Wanneer het OCMW van de HZIV bericht krijgt dat er inderdaad een verzekering is dienen de kosten die ten laste genomen werden via Mediprima naar het OCMW terug te vloeien (voor de periode dat betrokkene in het land van oorsprong verzekerd was). Het OCMW moet dit van de HZIV ontvangen bedrag overmaken aan de POD MI via formulier F van de Wet van 02/04/1965.

Het is immers zo dat als begunstigde een ziekteverzekering heeft in het thuisland het HZIV in de hoedanigheid van ziekenfonds de kosten ten laste zal nemen en op zijn beurt zal aanrekenen aan de ziekteverzekering in het land van oorsprong van betrokkene.

In voorkomend geval moet het dossier de volgende zaken omvatten:

* een bewijs dat de HZIV bevraagd werd waar dit verplicht is (zie hierboven);
* een subrogatiebrief gericht aan het HZIV voor de periode waarvoor het OCMW een medische kaart aflevert;
* het eventuele antwoord van het HZIV.

In het geval van contactname met DVZ gaat het om de vraag of er een borgsteller is.

Wat betreft het sociaal verslag dient er rekening gehouden te worden met de motivering, wat het belangrijkste onderdeel is van het sociaal onderzoek. De motivering is een situatieschets die onder meer duidelijk maakt in welke omstandigheden de aanvrager leeft, afgesloten met een voorstel tot het al dan niet ten laste nemen van de kosten + eventuele opmerkingen. Artikel 60 §1 tweede lid van de wet van 8/07/1976 betreffende de openbare centra van maatschappelijk welzijn vermeldt dat: “…De betrokkene is ertoe gehouden elke nuttige inlichting nopens zijn toestand te geven, alsmede het centrum op de hoogte te brengen van elk nieuw gegeven dat een weerslag kan hebben op de hulp die hem wordt verleend…”

Het OCMW kan daarom onmogelijk beslissen tot behoeftigheid:

- als een persoon weigert mee te werken aan het sociaal onderzoek (betrokkene komt niet opdagen op vraag van OCMW, of levert niet de gevraagde bewijsstukken binnen een redelijke termijn, of geeft valse informatie zoals een onbewoond adres waardoor er geen huisbezoek kan afgelegd worden). Als een persoon elke medewerking aan het sociaal onderzoek weigert of er zich aan onttrekt en dus op die manier noodzakelijke gegevens voor het sociaal onderzoek niet meedeelt, dan heeft het OCMW geen basis om te beslissen dat iemand als behoeftig kan beschouwd worden;

- als onvoldoende gegevens verzameld zijn om een gefundeerde uitspraak te doen over de behoeftigheid (betrokkene is bijvoorbeeld vertrokken uit het ziekenhuis en het OCMW heeft betrokkene nooit gezien zodat er geen sociaal onderzoek kan gevoerd worden, of er zijn wel enkele gegevens verzameld door het ziekenhuis maar onvoldoende voor het OCMW om tot behoeftigheid te besluiten).

In beide gevallen kunnen er geen kosten ten laste gelegd worden van de POD.

Als er echter nog geen formeel antwoord is gekomen van de HZIV (verzekerbaarheid in land van oorsprong) of DVZ (borgstelling), dan is dit enkel feit op zich onvoldoende reden om steun te weigeren als uit het overige sociaal onderzoek de behoeftigheid blijkt. In de praktijk blijkt het immers vaak dat er geen verzekering in eigen land is of geen borgsteller in België. In voorkomend geval waarin het OCMW formeel antwoord krijgt dat betrokken aanvrager verzekerd is in eigen land of een borgsteller heeft in België kan de oorspronkelijke beslissing nog steeds herzien worden en kunnen eventueel reeds betaalde sommen worden teruggevorderd. Het wil niet zeggen dat als de borgstelling verlopen is dat er dan niet meer gevorderd kan worden van de borgsteller voor de periode waarin de borgstelling geldig was.

Als een persoon aanvankelijk niet bekwaam is om mee te werken aan het sociaal onderzoek, dan moet dit dossier opgevolgd worden tot wanneer dit wel mogelijk is. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat iemand (tijdelijk) in coma is. Het OCMW kan op basis van de beschikbare gegevens een beslissing nemen, maar het zal pas op het ogenblik van voldoende bewustzijn zijn dat er aanvullende onderzoeksdaden moeten gebeuren. De enige uitzonderingen betreffen personen die in coma zijn en blijven en later komen te overlijden, of personen die omwille van diverse redenen niet meer bij hun zinnen zijn. In dit geval volstaat een verklaring van de behandelende arts dat de persoon in de onmogelijkheid was om gegevens mee te delen.

Als de bestaansmiddelen van de aanvrager en/of de partner met wie de aanvrager samenwoont uitstijgen boven de overeenkomstige categorie van het leefloon mag het remgeld niet ten laste gelegd worden van de Staat, met uitzondering van het remgeld bij de hospitalisatiekosten. Dit is het gevolg van enerzijds artikel 11§1 2° van de wet van 2 april 1965 en anderzijds artikel 1 van het Ministerieel Besluit van 30/01/1995.

Voor bewoners van het LOI, net zoals voor alle andere asielzoekers, wordt er verwacht dat de behoeftigheid ook aangetoond wordt door een sociaal onderzoek. Dit moet bijvoorbeeld uitsluitsel kunnen geven of betrokkene over een inkomen beschikt (sinds 2010 is het mogelijk dat iemand van het LOI onder bepaalde voorwaarden over een arbeidsvergunning beschikt) of bijvoorbeeld illegaal geworden is, maar van Fedasil de toelating krijgt er te mogen verblijven. Ook in dit laatste geval blijft het attest dringende medische hulp een wettelijke verplichting.

De afwezigheid van een bepaald bewijsstuk betekent niet dat er sowieso geen terugbetaling mogelijk is. Er kan bijvoorbeeld een logische verklaring in het dossier zitten waarom een bepaald document of gegeven niet gekend is. Het sociaal dossier zal door de inspectiedienst steeds in zijn geheel bekeken worden.

Het OCMW is tevens vrij een medische tegen-expertise aan te vragen teneinde de steunaanvraag en het sociaal onderzoek voldoende te gronden.

Wat betreft de reden van verblijf kan het zijn dat iemand naar België komt om louter medische redenen. Hierbij moet rekening gehouden worden dat er een **visum type C met het oog op medische behandeling** bestaat.

Vreemdelingen die ziek zijn en voor een behandeling niet terecht kunnen in hun eigen land, maar die in België wel kan worden gegeven, kunnen een visum type C met het oog op een medische behandeling aanvragen. Als de Dienst Vreemdelingenzaken het visum toestaat, kan de vreemdeling voor een kort verblijf (3 maanden) in België verblijven en de behandeling volgen. Naargelang de medische complicaties kan het visum eventueel verlengd worden door de Dienst Vreemdelingenzaken.

Hieruit volgt dat een intentioneel verblijf om medische redenen toegelaten is, mits het volgen van de bovenstaande procedure. Als er een aanvraag tot steun medische kosten komt van iemand waaraan een visum type C met het oog op medische behandeling werd afgeleverd, dan moet het OCMW een sociaal onderzoek voeren (zoals beschreven hierboven) en de borgstelling nagaan (zie hieronder punt 2.C)).

Als het sociaal onderzoek echter uitwijst dat de steunaanvrager om louter medische redenen naar België kwam en hierbij de bovenstaande procedure niet volgde, dan kunnen de kosten niet ten laste gelegd worden van de POD.

Indien het OCMW van oordeel is dat iemand louter en alleen om medische redenen naar België komt en hiervoor een steunaanvraag doet, zonder asielaanvraag en zonder aanvraag regularisatie, dan is het aan te bevelen contact te nemen met de FrontOffice vraag@mi-is.be of met de bevoegde inspecteur voor uw OCMW.

In het kader van het sociaal onderzoek mag het OCMW om privacyredenen geen persoonlijke medische informatie opvragen aan zorgverleners of ziekenhuizen betreffende een begunstigde.

Ook de begunstigde is niet verplicht om medische informatie mee te delen aan het OCMW.

Om efficiënt sociaal onderzoek te verrichten wordt het tevens aanbevolen afspraken te maken indien er een zorginstelling zich op grondgebied van uw gemeente/stad bevindt. Zo weet de zorginstelling welke informatie het OCMW nodig heeft voor het sociaal onderzoek.

1. **Bijkomende aandachtspunten betreffende bijzondere categorieën van begunstigden**
2. **No Show**

Het gaat hier om personen die zijn toegewezen aan een federaal opvangcentrum (zie code 207 opvangcentrum) of aan een LOI en die hier niet komen opdagen maar verkiezen elders te wonen. De betaling van de medische kosten voor iemand die is *toegewezen aan een asielcentrum (federaal opvangcentrum)* moet geregeld worden met Fedasil (cel medische kosten, Kartuizerstraat 21, 1000 Brussel, 02/213.43.00 medic@fedasil.be) . De regeling voor de medische kosten van no-shows die zijn *toegewezen aan een LOI* verschilt niet van de regeling voor medische kosten voor personen die wél in het LOI verblijven. Deze medische kosten worden volgens de geldende regels terugbetaald door de POD na het indienen van de formulieren A, B en D. Er moet, zoals steeds, zeker ook voldoende aandacht besteed worden aan het sociaal onderzoek in het geval van een no-show.

1. **Unieburgers en hun familieleden[[5]](#footnote-5)**

Een Unieburger is iemand die op het Belgisch grondgebied verblijft in het kader van de uitoefening van zijn recht op vrij verkeer (zie punt 1 Omzendbrief van 05/08/2014 betreffende de interpretatie van artikel 3, 3°, 2de streepje van de wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op maatschappelijke integratie en artikel 57quinquies van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn).

Betreffende de medische kosten heeft het Grondwettelijk Hof op 30 juni 2014 het arrest nr. 95/2014 gewezen. Dit arrest vernietigt gedeeltelijk de interpretatie van artikel 57*quinquies* van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de OCMW (cfr*.* punt 3 en 6 van bovengenoemde omzendbrief). Dit arrest bepaalt dat de personen op wie artikel 57quinquies van toepassing is niet zijn uitgesloten van het recht op dringende medische hulp.

Het volgende wordt vermeld in de Omzendbrief van 5/08/2014:

“Indien artikel 57quinquies van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de OCMW bepaalde personen tijdelijk uitsluit van het recht op maatschappelijke dienstverlening, dan houdt dit niet in dat deze personen ook uitgesloten zijn van het recht op dringende medische hulp[[6]](#footnote-6).”

Dit houdt verplicht in:

1. dat de voorwaarden voor het recht op dringende medische hulp bepaald in het koninklijk besluit van 12 december 1996 betreffende de dringende medische hulp die door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn wordt verstrekt aan de vreemdelingen die onwettig in het Rijk verblijven, moeten vervuld zijn (met uitzondering van het illegaal verblijf) ;
2. dat de staat van behoeftigheid blijkt uit het sociaal onderzoek uitgevoerd door het OCMW ;
3. dat de betrokkene niet ressorteert onder de Belgische ziekteverzekering of die van zijn land van oorsprong of geen verzekering heeft die alle medische kosten in het land dekt of deze kan afsluiten.

Vanaf 24/07/2014 gelden de nieuwe regels betreffende de dringende medische hulp voor Unieburgers.

Een Unieburger met de hoedanigheid van werkzoekende heeft altijd recht op dringende medische hulp indien de onderstaande voorwaarden vervuld zijn (zie \*).

Een Unieburger met de hoedanigheid van student of houder van voldoende bestaansmiddelen heeft gedurende de eerste drie maanden vanaf de aflevering van bijlage 19/19ter recht op dringende medische hulp indien de onderstaande voorwaarden vervuld zijn. Na deze drie maanden is er recht op maatschappelijke dienstverlening, dus kan er verder terugbetaling zijn van medische kosten maar niet meer onder de vorm van dringende medische hulp.

Een Unieburger met de hoedanigheid van werknemer of zelfstandige heeft steeds recht op maatschappelijke dienstverlening in de vorm van een recht op een terugbetaling van medische kosten indien de onderstaande voorwaarden vervuld zijn, maar dus niet onder de vorm van dringende medische hulp.

Belangrijk: familieleden volgen steeds de hoedanigheid van het familielid dat zij vergezellen of komen vervoegen.

(\*)Wat moet er dus gebeuren als een Unieburger (en zijn familieleden) om steun vraagt voor het betalen van medische kosten (inclusief remgeld)?

- er dient een ondertekende steunaanvraag te zijn van betrokkene

- de verzekerbaarheid dient te worden nagegaan:

(1) in België (is betrokkene aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds?)

(2) in het buitenland, als betrokkene nog geen jaar in België zou verblijven. Hoe lang iemand al ononderbroken in België verblijft, moet blijken uit het sociaal onderzoek. Er moet met de HZIV contact worden opgenomen zodat het HZIV de verbindingsorganen van het betrokken land van waaruit de persoon afkomstig is kan contacteren. Dit verbindingsorgaan gaat na of betrokkene al dan niet aangesloten is bij een ziekenfonds of verzekering van dat land. Het schriftelijk bewijs van de vraag aan de HZIV (en het eventuele antwoord) moet bij het dossier gevoegd worden ten behoeve van inspectie (zie F.1)). De lijst van bestaande verbindingsorganen kan u opvragen bij vraag@mi-is.be (Frontoffice) of downloaden van [www.mi-is.be](http://www.mi-is.be) (onder het onderwerp “Gezondheid”);

- het voeren van een sociaal onderzoek naar de staat van behoeftigheid (zie ook F.1) & nagaan wat de hoedanigheid is van de Unieburger op het moment van de aanvraag. Hierbij moet de bijlage 19/19ter geverifieerd worden (zie voor dit laatste ook punt 1.1.E van de omzendbrief van 05/08/2014);

- OCMW-beslissing tot al dan niet steunverlening.

Het recht op verblijf van een Unieburger (en zijn familieleden) kan vier vormen aannemen:

- duurzaam verblijf (aflevering E+/F+ kaart, bijlage 8bis/9bis) 🡪 aansluitbaar ziekenfonds

- aanvraag bijlage 19/19ter, gevolgd door verblijf langer dan drie maanden (E/F-kaart;bijlage 8/9) 🡪 aansluitbaar ziekenfonds

- verblijf korter dan drie maanden (toerist) 🡪 niet aansluitbaar ziekenfonds

- verblijf langer dan drie maanden en géén aanvraag bijlage 19/19ter (illegaal) 🡪 niet aansluitbaar ziekenfonds

Gezien het arrest van het Grondwettelijk Hof en de bepalingen van het KB Dringende Medische Hulp is er niet meer alleen het attest dringende medische hulp vereist voor personen die illegaal op het grondgebied verblijven, maar een attest dringende medische hulp is ook vereist voor volgende categorieën legale Unieburgers:

- bijlage 19/19ter hoedanigheid werkzoekende, ongeacht hoe lang al in België (dus ook de houders van een E-kaart die de hoedanigheid van werkzoekende hebben)

- bijlage 19/19ter hoedanigheid student/houder voldoende bestaansmiddelen gedurende de eerste drie maanden vanaf aflevering bijlage 19/19ter.

Meer informatie ook in de Omzendbrief van 22/01/2016 betreffende de interpretatie van artikel 57 sexies van de wet van 8/07/1976 betreffende de OCMW.

1. **Personen afkomstig uit visumplichtige[[7]](#footnote-7) landen met toegelaten verblijf van minder dan drie maanden + deze personen die na verloop van hun visum clandestien in het land verblijven**

Deze groep van begunstigden moet onderscheiden worden van personen afkomstig uit visumplichtige landen die ZONDER visum naar België zijn gekomen en derhalve vanaf dag één op Belgisch grondgebied zonder wettig verblijf zijn. Personen mét visum zijn de eerste drie maanden van verblijf (of langer als het visum verlengd wordt) legaal op het grondgebied.

Voor de personen uit visumplichtige landen die vanaf dag één op Belgisch grondgebied **zonder visum en zonder wettig verblijf** zijn en personen uit visumplichtige landen die na het verlopen van hun visum nog steeds (zonder wettig verblijf) op Belgisch grondgebied verblijven gelden de onderstaande regels betreffende de reisverzekering niet.

Er moet voor deze personen wel bekeken worden of er eventueel een borgsteller is (zie verder onder dit punt), wat de reden van verblijf is en het verdere sociaal-financieel onderzoek moet gevoerd worden.

Personen uit visumplichtige landen verblijven **legaal** in België tijdens de periode van hun visum.

Voor de periode waarin het visum geldig is kunnen er zich een aantal scenario’s voordoen, volgens volgend schema:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Reisverzekering aanwezig** | **Geen reisverzekering aanwezig** |
|  | *Reisverzekering komt tussen* | *Reisverzekering komt niet tussen* |  |
| **Kosten < 30.000 €** | a. Geen tussenkomst POD | c.Tussenkomst alsgemotiveerde weigering\* | d.Geen tussenkomst POD behoudens uitzonderingen |
| **Kosten > 30.000 €** | b.Tussenkomst POD kosten>€30.000\* |

\*POD MI inlichten via vraag@mi-is.be (ter attentie van inspectiedienst) voor elk dossier waarvoor het OCMW beslist de kosten ten laste te nemen.

**a. Geen tussenkomst POD**

Sinds 1 juni 2004 hebben de aanvragers van een visum van minder dan 3 maanden de verplichting het bewijs te leveren dat zij over een toereikende ziekteverzekering (vaak reisverzekering medische bijstand) beschikken. De Europese maatregel[[8]](#footnote-8) waarop dit gebaseerd is bepaalt dat het enkel gaat om nationaliteiten van buiten de EU. Deze personen hebben een persoonlijke of collectieve reisverzekering nodig met dekking van medische repatriëring, dringende medische zorgen en/of spoedbehandelingen in een ziekenhuis. Deze verzekering moet in principe afgesloten worden in het land van herkomst en de gehele duur van het toegestane verblijf moet gedekt zijn met een minimumdekking van 30.000 € per persoon.

In het geval dat iemand afkomstig is van een visumplichtig land en een tussenkomst medische kosten aanvraagt gedurende de periode dat zijn/haar visum geldig is en er is een geldige reisverzekering die besluit tussen te komen, is het principe dat de POD MI niet tussenkomt in de kosten als deze onder de €30.000 liggen.

**b. Tussenkomst POD MI voor kosten die uitstijgen boven €30.000**

Indien de reisverzekering tussenkomt kunnen enkel de kosten die uitstijgen boven de € 30.000 ten laste gelegd worden van de POD MI. Vanzelfsprekend dient er verder bekeken te worden of er eventueel een borgsteller is (zie verder onder dit punt), en moet het sociaal-financieel onderzoek gevoerd worden.

**c.Tussenkomst POD MI indien een gemotiveerde weigering**

Indien er een reisverzekering aanwezig is, die echter weigert tussen te komen, en het OCMW wenst tussen te komen, dan moet het dossier van het OCMW een schriftelijk bewijs (een brief of mail) bevatten waarin de reisverzekeraar de weigering om tussen te komen motiveert. Indien het OCMW en/of de begunstigde oordeelt dat de motivatie ontoereikend is, wordt er gevraagd verdere informatie in te winnen bij de reisverzekeraar en indien nodig (volgens het oordeel van de begunstigde of het OCMW) de beslissing aan te vechten, in het kader van het uitputten van de rechten. In tussentijd kan de POD MI tussenkomen in de kosten, maar gelden die mogelijk door het OCMW later toch ontvangen zouden worden van de reisverzekeraar dienen overgemaakt te worden via formulier F.

Gelieve per mail (vraag@mi-is.be, en ter attentie van de inspectiedienst) melding te maken van elk dossier waarin de reisverzekering weigert tussen te komen en waarvoor het OCMW beslist de kosten ten laste te nemen.

**d.Geen tussenkomst POD MI behoudens uitzonderingen**

Een persoon afkomstig van een visumplichtig land kan principieel enkel een visum bekomen als betrokkene voldoende verzekerd is en/of genoeg middelen van bestaan heeft en/of een borgsteller heeft. Als betrokkene tijdens het legaal verblijf géén reisverzekering heeft én onvoldoende bestaansmiddelen én geen borgsteller, dan kan dit beschouwd worden als het niet uitputten van de rechten. Er is geen tussenkomst van de POD MI voor de ganse periode dat het visum geldig is.

De uitzondering (wat betreft de reisverzekering) hierop betreft familieleden van EU-burgers uit derde landen en diplomaten. Vanzelfsprekend dient er voor deze personen verder bekeken te worden of er eventueel een borgsteller is (zie verder onder dit punt), en moet het sociaal-financieel onderzoek gevoerd worden. In het geval van diplomaten dient ook de FOD Buitenlandse Zaken eerst geconsulteerd te worden.

Voor alle personen afkomstig uit een visumplichtig land geldt dat **de borgstelling** moet onderzocht worden indien de begunstigde nog geen twee jaar op het Belgisch grondgebied verblijft, met of zonder wettig verblijf.

De borgstelling voor medische zorgen is immers 2 jaar geldig. Het OCMW doet navraag bij DVZ en bewaart het eventuele antwoord in het dossier. Als er geen garant is wil dit in principe zeggen dat betrokkene voldoende eigen middelen heeft. Als het OCMW toch kosten ten laste wil nemen dient er nauwgezet sociaal-financieel onderzoek te gebeuren naar de middelen en behoeftigheid van de betrokken persoon.

Het kan gebeuren dat het OCMW binnen de voorziene termijn voor het sociaal onderzoek nog geen informatie heeft over het bestaan van een borgsteller. In dat geval zal de POD, indien het OCMW beslist de kosten ten laste te nemen, de toelage voor zijn rekening nemen (voor zover voldaan is aan de andere voorwaarden).

Zodra het OCMW vervolgens de gegevens over het bestaan van de borgsteller ontvangen heeft, zal het zijn beslissing onmiddellijk herzien en wanneer nodig zijn beslissing tot maatschappelijke dienstverlening zonder terugwerkende kracht stopzetten (bij de aanwezigheid van een borgsteller). Indien er reeds kosten ten laste gelegd werden van de POD zal het OCMW het nodige doen om te proberen de maatschappelijke dienstverlening terug te vorderen bij de borgsteller, en zal de ontvangen bedragen terugbetalen aan de POD via formulier F. De inspectiedienst van de POD zal er op toezien dat het OCMW inderdaad het nodige gedaan heeft om te trachten de kosten te recupereren, op straffe van terugvordering van deze kosten indien dit niet het geval zou zijn.

Indien er een borgsteller is, dient deze verplicht gecontacteerd te worden met de vraag de medische kosten ten laste te nemen. De borgsteller neemt integraal de kosten ten laste, of dat gedeelte van de kosten dat de borgsteller volgens sociaal onderzoek van het OCMW kan dragen (borgsteller is (gedeeltelijk) insolvabel). Bij (gedeeltelijk) insolvabiliteit dient er een afbetalingsplan opgesteld te worden. Indien de borgsteller niet reageert op de vraag van het OCMW, of weigert/ophoudt te betalen, dan dient de financieel beheerder het dossier verder op te volgen en het nodige te doen opdat het nodige bedrag wordt teruggevorderd van de borgsteller. Datgene dat door de borgsteller wordt terugbetaald aan het OCMW moet via formulier F overgemaakt worden aan de POD MI.

Indien de borgsteller zich buiten België bevindt, beperkt de tussenkomst van het OCMW zich tot het éénmalig aanschrijven van de borgsteller (bewijs in dossier), indien er adresgegevens gekend zijn. Het OCMW kan ook in dit geval altijd beslissen dat betrokkene zijn/haar rechten moet uitputten (als de borgstelling tenminste nog geldig is).

Welke actie moet ondernomen worden door het OCMW naar DVZ toe?

Wat betreft de vragen gericht aan DVZ voor het onderzoek naar de borgstelling moeten de volgende onderrichtingen gevolgd worden:

- vraag per mail stellen (vermelden van naam, voornaam, geboortedatum, nationaliteit) en bewaren in het dossier. Het eventuele antwoord bijhouden in het dossier en verplicht overgaan tot het aanspreken van de borgsteller (zie hierboven);

- ENKEL voor de juiste categorie van personen de vraag stellen, namelijk voor personen afkomstig van een visumplichtig land die een aanvraag doen voor medische kosten en waarvan het visum minder dan twee jaar geleden is afgeleverd. Voor enerzijds personen met een lopende asielprocedure en anderzijds personen die hier reeds langer dan twee jaar verblijven moet deze vraag NOOIT gesteld worden;

- als het visum van betrokkene niet werd afgeleverd door België moet DVZ niet gecontacteerd worden aangezien er in België geen borgsteller zal zijn. Het dossier moet dan wel een kopie van het paspoort bevatten waaruit blijkt dat een ander land dan België het visum afleverde. Het sociaal verslag moet dit gegeven ook vermelden.

De te contacteren personen bij DVZ zijn de volgende:

1. Voor Kort Verblijf bijlage 3 bis Nederlandstalig:

Koen Callaert : koen.callaert@ibz.fgov.be – tel. nr. 02/793.86.30

1. Voor Kort Verblijf bijlage 3 bis Franstalig:

Martine Mercier : martine.mercier@ibz.fgov.be  - tel nr. 02/793.86.04

1. Voor Lang Verblijf bijlage 32 Nederlandstalig:

Jo Engelen: jo.engelen@ibz.fgov.be  – tel. 02/793.87.16

1. Voor Lang verblijf  bijlage 32 Franstalig:

Bernard Baillieux: bernard.baillieux@ibz.fgov.be - tel.nr. : 02/793.86.79

Als de persoon bovendien afkomstig is uit Algerije, Tunesië of Turkije en nog geen jaar in België verblijft moet de HZIV gecontacteerd worden om de verzekering in het land van herkomst na te kijken via het verbindingsorgaan (zie ook F.1). Het bewijs van de bevraging van de HZIV en het mogelijke antwoord moet in het dossier bewaard worden. De lijst van bestaande verbindingsorganen kan u opvragen bij vraag@mi-is.be (Front Office) of downloaden van [www.mi-is.be](http://www.mi-is.be) (onder het onderwerp “Medische Hulp”).

**D) Personen afkomstig uit niet-visumplichtige niet-EU-landen en die hier wettelijk verblijven + diezelfde personen die na verloop van tijd clandestien in het land verblijven**

Deze personen moeten een geldige identiteitskaart of paspoort kunnen voorleggen indien ze legaal verblijven. Het voorleggen van officiële identiteitsdocumenten is echter geen wettelijke vereiste als deze personen geen wettig verblijf hebben. Het bewijs van de identiteit kan gebeuren door alle middelen (dus zowel officiële documenten als niet-officiële documenten). Als deze er zijn genieten officiële documenten de voorkeur, maar het bewijs van identiteit kan ook gebeuren door niet-officiële documenten (zoals de naam op facturen of huurcontract – het betreft hier geen limitatieve lijst).

Betrokkene moet uiteraard wel zijn medewerking verlenen bij het (laten) vaststellen van zijn identiteit.

Voor personen komende uit deze landen die zich aanbieden zonder verzekeringsgegevens en die hier nog geen jaar verblijven moet via de HZIV contact opgenomen worden met de verbindingsorganen van die landen waarvoor er een verbindingsorgaan bekend is. Het schriftelijk bewijs van de HZIV moet bij het dossier gevoegd worden. Als de betrokkene dus minder dan één jaar in België verblijft én afkomstig is uit een land met een verbindingsorgaan, dan moet de HZIV verplicht aangesproken worden, ook als de betrokkene illegaal verblijft. Als iemand afkomstig is van een land zonder verbindingsorgaan, dan is het bewijs van niet-verzekering beperkt tot een schriftelijk bewijsstuk waarbij betrokkene verklaart geen verzekering te hebben.

Als een persoon reeds langer dan een jaar in België verblijft, mag er van uitgegaan worden dat betrokkene geen verzekering (meer) heeft en is er geen bewijsstuk nodig. Het OCMW moet zich wel op concrete bewijzen kunnen baseren om te concluderen dat de persoon al langer dan een jaar in België is (zie onder punt 1) algemene aandachtspunten). Deze bewijzen moeten in het dossier terug te vinden zijn.

De lijst van bestaande verbindingsorganen kan u opvragen bij vraag@mi-is.be (Front Desk) of downloaden van [www.mi-is.be](http://www.mi-is.be) (onder het onderwerp “Gezondheid”).

De lijst van niet-visumplichtige niet-EU-landen vindt u terug in bijlage 1.

1. **Belgen niet ingeschreven in het bevolkingsregister (statuut H)**

Voor Belgen die niet langer ingeschreven zijn in het bevolkingsregister (code 001 register afgevoerd van ambtswege (al dan niet met referentieadres) of naar het buitenland) kan er een medische kaart (Mediprima) aangemaakt worden.

Er is recht op terugbetaling van ziekenhuiskosten via Mediprima, nooit van medische kosten of farmaceutische kosten (formulier D1) wegens het ontbreken van een wettelijke basis hiervoor.

Deze medische kaart kan enkel aangemaakt worden als betrokkene:

* Belg is
* Afgevoerd (code 001 bevolkingsregister) is of enkel over een referentieadres beschikt
* Niet aangesloten is bij een ziekenfonds, ook niet in het land waarnaar betrokkene mogelijk is uitgeschreven (code 001 register uitgeschreven naar buitenland)
* Behoeftig is (bewezen behoeftigheid na sociaal onderzoek, via sociaal verslag)

Er wordt van het OCMW verwacht dat betrokkene na een eerste aanmelding bij het OCMW aangespoord wordt om de inschrijving in het bevolkingsregister zo snel mogelijk terug in orde te brengen. Dat kadert in het uitputten van de rechten, daar betrokkene meestal enkel via inschrijving in het bevolkingsregister/referentieadres de ziekenfondsaansluiting terug in orde kan krijgen. Het dossier moet aantonen dat het nodige wordt gedaan om de inschrijving in het bevolkingsregister en ziekenfonds in orde te maken. In die zin wordt het aanbevolen de medische kaart voor slechts een beperkte duurtijd aan te maken. Vanaf datum referentieadres wordt een overgangsperiode van drie maanden gehanteerd bij inspectie. Dit wil zeggen dat er verwacht wordt dat betrokkene aangesloten is bij het ziekenfonds binnen de drie maanden na datum toekenning referentieadres. Hiervan kan afgeweken worden als het OCMW kan aantonen dat de aansluiting om gegronde reden langer duurde, bijvoorbeeld omdat er een wachtperiode moet doorlopen worden.

Het sociaal onderzoek naar de behoeftigheid van een naar het buitenland uitgeschreven Belg verdient bijzondere aandacht:

- Is er geen verzekering in het buitenland?

- Heeft de aanvrager de bedoeling zich (voortaan) terug in België te vestigen (reden van verblijf in België)?

- Welke middelen van bestaan heeft de aanvrager?

***G. De beslissing tot ten laste name***

Elke medische kost of kost in het kader van Mediprima moet juridisch gedekt zijn door een beslissing (inclusief deze van LOI-dossiers). Elke beslissing moet voorafgegaan worden door een sociaal verslag, eindigend met een voorstel van de maatschappelijk werker. Voor een niet-illegaal verblijvend persoon moet er minstens jaarlijks een beslissing genomen worden tot ten laste name van de medische kosten / het afleveren van een medische kaart Mediprima. Bij niet wettig verblijvende personen moet er minstens driemaandelijks een beslissing zijn, conform de richtlijnen afkomstig uit de handleiding Mediprima. Vanaf 14/03/2020 is het echter zo dat er ook voor niet-wettig verblijvende personen minstens jaarlijks een beslissing mag genomen worden betreffende de ten laste name medische kosten/afleveren medische kaart Mediprima, in plaats van elke drie maanden. Een beslissing nemen voor één jaar in plaats van drie maanden is geen verplichting, maar een mogelijkheid. Vanzelfsprekend dienen de OCMW op regelmatige wijze nog wel na te gaan of de beslissing nog steeds conform is aan het statuut van de persoon en dienen de OCMW de mutaties daaromtrent te behandelen die ze ontvangen.

Bij vaststelling van onveranderde omstandigheden en dus gelijk gebleven behoeftigheid mogen de dossiers in dit laatste geval in lijstvorm voorgebracht worden aan de Raad/Bijzonder Comité van de Sociale Dienst ter goedkeuring van de verlenging van de steunverlening.

Een beslissing moet steeds een geldigheidstermijn hebben, of een datum vermelden tegen wanneer de beslissing uiterlijk herzien wordt.

De schriftelijke mededeling (kennisgeving) van de beslissing dient op zo’n manier geformuleerd te zijn dat deze door de aanvrager kan worden begrepen en dat deze laatste de juistheid ervan kan nagaan. In dat opzicht is een kopie van de notulen niet aangewezen.

Een voorbeeld van een alomvattende formulering van een kennisgeving zou kunnen zijn:

“Vanaf dd/mm/yy neemt het OCMW de medische en farmaceutische kosten ten laste volgens de regels van de ziekteverzekering (inclusief/exclusief remgeld *(schrappen wat niet past)*). Het OCMW levert tevens een medische kaart af voor de kosten in een verplegingsinstelling (zoals een ziekenhuis). Ten laatste ~~binnen drie maanden~~/binnen een jaar *~~(schrappen wat niet past)~~* kan deze beslissing herzien worden.”

Andere medische kosten die het OCMW op eigen budget wil betalen kunnen in voorkomend geval ook vermeld worden in deze kennisgeving.

Het wordt aanbevolen de medische kaart Mediprima niet te limiteren ten voordele van een beperkt aantal ziekenhuizen. Dit brengt de rechten van de patiënt in gevaar en zorgt voor praktische en financiële problemen bij andere ziekenhuizen die betrokkene moeten opvangen bij een gebeurlijk ongeval. Bovendien is het zo dat in er in het kader van hervormingen in het ziekenhuislandschap bepaalde zorgen/specialisaties enkel nog verstrekt kunnen worden in een beperkt aantal ziekenhuizen.

Het wordt tevens aanbevolen een medische kaart niet voor een te beperkte periode toe te kennen (enkele dagen, een week, twee weken). Het is de bedoeling een medische kaart af te leveren vanaf het moment de behoeftigheid wordt vastgesteld. Dit wil zeggen dat er een medische kaart mag afgeleverd worden vooraleer er medische zorgen nodig zijn.

Een uitzondering op het afleveren van een medische kaart voor een beperkte periode betreft het geval dat het OCMW verwacht dat iemand binnen afzienbare tijd zal aangesloten worden bij een ziekenfonds of een beroep zal kunnen doen op bijvoorbeeld een verzekering/borgsteller.

***H. Algemene terugbetalingsregel***

De onderstaande algemene terugbetalingsregel heeft enkel betrekking op de medische kosten, de farmaceutische kosten én de ambulante zorgen verstrekt in de verplegingsinstelling.

Wanneer het gaat om behandelingskosten veroorzaakt door een *hospitalisatie* worden zoals voorheen alle supplementen bij hospitalisaties niet terugbetaald. Meer informatie over de hospitalisaties vindt u onder punt H.1).

Uit de wijziging van 27/12/2005 van artikel 11 van de wet van 02/04/1965 dient er een belangrijk onderscheid te maken tussen personen die een inkomen genieten en personen die geen inkomen genieten.

1) Algemene terugbetalingsregel medische kosten, farmaceutische kosten en ambulante ziekenhuiskosten voor personen die geen inkomen hebben

De *algemene terugbetalingsregel* voorbehandelingskosten gemaakt voor personen die beschikken over bestaansmiddelen die lager zijn dan het bedrag van het leefloon, houdt in dat deze kosten terugbetaalbaar tot het beloop van de prijs die als basis dient voor de terugbetaling door de verzekering tegen ziekte en invaliditeit.

Dit betekent dat voor personen die geen inkomen hebben(vooral mensen zonder wettig verblijf en personen verblijvend in een Lokaal opvanginitiatief)deverstrekkingen die voorzien zijn van een RIZIV-nomenclatuurnummer of pseudo-nomenclatuurnummer én de vergoedbare medicijnen worden terugbetaald tot het maximumbedrag (verhoogde tegemoetkoming + remgeld) dat voorzien is in de ziekteverzekeringswet. Dit betekent ook dat voor deze personen de terugbetalingsregeling van voor de wetswijziging van 27/12/2005 blijft gelden.

Of men nu te maken heeft met medische en farmaceutische kosten, hospitalisatiekosten of ambulante zorgen verstrekt in een verplegingsinstelling, er moet eerst nagegaan worden of de persoon is aangesloten bij het ziekenfonds of niet kan aangesloten worden (zie D).

De POD MI betaalt namelijk vanzelfsprekend nooit die kosten terug die het ziekenfonds ten laste moet nemen of ten laste heeft genomen.

Als de persoon is aangesloten bij het ziekenfonds en er dus terugbetaling is van het ziekenfonds kan het OCMW enkel het remgeld terugvorderen van medische verstrekkingen op voorwaarde dat er een RIZIV-nomenclatuurcode of een pseudo-nomenclatuurcode is.

Als de persoon niet aangesloten is bij het ziekenfonds, dan kan het OCMW alle medische vertrekkingen terugvorderen op voorwaarde dat er een RIZIV-nomenclatuurcode of een pseudo-nomenclatuurcode is voor de medische verstrekking.

De verstrekkingen die vergoedbaar zijn in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging kunnen we onderscheiden in **nomenclatuurverstrekkingen en in niet-nomenclatuurverstrekkingen.** De verstrekkingen uit de nomenclatuur hebben allemaal een nomenclatuurnummer gekregen op basis waarvan de terugbetaling kan worden bepaald.

Een nomenclatuurnummer is een getal met zes cijfers dat verwijst naar een geneeskundige verstrekking waarvoor de ziekteverzekering een terugbetaling voorziet. Naast de vergoeding per nomenclatuurprestatie bestaan er nog andere zaken die vergoed worden door de ziekteverzekering: geneesmiddelen, weefsels van menselijke oorsprong, verblijf in een ziekenhuis e.a.. Ook de revalidatieverstrekkingen(in het kader van revalidatieovereenkomsten) hebben hun nomenclatuur (met o.a. verstrekkingen inzake cardiale revalidatie,  zelfcontrole thuis van insuline-depedente diabetici). In die overeenkomsten wordt een pakket omschreven dat gedekt wordt door een forfait, hetzij specifiek per instelling, hetzij per pathologie. Om die verstrekkingen te kunnen afrekenen, hebben deze van het RIZIV ook een nummer gekregen. Dit worden pseudo-nomenclatuurnummers genoemd.

RIZIV-nomenclatuurcodes beginnend met de cijfers 1-6 leiden tot volledige terugbetaling (behalve het eventuele ereloonsupplement en/of als er specifieke terugbetalingsvoorwaarden zijn verbonden aan een prestatie zoals bij tandprothesen bijvoorbeeld).

RIZIV-pseudonomenclatuurcodes beginnend met het cijfer 8 of 9 leiden nooit tot terugbetaling.

RIZIV-(pseudo)nomenclatuurcodes beginnend met het cijfer 7 leiden meestal tot volledige terugbetaling (behalve het eventuele ereloonsupplement), maar er zijn een aantal belangrijke uitzonderingen:

* pseudocode 750820: medicijnen categorie D gehospitaliseerd
* pseudocode 751015: medicijnen categorie D ambulant
* kamersupplementen (761611-761622-761633-761644)
* initiatief van beschut wonen (762576) wat betreft verblijfskosten

Hierbij wordt herhaald dat pseudonomenclatuurnummers die verblijfskosten in de volgende lijst van instellingen betreffen niet worden terugbetaald:

* een initiatief van beschut wonen ten behoeve van psychiatrische patiënten
* een medisch-pedagogische instelling
* een instelling voor doofstommen, blinden of gebrekkigen die lijden aan een zware ongeneeslijke aandoening
* een kinderverblijf
* een rustoord voor bejaarden
* een serviceflatgebouw
* woningcomplexen met dienstverlening

De bedragen op facturen vermeld die voorzien zijn van deze codes worden niet terugbetaald.

Medicijnen hebben een aparte cijfercode, maar dit is niet op te vatten als een nomenclatuurcode. De medicijnen categorie A, B en C worden volledig terugbetaald. Medicijnen categorie D worden niet terugbetaald. Meer informatie over de medicijnen vindt u onder punt H.2).

Er zijn een aantal zaken die nooit terugbetaald worden, of de persoon nu aangesloten is bij het ziekenfonds of niet. Deze staan in onderstaande tabel opgesomd:

Tabel 1: Niet vergoedbare kosten voor personen die geen inkomen hebben

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medische kosten** | **Farmaceutische kosten** | **Hospitalisatie** | **Ambulante zorgen verstrekt in een verplegingsinstelling** |
| Medische verstrekkingen die niet voorzien zijn van een RIZIV-nomenclatuurcode of pseudo-nomenclatuurcode (bvb. tandextractie) | Medicijnen categorie D | Het verschil tussen de verpleegdagprijs van een één- of tweepersoonskamer en een gemeenschappelijke kamer. Enkel de prijs van de verpleegdag in een gemeenschappelijke kamer wordt terugbetaald. Kamersupplementen (bij een twee- of éénpersoonskamer) | Kamersupplementen (bij een twee- of éénpersoonskamer) tijdens een daghospitalisatie |
| Ereloonsupplementen van gedeeltelijk geconventioneerde of niet-geconventioneerde artsen  | Sommige parafarmaceutische producten (bvb fopspenen, thermometer, babyvoeding, …) | Medicijnen categorie D (staan apart vermeld op de “Individuele factuur”) en niet terugbetaalbare parafarmaceutische producten | Medicijnen categorie D (staan apart vermeld op de “Individuele factuur”) en niet terugbetaalbare parafarmaceutische producten |
|  |  | Ereloonsupplementen van gedeeltelijk of niet-geconventioneerde artsen  | Ereloonsupplementen van gedeeltelijk of niet-geconventioneerde artsen  |
|  |  | Ereloonsupplementen die voortvloeien uit het verblijf in een éénpersoonskamer | Ereloonsupplementen die voortvloeien uit het verblijf in een éénpersoonskamer tijdens een daghospitalisatie |
|  |  | Honoraria voor verstrekkingen die niet terugbetaald worden (esthetische ingrepen, er is hiervoor dus ook geen RIZIV-nomenclatuurnummer) | Honoraria voor verstrekkingen die niet terugbetaald worden (esthetische ingrepen, er is hiervoor dus ook geen RIZIV-nomenclatuurnummer) |
|  |  | De diverse kosten (telefoon, …) | De diverse kosten (telefoon, …) |
|  |  | Medische verstrekkingen die niet voorzien zijn van een RIZIV-nomenclatuurcode of pseudo-nomenclatuurcode, noch op de “Individuele factuur” of het “Uittreksel verpleegnota bestemd voor de rechthebbende” | Medische verstrekkingen die niet voorzien zijn van een RIZIV-nomenclatuurcode of pseudo-nomenclatuurcode, noch op de “Individuele factuur” of het “Uittreksel verpleegnota bestemd voor de rechthebbende” |

2) Algemene terugbetalingsregel medische kosten, farmaceutische kosten en ambulante ziekenhuiskosten voor personen die een inkomen hebben

De *algemene terugbetalingsregel* *voor personen die een inkomen hebben* bestaat erin dat de medische kosten terugbetaalbaar zijn tot het beloop van de prijs die wordt terugbetaald door de verzekering tegen ziekte en invaliditeit.

Dit betekent dat enkel het aandeel verhoogde tegemoetkoming (RVV-tarief) van verstrekkingen die voorzien zijn van een RIZIV-nomenclatuurcode of pseudo-nomenclatuurcode wordt terugbetaald.

Of men nu te maken heeft met medische en farmaceutische kosten, hospitalisatiekosten of ambulante zorgen verstrekt in een verplegingsinstelling, er moet eerst nagegaan worden of de persoon is aangesloten bij het ziekenfonds of niet kan aangesloten worden (zie D).

De POD MI betaalt namelijk vanzelfsprekend nooit die kosten terug die het ziekenfonds ten laste moet nemen of ten laste heeft genomen.

Als de persoon is aangesloten bij het ziekenfonds en er dus terugbetaling is van het ziekenfonds kan het OCMW niets meer terugvorderen.

Als de persoon niet aangesloten is bij het ziekenfonds, dan kan het OCMW het RVV-aandeel van alle medische vertrekkingen terugvorderen op voorwaarde dat er een RIZIV-nomenclatuurcode of een pseudo-nomenclatuurcode is voor de medische verstrekking.

Aangezien het RVV-tarief wordt gehanteerd en niet de gewone tegemoekoming, zijn er vele nomenclatuurnummers waarbij het maximumtarief van het RIZIV gelijk is aan het RVV-tarief. Het remgeld bedraagt bijgevolg nul.

Hieronder vindt u een lijst van nomenclatuurnummers (enkel de drie eerste cijfers van de code zijn weergegeven ipv de volledige nomenclatuurnummer) waarbij er wél een remgeld is: het RVV-tarief is kleiner dan het maximumtarief. Bij deze nomenclatuurnummers is er dus steeds een gedeelte dat niet wordt terugbetaald door de POD MI.

Tabel 2: Nomenclatuurnummers mét remgeld

|  |
| --- |
| GENEESHEREN: RAADPLEGINGEN EN BEZOEKEN  |
| 101102103104109 |
| TANDHEELKUNDIGEN: TANDPROTHESEN EN RADIOGRAFIE TANDEN |
| 306307308309 |
| VERPLEEGKUNDIGEN |
| 418425427460 |
| GENEESHEREN: MEDISCHE BEELDVORMING460 |
| GENEESHEREN: FYSIOTHERAPIE |
| 558 |
| KINESITHERAPEUTEN |
| 560561563564 |
| GENEESHEREN: KLINISCHE BIOLOGIE |
| 592593 |
| BANDAGISTEN |
| 604 |
| IMPLANTATEN: ARTIKEL 35 & 35bis |
| 694730 tot en met 733 |
| ORTHOPEDISTEN |
| 645 tot en met 653 + 655690 |
| LOGOPEDISTEN |
| 701 tot en met 706711 tot en met 714717 tot en met 719721 tot en met 729 |
| REVALIDATIEVERSTREKKINGEN |
| 771 |

Als u een nomenclatuurnummer tegenkomt waarbij de eerste drie cijfers *verschillend* zijn van diegene uit bovenstaande lijst, dan kan u ervan uitgaan dat dat het bedrag is dat van de POD MI mag teruggevraagd worden (enkel opletten met zgn. ereloonsupplementen, zie H 1)).

RIZIV-pseudonomenclatuurcodes beginnend met het cijfer 8 of 9 leiden nooit tot terugbetaling.

Volgende RIZIV-(pseudo)nomenclatuurcodes beginnend met de cijfers 6-7 leiden nooit tot terugbetaling:

* pseudocodes i.v.m. afleveringsmarges implantaten (618715-618726-618741-685812-685823-685834-685845-685856-685860) als onderdeel van een ambulante ziekenhuisfactuur, daar deze afleveringsmarges beschouwd worden als remgeld en remgeld wordt niet terugbetaald als de begunstigde een inkomen heeft
* pseudocode 750820: medicijnen categorie D gehospitaliseerd
* pseudocode 751015: medicijnen categorie D ambulant
* kamersupplementen (761611-761622-761633-761644)
* initiatief van beschut wonen (762576) wat betreft verblijfskosten

De bedragen op facturen vermeld die voorzien zijn van deze codes worden niet terugbetaald.

Medicijnen hebben een aparte cijfercode, maar dit is niet op te vatten als een nomenclatuurcode. Medicijnen categorie D worden niet terugbetaald. Meer informatie over de medicijnen vindt u onder punt H.2).

Er zijn een aantal zaken die nooit terugbetaald worden. Deze staan in onderstaande tabel opgesomd:

Tabel 3: Niet vergoedbare kosten voor personen die een inkomen hebben

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medische kosten** | **Farmaceutische kosten** | **Hospitalisatie** | **Ambulante zorgen verstrekt in een verplegingsinstelling** |
| Medische verstrekkingen die niet voorzien zijn van een RIZIV-nomenclatuurcode of pseudo-nomenclatuurcode (bvb. tandextractie) | Medicijnen categorie D | Het verschil tussen de verpleegdagprijs van een één- of tweepersoonskamer en een gemeenschappelijke kamer. Enkel de prijs van de verpleegdag in een gemeenschappelijke kamer wordt terugbetaald. Kamersupplementen (bij een twee- of éénpersoonskamer) | Kamersupplementen (bij een twee- of éénpersoonskamer) tijdens een daghospitalisatie |
| Ereloonsupplementen van gedeeltelijk geconventioneerde of niet-geconventioneerde artsen  | Sommige parafarmaceutische producten (bvb fopspenen, thermometer, babyvoeding, …) | Medicijnen categorie D (staan apart vermeld op de “Individuele factuur”) en niet terugbetaalbare parafarmaceutische producten | Medicijnen categorie D (staan apart vermeld op de “Individuele factuur”) en niet terugbetaalbare parafarmaceutische producten |
| Remgeld | Remgeld | Ereloonsupplementen van gedeeltelijk of niet-geconventioneerde artsen  | Ereloonsupplementen van gedeeltelijk of niet-geconventioneerde artsen  |
|  |  | Ereloonsupplementen die voortvloeien uit het verblijf in een éénpersoonskamer | Ereloonsupplementen die voortvloeien uit het verblijf in een éénpersoonskamer tijdens een daghospitalisatie |
|  |  | Honoraria voor verstrekkingen die niet terugbetaald worden (esthetische ingrepen, er is hiervoor dus ook geen RIZIV-nomenclatuurnummer) | Honoraria voor verstrekkingen die niet terugbetaald worden (esthetische ingrepen, er is hiervoor dus ook geen RIZIV-nomenclatuurnummer) |
|  |  | De diverse kosten (telefoon, …) | De diverse kosten (telefoon, …) |
|  |  | Medische verstrekkingen die niet voorzien zijn van een RIZIV-nomenclatuurcode of pseudo-nomenclatuurcode, noch op de “Individuele factuur” of het “Uittreksel verpleegnota bestemd voor de rechthebbende” | Medische verstrekkingen die niet voorzien zijn van een RIZIV-nomenclatuurcode of pseudo-nomenclatuurcode, noch op de “Individuele factuur” of het “Uittreksel verpleegnota bestemd voor de rechthebbende” |
|  |  |  | Remgeld (inclusief afleveringsmarge implantaten) |

*I. Formulier D1*

1) Medische kosten

Het betreft hier de medische kosten verstrekt buiten de verplegingsinstelling.

Medische verstrekkingen die niet voorzien zijn van een RIZIV-nomenclatuurcode of pseudo-nomenclatuurcode worden niet terugbetaald (bvb tandextractie). Als er wel een code voorzien is dan wordt het wettelijk honorarium, het RVV-tarief, het remgeld of niets terugbetaald naargelang het statuut van de begunstigde en naargelang het feit of de persoon al dan niet een inkomen heeft (zie F).

Ereloonsupplementen (gedeelte van het ereloon dat het wettelijk honorarium overschrijdt) worden niet terugbetaald. Wees aandachtig wanneer de arts afgeronde bedragen aanrekent voor zijn prestaties (de arts vraagt bijvoorbeeld 90,00 €) daar het om (kleine) ereloonsupplementen kan gaan. Dit kan oplopen als verscheidene facturen van dezelfde arts komen.

Voor sommige medische verstrekkingen is er een verplicht advies van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds vereist. Als de persoon niet is aangesloten bij het ziekenfonds dan kan het bedrag wel teruggevorderd worden van de POD MI op voorwaarde dat er een verklaring van de behandelende arts is dat de verstrekte zorgen absoluut noodzakelijk waren. De behandelende arts zal vrijwel steeds zelf de nodige maatregelen nemen en een attest schrijven waaruit blijkt dat de medische verstrekking echt wel noodzakelijk is. Als bij de controle blijkt dat de verklaring van de behandelende arts ontbreekt, dan kan het OCMW nog steeds deze verklaring van de arts trachten te bekomen om aldus terugvordering van gemaakte kosten te vermijden. Als de verklaring niet bekomen kan worden, dan worden deze kosten integraal teruggevorderd van het OCMW.

Wat betreft de terugbetaling van het ambulancevervoer (dringend ziekenvervoer – dienst/nummer 112) geldt het volgende terugbetalingsbarema tot en met 31/12/2018. Vanaf 1/01/2019 is er dus geen terugbetaling meer voorzien.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***2015*** | ***2016*** | ***2017*** | ***2018*** |
| ***Forfait per rit (1 tot 10 km)*** | ***61,63 €*** | ***62,02 €*** | ***63,36 €*** | ***64,37 €*** |
| ***Vanaf de 11de km*** | ***6,16 €/km*** | ***6,20 €/km*** | ***6,33 €/km*** | ***6,43 €/km*** |
| ***Vanaf de 21ste km*** | ***4,71 €/km*** | ***4,74 €/km*** | ***4,84 €/km*** | ***4,92 €/km*** |

Als een persoon aangesloten is bij een ziekenfonds kan maximaal het resterende bedrag van de vergoedbare kosten (dus wat het ziekenfonds niet terugbetaalde aan betrokkene aan vergoedbare ambulancekosten) op de ambulancefactuur teruggevorderd worden van de POD MI, als de persoon een inkomen heeft lager dan de overeenkomstige categorie van het leefloon (en dit tot en met 31/12/2018).

Enkel het vervoer van het thuisadres van de patiënt of van de plaats van het ongeval naar de verplegingsinstelling en het vervoer tussen twee verplegingsinstellingen wordt terugbetaald.

Er zijn hierop echter twee uitzonderingen mogelijk, voorzien door de RIZIV-reglementering, ook nog van toepassing na 31/12/2018:

- nierdialysepatiënten: er is een vergoeding van € 0,25 die van toepassing is op alle afgelegde kilometers, dus zowel de heen- als de terugreis. De wettelijke voorziening geeft maximaal voor 60 km een vergoeding (heen- en terug), behalve als er binnen deze afstand geen ziekenhuis zou zijn. In het geval dat er in een straal van 30 km geen ziekenhuis is waar de patiënt voor nierdialyse terecht kan, dan kunnen er meer kilometers worden aangerekend.

- kankerpatiënten (chemo- en radiotherapie): openbare vervoerskosten tram, metro, bus en trein (2de klasse) worden integraal terugbetaald, zowel voor heen- als terugreis. Als er een ander vervoermiddel gebruikt wordt, dan is er zoals voor de nierdialysepatiënten recht op een kilometervergoeding van € 0,25 voor de reis tussen de woonplaats en de verplegingsinstelling. De vergoeding van € 0,25 is van toepassing voor alle afgelegde kilometers, dus zowel de heen- als de terugreis.

Voor de vergoedingen van € 0,25 per kilometer is de aard van het vervoermiddel van geen belang, zolang er maar een officiële factuur kan voorgelegd worden waarop de volgende gegevens staan: aantal afgelegde kilometers, adres van vertrek, adres van aankomst, datum van vervoer, naam patiënt, naam vervoersbedrijf, factuurbedrag. Zo kan er bijvoorbeeld gewerkt worden met vervoer via vrijwilligers van de mindermobielencentrale. De factuur moet dan wel opgemaakt worden door deze centrale en niet door de vrijwilliger.

Voor de openbare vervoerskosten in geval van een kankerpatiënt moeten de vervoerbewijzen voorgelegd kunnen worden.

Uit het dossier moet blijken dat de begunstigde daadwerkelijk nierdialyse- of kankerpatiënt is.

Voor een nierdialyse- of kankerpatiënt die per ambulance (dringend ziekenvervoer – dienst/nummer 112) regelmatig heen-en terug wordt vervoerd is het volgende van toepassing tot en met 31/12/2018:

* de heenrit kan terugbetaald worden à rato van de bovenvermelde ambulancetarieven;
* de terugrit kan terugbetaald worden à rato van 0,25 € per kilometer

Gaat het om een rit per ambulance, maar betreft het géén dringend ziekenvervoer – dienst/nummer 112, dan is er (zoals hierboven reeds vermeld) een vergoeding van € 0,25 die van toepassing is op alle afgelegde kilometers, dus zowel de heen- als de terugreis met een maximum van 60 km.

Ambulancevervoer dat niet op de ziekenhuisfactuur vermeld wordt en waarvan men aldus een afzonderlijke factuur ontvangt, kan enkel aangegeven worden via het D1 formulier. Het eventuele attest dringende medische hulp wordt bijgehouden door het OCMW.

Ambulancevervoer dat vermeld wordt bij de diverse kosten op een ziekenhuisfactuur en aldus deel uitmaakt van de hospitalisatiefactuur, verloopt via Mediprima.

Vanaf datum vervoer 01/01/2019 is er een forfaitair bedrag van €60 dat aangerekend wordt voor het oproepen van het nummer 112 dringend ambulancevervoer. Dit bedrag wordt niet vergoed via de verplichte ziekteverzekering. Er is geen terugbetaling door de POD MI.

Om het juiste terugvorderbare bedrag te kennen moeten sommige nomenclatuurnummers opgezocht worden. Dit gebeurt het gemakkelijkste via de databank Nomensoft op [www.riziv.be](http://www.riziv.be).

Voorbeeld: nomenclatuurnummer 101076

|  |
| --- |
|  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| 101076 |

 |  |

 |
|

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1/01/2007 |
| Honorarium | **20,79 €** |
| Honorarium in het kader van het globaal medisch dossier | **20,79 €** |
| Tegemoetkoming rechthebbende met voorkeurregeling in het kader van het globaal medisch dossier | **19,81 €** |
| Tegemoetkoming rechthebbende zonder voorkeurregeling in het kader van het globaal medisch dossier | **16,99 €** |
| Tegemoetkoming rechthebbende met voorkeurregeling | **19,39 €** |
| Tegemoetkoming rechthebbende zonder voorkeurregeling | **15,36 €** |

 |

Het bedrag “Honorarium” is het wettelijk honorarium en is het bedrag dat teruggevorderd kan worden voor iemand die niet is aangesloten bij het ziekenfonds én geen inkomen heeft.

Het bedrag “Tegemoetkoming rechthebbenden MET voorkeurregeling” (d.i. het RVV-tarief) is het bedrag dat kan teruggevorderd worden voor iemand die niet is aangesloten bij het ziekenfonds én een inkomen heeft.

Soms wordt er binnen “Tegemoetkoming rechthebbenden MET voorkeurregeling” nog een onderscheid gemaakt tussen “Verstrekkers met overeenkomst” en “Verstrekkers zonder overeenkomst”. De POD MI betaalt het bedrag terug dat vermeld staat in de kolom “Verstrekkers met overeenkomst”.

Het “Honorarium in het kader van het globaal medisch dossier” is enkel van toepassing als deze begunstigde een globaal medisch dossier heeft en dus steeds naar dezelfde huisarts gaat. De opmaak van een globaal medische dossier wordt terugbetaald en heeft het nomenclatuurnummer 102771, 102793, 103574 of 103596.

De “tegemoetkoming rechthebbende met voorkeurregeling in het kader van het globaal medisch dossier” is van toepassing voor iemand die niet is aangesloten bij het ziekenfonds én een inkomen heeft. Deze begunstigde moet een globaal medisch dossier hebben en dus steeds naar dezelfde huisarts gaan.

In het geval van een globaal medisch dossier moet het OCMW er absoluut zeker van zijn dat betrokkenen steeds naar dezelfde huisarts gaat. Het laten opstellen van een globaal medisch dossier door een andere huisarts (met uitzondering van de huisarts van wacht) wordt in geen geval terugbetaald. Facturen/getuigschriften van andere huisartsen dan de huisarts waar de begunstigde het globaal medisch dossier heeft en die ingediend worden door het OCMW worden bij inspectie teruggevorderd.

De POD MI kan u echter nooit zeggen of iets terugbetaalbaar is of niet VOORALEER een medische ingreep heeft plaatsgevonden. Er zijn namelijk vele factoren die een rol spelen voor de terugbetaling.

Via de volgende link kan je opzoeken of een arts geconventioneerd is of niet en dus ereloonsupplementen zou kunnen vragen. <http://www.cm.be/nl/100/selfservice/opzoeken/caretaker_name.jsp?ComponentId=30544&SourcePageId=30608>

Sinds 01.01.2017 moet elke zorgverlener de nieuwe modellen van getuigschriften voor verstrekte hulp of van aflevering gebruiken. Voor getuigschriften opgesteld na 30.06.2017 op oude modellen mag het ziekenfonds de patiënt niet meer terugbetalen.

De voornaamste verschillen tussen de verschillende modellen van getuigschriften:

* Het getuigschrift omvat altijd een gedeelte "Ontvangstbewijs" waarop de zorgverlener het bedrag moet vermelden dat hij van de patiënt heeft ontvangen, en het KBO-nummer (Kruispuntbank van Ondernemingen) van de entiteit die de honoraria int.
* Het systeem van gekleurde getuigschriften wordt geleidelijk afgebouwd. Op termijn zullen de getuigschriften wit zijn ongeacht de categorie van zorgverlener. Sommige getuigschriften (nieuw model) hebben nog steeds een kleur omdat SPEOS/bpost zijn bestaande voorraad van gekleurd papier zal opgebruiken.
* Het getuigschrift blijft hetzelfde ongeacht of de zorgverlener zijn beroep uitoefent als "natuurlijke persoon" dan wel "als vennootschap".

### Hoe herken je het nieuwe getuigschrift?

* Op het oude getuigschrift staat helemaal bovenaan ‘Aan te vullen door de gerechtigde’. Dat vind je niet op het nieuwe getuigschrift.
* Je arts schrijft je naam op het getuigschrift. Op het oude getuigschrift staat onder je naam ‘Gerechtigde-echtgenote-kind-adolescent’. Dat vind je niet op het nieuwe getuigschrift.
* Onderaan vind je een ‘Ontvangstbewijs’. Daarin schrijft je arts hoeveel je betaald hebt. Op het nieuwe getuigschrift staat in dat vak ‘Geïnd voor rekening van KBO nr.’

Indien het OCMW vanaf 01/01/2018 merkt dat een zorgverlener nog steeds getuigschriften volgens het oude model aflevert, dan moet het OCMW contact nemen met de zorgverstrekker en hem/haar erop wijzen dat er nieuwe getuigschriften moeten gebruikt worden. Verstrekkingen vanaf datum 01/01/2018 die op oude getuigschriften worden geattesteerd worden door de POD MI niet meer aanvaard.

Hoe de nieuwe getuigschriften eruitzien kan u consulteren op

<https://www.medattest.be/site/nl/applications/Riziv/content/nederlands.html>

of

<https://www.medattest.be/site/fr/applications/Riziv/content/frans.html>

Alle getuigschriften hier weergegeven worden aanvaard.

Is het OCMW niet zeker of het de correcte getuigschriften ontvangt, gelieve de zorgverstrekker te contacteren.

Als blijkt dat iemand met terugwerkende kracht wordt aangesloten bij een ziekenfonds en er zijn enkel getuigschriften “oud model”, dan zal het ziekenfonds waarschijnlijk deze kosten niet aanvaarden indien het getuigschrift dateert van na 30/06/2017.

Indien het OCMW merkt dat er verkeerde getuigschriften worden gebruikt heeft het OCMW er alle belang bij dit te melden aan de zorgverstrekker, zodat deze de juiste getuigschriften kan afleveren. Het is immers zo dat als iemand met terugwerkende kracht zou aangesloten worden het ziekenfonds deze getuigschriften niet meer zal aanvaarden. Ook de POD zal in dit geval niet meer tussenkomen. Immers, vanaf het moment dat iemand aangesloten is bij een ziekenfonds komt de POD MI sowieso niet meer tussen in kosten die volgens de RIZIV-nomenclatuur vergoedbaar zijn.

Meer informatie over de nieuwe getuigschriften kan u lezen op:

<http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/informatie-algemeen/Paginas/nieuwe-modellen-getuigschriften-20170101.aspx#.WdNZ7E-7rIU>

of

<http://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/information-tous/Pages/nouveaux-modeles-attestation-20170101.aspx#.WdNZoU-7rIU>

Specifieke terugbetalingsregels met betrekking tot veel voorkomende vormen van medische kosten:

1. logopedie:

Om van een logopedische behandeling te kunnen genieten moet er *aanvraag* gedaan worden bij de adviserend geneesheer van het ziekenfonds. De adviserend geneesheer geeft dan al dan niet zijn goedkeuring. De aanvraag bestaat uit *vier elementen*:

* voorschrift van een specialist in othorinolaringologie, psychiatrie, neurologie, neuropsychiatrie, neurochirurgie, kindergeneeskunde of inwendige geneeskunde;
* verslag met aard, oorzaak en omvang van het letsel;
* logopedisch bilan;
* therapeutisch plan.

Als de persoon niet is aangesloten bij het ziekenfonds, is er geen adviserend geneesheer die zijn goedkeuring kan geven. Bijgevolg moeten de vier elementen van de aanvraag bijgehouden worden door het OCMW en moeten deze bij controle op vraag van de inspecteur voorgelegd kunnen worden. De inspecteur zal dan nagaan of de vier elementen aanwezig zijn én zal tevens nagaan *welke stoornis* in het verslag en het logopedisch bilan vermeld worden. Er wordt namelijk streng afgelijnd aan welke rechthebbende de logopedische behandeling kan vergoed worden.

Er is *wel terugbetaling* vanaf 4/2017 betreffende logopedische behandelingen in het kader van:

A: Stoornis die een handicap vormt bij het voortzetten van een beroep
B1: Afasie

B2: Stoornissen in de receptieve en/of expressieve taalontwikkeling

B3: Dyslexie en/of dysorthografie en/of dyscalculie

B4: Stoornissen ten gevolge van gespleten lippen, gespleten gehemelte of gespleten tandkassen

B5: Stoornissen ten gevolge van een radiotherapeutische of chirurgische behandeling (hoofd en hals)

B6.1: Traumatische of proliferatieve dysglossieën
B6.2: Dysartriën
B6.3: Chronische spraakstoornissen
B6.4: Stotteren
B6.5: Orthodontie
C1: Laryngectomie
C2: Dysfunctie van de larynx en/of stemplooien
D: Gehoorstoornissen

Er is *geen terugbetaling* als de persoon:

* bijzonder onderwijs type 8 volgt;
* gehuisvest is in een MPI;
* lijdt aan een stoornis ten gevolge van een psychiatrische aandoening of emotionele toestanden, relatieproblemen, verwaarlozing schoolbezoek, aanleren van andere taal dan de moedertaal, veeltalige opleiding;
* lijdt aan eenvoudige spraakstoornissen en stemwisselingsstoornissen.
1. kinesitherapie:

Er is terugbetaling volgens de RIZIV-tarieven vanaf het moment dat er een voorschrift is van een arts.

1. tandprothesen:

Een partiële (gedeeltelijke) tandprothese is slechts terugbetaalbaar vanaf 50 jaar. Ook een volledige tandprothese is vanaf 01/01/2004 terugbetaalbaar vanaf 50 jaar. Van deze leeftijd kan worden afgeweken als de persoon aan één van de volgende criteria voldoet:

* persoon lijdt aan malabsoptiesyndromen en colorectale ziekten;
* persoon onderging een mutilerende ingreep op het spijsverteringsstelsel;
* persoon heeft verlies van tanden na een ostemyelitis, een radionecrose, een chemotherapie of een behandeling met ionisatie-agens;
* er was een extractie van tanden vóór een openhartoperatie, een orgaantransplantatie, een behandeling met ionisatie- of immunodepressie-agens;
* er zijn aangeboren of erfelijke problemen aan tanden of kaakbeenderen.

Dit dient bewezen te worden door een attest van een geneesheer.

Als er kan bewezen worden dat één van bovenstaande elementen van toepassing is en de persoon is geen 50 jaar, dan zal er terugbetaling zijn van de kosten volgens de RIZIV-normen.

1. brilglazen- en monturen:

Brilmonturen worden niet terugbetaald. De uitzondering is de tweevoudige terugbetaling van een brilmontuur voor een –18-jarige tot maximaal 28,14 €:

* + Deze tegemoetkoming kunnen ze maximaal twee keer krijgen.
	+ Voorwaarde is dat bij de eerste tegemoetkoming minstens één glas van de bril wordt vergoed.

De terugbetaling van brilglazen is nauw verbonden met de leeftijd van de betrokkenen en de dioptrie:

* jonger dan 18 jaar: de brilglazen worden terugbetaald, er is geen dioptriegrens;
* tussen 18 en 65 jaar: de brilglazen worden terugbetaald vanaf de dioptriegrens 8,25 (+ of -);
* vanaf 65 jaar: de brilglazen worden terugbetaald vanaf de dioptriegrens 4,25 (+ of -).

Hoe bereken je de dioptrie ? De dioptrie is steeds een absoluut getal (geen + of -). Op een factuur heb je steeds een cijfer voor de Sfeer (SF) en voor de Cylinder (CYL). In geval de CYL een positief getal is, dan is de dioptrie gelijk aan SF. Als de CYL een negatief getal is, dan moet je het getal van de SF optellen met dat van de CYL. Je bekomt dan een nieuw getal voor de SF, welk de dioptrie weergeeft. Er zijn dus vier mogelijkheden, hier uitgelegd met voorbeelden:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SFEER | CYLINDER | DIOPTRIE |
| - 7 | - 3 | 10 |
| - 7 | + 3 | 7 |
| + 7 | - 3 | 4 |
| + 7 | + 3 | 7 |

**Tegemoetkoming per glas**

|  |  |
| --- | --- |
| Glazen met minstens -8,25 of +8,25 dioptrie, ongeacht de leeftijd | Van 78 eurotot 362 euro |
| Glazen enkel terugbetaalbaar voor jongeren onder de 18 jaar | Van 43 eurotot 315 euro |
| Glazen enkel terugbetaalbaar voor 65-plussers | Van 90 eurotot 315 euro |
| Glazen met medische filter voor blauw licht | Van 162 eurotot 765 euro |

### Hernieuwingstermijnen

* Bij glazen van **minstens -8,25 of +8,25 dioptrie** is een nieuwe tegemoetkoming mogelijk indien een van volgende voorwaarden is vervuld:
	+ er is een verschil in sterkte met de vorige glazen van minstens 0,5 dioptrie;
	+ de glazen zijn twee jaar (-18-jarigen) of vijf jaar oud.
* Voor glazen voor **jongeren onder de 18 jaar** (met een dioptrie kleiner dan -8,25 of +8,25) is een nieuwe tegemoetkoming mogelijk indien een van volgende voorwaarden is vervuld:
	+ het verschil in sterkte met de vorige glazen minstens 0,5 dioptrie bedraagt;
	+ de glazen zijn twee jaar oud (enkel voor bifocale, trifocale en multifocale glazen).
* Voor glazen met meervoudig zicht voor **65-plussers** (met een dioptrie van -4,25 of +4,25) is een nieuwe tegemoetkoming mogelijk indien een van volgende voorwaarden is vervuld:
	+ er een verschil in sterkte is met de vorige glazen van minstens 0,5 dioptrie;
	+ de glazen minstens vijf jaar oud zijn.
* Voor glazen met een **medische filter** is een nieuwe tegemoetkoming mogelijk indien een van volgende voorwaarden is vervuld:
	+ er een verschil in sterkte is met de vorige glazen van minstens 0,5 dioptrie;
	+ de glazen zijn twee jaar (-18-jarigen) of vijf jaar oud.

Contactlenzen worden slechts vergoed in bepaalde gevallen:

* keratoconus (afwijking van het hoornvlies);
* monoculaire afakie (eenzijdige ontbreking van de ooglens);
* anisometropie (ongelijke scherpte van de ogen (van 3 dioptrie of meer);
* onregelmatig astigmatisme (storing gezichtsveld);
* ametropie (brekingsfout) van dioptrie 8 (+ of -).

Indien één oog voldoet aan de voorwaarden, dan worden de twee lenzen terugbetaald.

1. in-vitro-fertilisatie (IVF):

Vanaf 1 juli 2003 is er terugbetaling voorzien voor de laboratoriumkosten die gepaard gaan met IVF volgens de daarvoor geldende nomenclatuurnummers. De voorwaarde hiervoor is dat de behandeling wordt uitgevoerd in één van de daartoe erkende vruchtbaarheidscentra.

Deze centra kunnen teruggevonden worden via <https://www.belrap.be/Public/Centres.aspx>.

Maximum zes cycli worden vergoed. Dit betekent echter niet dat een IVF-behandeling gratis is. De supplementen voor consultaties en geneesmiddelen worden niet terugbetaald door de POD MI en dit kan oplopen tot ongeveer 500 € per poging.

1. abortus:

Er kan een overeenkomst bestaan tussen een instelling (bijvoorbeeld het “Kollektief Antikonceptie”) waar ongewenste zwangerschappen worden behandeld en het RIZIV. In dat geval maken de artsen geen getuigschriften meer op maar wordt er gewerkt met pseudonomenclatuurnummers (775132 & 775154). De verstrekkingen verbonden aan deze pseudocodes worden door de POD ten laste genomen.

Gebeurt de behandeling ergens waar er geen overeenkomst is tussen instelling en RIZIV, dan worden deze pseudonomenclatuurnummers niet gebruikt en geldt de algemene terugbetalingsregel. Er moet dan rekening mee gehouden worden dat de terugbetaling meestal veel lager is dan het gevraagde bedrag voor de ingreep. Er wordt meestal een groot ereloonsupplement gevraagd.

1. Orthodontie:

Voor de terugbetaling van een beugel voor een kind moet er aan twee voorwaarden worden voldaan:

* het verslag opgesteld door een tandheelkundige waaruit blijkt dat de zorgen noodzakelijk zijn;
* het kind moet jonger zijn dan 15 jaar op het moment dat het verslag wordt opgemaakt.
1. Bandagisterie

Voor afleveringen in het kader van bandagisterie moet er steeds een voorschrift zijn van een erkende arts. Het gaat hier voornamelijk om incontinentiemateriaal, breukbanden, buikgordels, orthopedische zolen, invalidenwagentjes en mucoviscidosemateriaal. De factuur moet een geldig nomenclatuurnummer omvatten.

Vanaf 1 januari 2019 behoren hulpmiddelen voor personen met een beperkte mobiliteit (bv. rolstoelen), ten gevolge van de 6e Staatshervorming, volledig tot de bevoegdheid van de deelentiteiten (gemeenschappen, gewesten of gemeenschapscommissies).

Vanuit de POD MI is hiervoor dus geen tegemoetkoming meer.

U vindt meer informatie op <https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/bandagisten/Paginas/mobiliteitshulpmiddelen.aspx#.XTWVKE8UnIU>

1. Diagnosemateriaal suikerziekte/diabetes

Als de patiënt minstens tweemaal per dag zelf een inspuiting moet doen, dan moet hij zich wenden tot een (huis)arts.

Voor een persoon die niet aangesloten kan worden bij het ziekenfonds moet er een attest zijn van een arts dat betrokkene minstens tweemaal per dag zelf een inspuiting moet doen vooraleer er terugbetaling kan zijn door de POD voor de middelen voor zelfcontrole. Middelen voor zelfcontrole

(glycemie-afleestoestel, teststrookjes voor het bepalen van de glycemie, lancetten, lancethouder) worden terugbetaald bij aanwezigheid van dit bewijsstuk in het dossier van het OCMW.

Vanaf 1 mei 2018, worden de voor vergoeding aangenomen diagnostische middelen zoals hierboven vermeld niet meer terugbetaald voor de patiënten met een zorgtraject diabetes type 2 die  geen behandeling krijgen met insuline of injecteerbare incretinemimetica.

Sinds 1 juli 2016 is er voor bepaalde types diabetici tussenkomst voorzien om het materiaal te verkrijgen om de bloedsuikerspiegel te meten door een sensor op de huid. Dit gebeurt via gespecialiseerde centra. Voor deze meettechniek bezorgt het centrum de patiënt sensors en een afleestoestel. Om terugbetaling via de POD te verkrijgen van de middelen voor zelfcontrole door middel van sensormetingen (inclusief sensors & afleestoestel) moeten de volgende bewijsstukken in het dossier van het OCMW aanwezig zijn:

* Bewijsstuk dat betrokkene een Globaal Medisch Dossier heeft (bijvoorbeeld het getuigschrift waarop één van de volgende nomenclatuurnummers staat: 102771 – 102793 – 103574 – 103596);
* Attest van de arts dat betrokkene lijdt aan één van de volgende vormen van diabetes: diabetes type 1 ; diabetes type 2 met minstens 3 insuline-toedieningen per dag ; diabetes type 2 met minstens 2 insuline-toedieningen per dag en  daarnaast een ernstige medische aandoening ; vrouwen met zwangerschapsdiabetes ; vrouwen met diabetes zonder insulinetherapie die een zwangerschapswens hebben ; diabetici na een orgaantransplantatie ; diabetici met nierdialyse ; patiënten met organische hypoglycemieën (insulinoom, glycogenose, nesidioblastose).

Meer informatie vindt u op <http://www.riziv.fgov.be> bij het onderdeel “Diabetes: tegemoetkoming in de kosten voor de begeleiding van volwassenen in een gespecialiseerd centrum.”

Sinds 1 februari 2016 bestaat de diabetespas niet meer. Vanaf die datum kan de (huis)arts geen diabetespas meer aanvragen voor zijn patiënten. Er werd wel een overgangsregeling voorzien. Zie hiervoor “Vergoeding van verstrekkingen van diëtisten voor de diabetespatiënt zonder zorgtraject” op <http://www.riziv.fgov.be>

De patiënten met een zorgmodel ‘Opvolging van een patiënt met diabetes type 2’ hebben recht op terugbetaling van bepaalde diëtetiek- en podologieverstrekkingen die de (huis)arts heeft voorgeschreven. De diëtist mag de verstrekking: “individuele diëtistische evaluatie en/of interventie” (pseudonomenclatuur 771131), maximum 2 keer per jaar per patiënt aanrekenen.

Facturen met het pseudonomenclatuur 771131 worden terugbetaald op voorwaarde dat het voorschrift van de (huis)arts is bijgevoegd.

Indien betrokkene aangesloten is bij een ziekenfonds kan er geen diagnosemateriaal ten laste gelegd worden van de POD MI indien betrokkene geen zorgtraject heeft.

1. Niet-orale voorbehoedsmiddelen

Voor niet-orale voorbehoedsmiddelen (spiraaltjes, ring, pleister, implantaat ...) is geen terugbetaling door het RIZIV voorzien voor de meeste vrouwen. Sinds 1 mei 2004 is er wel een gedeeltelijke terugbetaling voor elke vrouw tot de 21ste verjaardag.

Info <http://www.riziv.fgov.be>

1. Huurgelden medische materiaal

Huurgelden worden in principe niet terugbetaald, of er moet een geldig nomenclatuurnummer vermeld worden. De aankoop van een aerosoltoestel wordt enkel terugbetaald bij de behandeling van mucoviscidose. Als betrokkene geen ziekenfonds heeft, dan is er een attest van een dokter nodig dat het om een mucoviscidosepatiënt gaat.

1. **Prothesen & psychotherapie**

Voor een prothese (ook gehoorprothesen en apparaten) en psychotherapie (psychiaters-psychologen) kan er enkel terugbetaling zijn als de factuur een officieel RIZIV-nomenclatuurnummer bevat. Supplementen worden nooit terugbetaald.

1. **Tuberculose**

Tuberculose wordt behandeld met geneesmiddelen van RIZIV categorie Aof soms van categorie B. Deze worden door de POD MI terugbetaald volgens de RIZIV-tarieven.

Indien de patiënt moet behandeld worden met tuberculosegeneesmiddelen die niet in een door het RIZIV vergoedbare categorie vallen, dan kunnen deze terugbetaald worden door BELTA-TBnet ([www.belta.be](http://www.belta.be)). Het gaat meer bepaald om Ektebin en Cycloserine voor de behandeling van patiënten met multiresistente tuberculose. Andere tuberculosegeneesmiddelen die uit het buitenland moeten ingevoerd worden kunnen eveneens in aanmerking komen. Slechts indien alle andere mogelijkheden om de geneesmiddelen ten laste te nemen uitgeput zijn mag beroep gedaan worden op BELTA-TBnet.

1. **Enterale sondevoeding**

Er is geen nominatieve lijst van producten voor de enterale sondevoeding. Bij een persoon die geen ziekenfonds heeft, betaalt de POD MI terug als het dossier het aanvraagformulier voor tegemoetkoming bevat. Dit formulier moet ingevuld worden door de behandelende arts. De arts moet zich houden aan de lijst van aandoeningen en andere voorwaarden (K.B. van 10.11.1996). Deze lijst en het formulier zijn te vinden op <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/gezondheidsproducten/voeding/Paginas/enterale-sondevoeding.aspx>

1. **Zuurstoftherapie**

Zowel kortlopende als langdurige zuurstoftherapie komt in aanmerking voor terugbetaling conform de regels van het RIZIV. De algemene informatie over de tussenkomst in dit kader valt te raadplegen via de website van het RIZIV:

<https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/zuurstof/Paginas/default.aspx>

De informatie over de terugbetalingstarieven is te vinden in de lijsten in het bijhorende Koninklijk Besluit. Men kan de tarieven hier eenvoudig terugvinden door opzoekingen via de CNK-code van het apparaat of van de verstrekking.

<https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/zuurstofconcentrators_zuurstoftherapie_indicaties_vergoedingsvoorwaarden.pdf>

2) Farmaceutische kosten

Het betreft hier de farmaceutische kosten van buiten de verplegingsinstelling.

Er zijn vier categorieën medicijnen. Medicijnen categorie A, B en C zijn vergoedbaar. Medicijnen categorie D worden niet terugbetaald.

Sinds 8/2007 is hier echter een uitzondering op gekomen, ingevolge het KB van 03/06/2007. Sommige chronische pijnpatiënten krijgen een tegemoetkoming van 20 procent in de prijs van bepaalde pijnstillers (niet van toepassing wanneer de medicijnen verkregen worden in een ziekenhuis of psychiatrisch verzorgingstehuis).

Voor iemand die aangesloten is bij een ziekenfonds moet de medisch adviseur zijn goedkeuring geven. Voor iemand die geen ziekenfonds heeft moet een arts attesteren dat die persoon chronisch pijnpatiënt is. Vraag in dat geval aan de arts dat hij het standaardattest in orde maakt net zoals hij zou moeten doen voor iemand die aangesloten is bij een ziekenfonds. Leg dit attest spontaan voor als er bij controle facturen van zo’n persoon worden gecontroleerd.

Voor patiënten met chronische wonden is er een tegemoetkoming in de prijs van actieve verbandmiddelen. Die tegemoetkoming is forfaitair, maar is er ook nog een extra tegemoetkoming. Voor chronische pijnpatiënten is er een tegemoetkoming in de prijs van bepaalde pijnstillers. Via de volgende link vindt u meer informatie.

<http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/Paginas/actieve-verbandmiddelen-pijnstillers-extra-tegemoetkoming.aspx>

Om terugbetaling van de POD MI te verkrijgen voor een persoon zonder ziekenfonds dient een arts te attesteren dat het om een patiënt met chronische wonden of om een chronische pijnpatiënt gaat.

Voor een persoon mét ziekenfonds dient de regeling gevolgd te worden, te vinden via bovenstaande link.

## U kan de vergoedbare medicijnen en hun remgeld op de volgende wijzen opzoeken:

1)In de [lijst van de “vergoedbare farmaceutische specialiteiten”](http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/specialiteiten/Paginas/specialiteiten-referentielijst-referentiebestand.aspx).Het remgeld vindt u in de kolom “I” (preferentieel verzekerden);

## 2) met behulp van de [zoekmotor van de “vergoedbare farmaceutische specialiteiten”](http://www.riziv.fgov.be/nl/toepassingen/Paginas/farmaceutische-specialiteiten.aspx)

## U gaat als volgt te werk:

* 1. U opent de webtoepassing
	2. Kies de gewenste farmaceutische specialiteit.
	3. Kies de gewenste verpakking door de overeenkomstige RIZIV-code aan te klikken.
	4. Het remgeld vindt u in de kolom “Tussenkomst v/d Patiënt”.

U kan de opzoekingen doen op bijvoorbeeld specialiteitsnaam. Het volstaat de eerste letter van het medicijnen aan te klikken om rechts een overzicht te krijgen van alle vergoedbare medicijnen. Als het medicijn niet in de lijst staat, wordt het niet terugbetaald. Als het medicijnen er daarentegen wel tussenstaat dan is er terugbetaling. Klikt u op het desbetreffende medicijn, dan krijgt u het medicijn in zijn verschillende vormen (verschillende hoeveelheden, pillen of zakjes, …). Als u dan doorklikt op het nummer van het medicijn, dan krijgt u de officiële prijs en het aandeel van het remgeld bij de gewone en verhoogde tegemoetkoming. Om te weten welk bedrag er wordt terugbetaald voor bijvoorbeeld iemand die geen ziekenfondsaansluiting heeft en het equivalent leefloon krijgt dient u het bedrag van het remgeld verhoogde tegemoetkoming (het kleinste van de twee bedragen) af te trekken van het bedrag dat het medicijn kost.

De prijs die het medicijn kost is te beschouwen als zijnde het “wettelijk honorarium” bij medische verstrekkingen en is datgene dat wordt terugbetaald voor iemand die geen ziekenfondsaansluiting heeft en geen inkomen (LOI/mensen zonder wettig verblijf). Het is met andere woorden het maximumbedrag dat een medicijn mag kosten.

Voorbeeld:

Dafalgan 🡪 komt niet voor in de lijst 🡪 medicijn categorie D 🡪 geen terugbetaling

Brufen 400 🡪 resultaat 🡪 klik op 00303326 🡪 prijs = 11,65 € ; remgeld verhoogde tegemoetkoming = 3,35 🡪 11,65 – 3,35 € = 8,30 € wordt terugbetaald voor iemand die geen ziekenfondsaansluiting heeft en een inkomen heeft. Voor iemand die geen ziekenfondsaansluiting heeft en geen inkomen heeft (LOI/mensen zonder wettig verblijf) wordt er 11,65 € terugbetaald. Voor iemand die een ziekenfonds heeft en geen inkomen wordt er € 3,35 terugbetaald. Voor iemand die een ziekenfonds heeft én een inkomen wordt er niets terugbetaald.

Vanaf 2012 is het zo dat in het geval van een voorschrift op stofnaam de apotheker verplicht een farmaceutische specialiteit aflevert die behoort tot de groep van de “goedkoopste” geneesmiddelen. De apotheker kan hiervoor een klein honorarium vragen. Aangezien dit systeem enkel betrekking heeft op vergoedbare farmaceutische specialiteiten afgeleverd in openbare officina wordt dit honorarium terugbetaald.

De cijfercode (7 cijfers) die vermeld wordt bij de medicijnen is géén nomenclatuurcode (6 cijfers). Uit deze cijfercode kan niet afgeleid worden of het product terugbetaalbaar is of niet.

*Parafarmaceutische producten* (lippenzalf, shampoos, kousen, fopspenen, …) worden in principe niet terugbetaald. *Magistrale bereidingen* worden wel terugbetaald. De vermelding “magistrale bereiding” moet als dusdanig wel op de factuur vermeld staan.

Vanaf 1 april 2010 is er een nieuw honoreringssysteem voor de apothekers. Het nieuwe honoreringssysteem is van toepassing voor geneesmiddelen opgenomen op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten en derhalve terugbetaalbaar. Ook honoraria voor specifieke farmaceutische zorgen die op de apothekerfactuur verschijnen zijn terugvorderbaar.

Meer informatie hierover vindt u terug op [www.riziv.be](http://www.riziv.be)

Als een persoon een inkomen heeft en aansluitbaar is bij een ziekenfonds, is er geen terugbetaling.

Als een persoon een inkomen heeft en niet aansluitbaar is bij een ziekenfonds, dan wordt het aandeel verhoogde tegemoetkoming terugbetaald. Om dit bedrag te kennen dient het remgeld verhoogde tegemoetkoming afgetrokken te worden van de prijs van het medicijn.

Als een persoon geen inkomen heeft en aangesloten is bij het ziekenfonds (voornamelijk LOI), dan wordt het remgeld gewone tegemoetkoming terugbetaald.

Als een persoon geen inkomen heeft en niet aangesloten is bij het ziekenfonds, dan wordt de volledige prijs van het vergoedbare medicijn terugbetaald.

Voor sommige medicijnen is er een verplicht advies van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds vereist. Als de persoon is aangesloten bij het ziekenfonds en er is een negatief advies, dan betaalt de POD MI ook het remgeld niet terug. Als de persoon niet is aangesloten bij het ziekenfonds dan kan het bedrag wel teruggevorderd worden van de POD MI volgens de wettelijke regels op voorwaarde dat er een verklaring van de behandelende arts is dat de medicijnen absoluut noodzakelijk waren.

Als bij de controle blijkt dat de verklaring van de behandelende arts ontbreekt, dan kan het OCMW nog steeds deze verklaring van de arts trachten te bekomen om aldus terugvordering van gemaakte kosten te vermijden. Als de verklaring niet bekomen kan worden, dan worden deze kosten integraal teruggevorderd van het OCMW.

*J. Formulier D2*

**1) Hospitalisaties**

Hospitalisatiekosten voor niet-verzekerbare personen worden uiterlijk vanaf 1/06/2014 (mogelijk eerder indien het betreffende ziekenhuis klaar is om te factureren aan de HZIV in plaats van OCMW) niet meer terugbetaald door de POD aan het OCMW.

Er bestaan twee soorten hospitalisatiefacturen:

- ***“Uittreksel verpleegnota bestemd voor de rechthebbende”***, dus de factuur bestemd voor de patiënt;

- ***“Individuele factuur”***: dit is de factuur die bestemd is voor het ziekenfonds.

De bedragen op de “Individuele factuur” zijn in principe dezelfde als op het “Uittreksel verpleegnota bestemd voor de rechthebbende”. Er zijn echter twee belangrijke verschillen:

- op de “Individuele factuur” staan de medicijnen categorie D duidelijk onderscheiden van de andere medicijnen;

- in het “Uittreksel verpleegnota bestemd voor de rechthebbende” staat bij het honoraria van de geneesheren duidelijk de code vermeld of de artsen geconventioneerd (“C”), gedeeltelijk geconventioneerd (“PC”) of niet geconventioneerd (“NC”) zijn

Meestal worden beide soorten facturen opgestuurd. Zorg steeds dat u beide facturen bewaart of opvraagt als u niet alles ontvangt.

Om te berekenen wat de POD MI terugbetaalt kan u best het “Uittreksel verpleegnota bestemd voor de rechthebbende” gebruiken. Het bedrag dat ten laste is van de patiënt wordt hierin opgesplitst in twee kolommen. Enerzijds wordt er dan gesproken van de “persoonlijke tussenkomst” en anderzijds van een “supplement/ander bedrag”. Onder supplement verstaat men een bedrag dat aan de patiënt bovenop de wettelijke vastgestelde persoonlijke tussenkomst wordt aangerekend voor geneesmiddelen, medisch materiaal, medische of paramedische verstrekkingen en dat niet wordt terugbetaald door de verplichte verzekering. Onder ander bedrag verstaat men het bedrag van de verstrekkingen waarvoor geen tussenkomst is voorzien door het ziekenfonds, noch een persoonlijke tussenkomst. Wat het “supplement/ander bedrag” betreft, is er doorgaans geen terugbetaling door de POD MI/ziekenfonds (het bedrag van niet-terugbetaalbare medicijnen en parafarmaceutische producten moet hier bijvoorbeeld in vermeld worden).

Wil u controleren of de factuur wel correct is wat betreft de farmaceutische kosten, dan kan u vergelijken met de “Individuele factuur” waar de medicijnen per categorie opgesplitst worden en waar dus gemakkelijk het totaalbedrag van medicijnen categorie D kan afgelezen worden.

Het “Uittreksel verpleegnota bestemd voor de rechthebbende” vermeldt ook de aansluitingscode van de geneesheren. Is de aansluitingscode van de geneesheren toch niet terug te vinden op geen van beide facturen, dan kan u het ziekenhuis vragen een factuur op te maken waarin wél wordt aangegeven of de artsen geconventioneerd zijn of niet.

Vermeld het “Uittreksel verpleegnota bestemd voor de rechthebbende” geen nomenclatuurnummers (alhoewel het zou moeten) bij de medische verstrekkingen van de artsen, dan zullen die terug te vinden zijn op de “Individuele factuur”. Dit is dan ook de voornaamste reden waarom u best beide facturen ter beschikking hebt.

*Als de persoon aangesloten is bij het ziekenfonds* wordt het aandeel van het ziekenfonds in de verpleegdagprijs en de geneeskundige verstrekkingen rechtstreeks vereffend met het ziekenhuis via de derdebetalersregeling. De patiënt krijgt dan slechts nog het verschil, namelijk het persoonlijk aandeel plus de supplementen te betalen. Het OCMW mag dus vanzelfsprekend nooit het deel dat terugbetaald wordt door het ziekenfonds aan de POD MI aanrekenen als de persoon is aangesloten bij het ziekenfonds. Enkel het remgeld (persoonlijk aandeel) kan teruggevorderd worden van de POD MI voor alle statuten.

*Als de persoon niet is aangesloten bij het ziekenfonds* kunnen alle kosten ten laste gelegd worden van de POD MI **behalve**:

* het verschil tussen de verpleegdagprijs van een één- of tweepersoonskamer en een gemeenschappelijke kamer. Enkel de prijs van de verpleegdag in een gemeenschappelijke kamer wordt terugbetaald

- kamersupplementen (bij een twee- of éénpersoonskamer)

- medicijnen categorie D (staan apart vermeld op de factuur)

- niet terugbetaalbare parafarmaceutische producten (staan apart vermeld op de factuur)

- ereloonsupplementen van niet-geconventioneerde artsen

- ereloonsupplementen die voortvloeien uit het verblijf in een éénpersoonskamer

- honoraria voor verstrekkingen die niet terugbetaald worden (deze staan apart vermeld op de factuur zoals bijvoorbeeld esthetische ingrepen, er is hiervoor dus ook geen RIZIV-nomenclatuurnummer)

- de diverse kosten (telefoon, …)

Het dagforfait medicatie (0,62 €) (pseudocode 750002) is wel terugbetaalbaar.

Deze opsomming geldt ook voor personen die zijn aangesloten bij het ziekenfonds met uitzondering van de afleveringsmarge implantaten. Deze worden voor personen die zijn aangesloten bij het ziekenfonds aanzien als remgelden en niet als supplementen.

Op de uniforme ziekenhuisfactuur zijn er vijf grote rubrieken:

***a) Verblijfskosten****:*

- **Verpleegdagprijs**: het ziekenfonds betaalt de verpleegdagprijs aan het ziekenhuis. Als de persoon is aangesloten bij het ziekenfonds, dan kan de POD MI het remgeld ten laste nemen voor de gemeenschappelijke kamer. Als de persoon niet is aangesloten bij het ziekenfonds dan kan het integrale bedrag voor de gemeenschappelijke kamer teruggevorderd worden van de POD MI. Vaak wordt er géén (pseudo)nomenclatuurcode vermeld bij de verblijfskosten. De POD MI zal echter de kosten wel ten laste nemen àls er dan wel duidelijk op de factuur vermeld wordt in welke soort kamer de betrokkene verbleven heeft (éénpersoonskamer, tweepersoonskamer, gemeenschappelijke kamer). Dit is dus een uitzondering op de algemene terugbetalingsregel dat er steeds een nomenclatuurnummer moet vermeld worden. Enkel de prijs van de verpleegdag in een gemeenschappelijke kamer wordt terugbetaald. Het verschil tussen de verpleegdagprijs van een één- of tweepersoonskamer en een gemeenschappelijke kamer is derhalve niet terugvorderbaar.

- **Supplement kamer**: voor een twee- of éénpersoonskamer moet er een door het ziekenhuis vastgesteld supplement betaald worden. Als de persoon in orde is met de aanvullende verzekering dan is het mogelijk dat het ziekenfonds een deel van het supplement ten laste neemt. Of de persoon nu aangesloten is of niet bij het ziekenfonds, het kamersupplement wordt niet terugbetaald door de POD MI;

- **Forfait geneesmiddelen** (750002): per dag bedraagt dit 0,62 €, d.i. een forfaitair bedrag voor de terugbetaalbare geneesmiddelen en is te beschouwen als remgeld. Het forfait geneesmiddelen wordt terugbetaald door de POD MI.

- **Forfait honorarium per verpleegdag** (592001): dit bedrag varieert per ziekenhuis en kan aan alle patiënten worden aangerekend. Vaak wordt er géén nomenclatuurcode vermeld bij dit forfait. Er is desondanks toch terugbetaling door het RIZIV en dus ook door de POD MI. Dit is dus een uitzondering op de algemene terugbetalingsregel.

Betreffende de volgende zaken vaardigde het RIZIV in 2014 nieuwe regels uit die de ziekenhuizen moeten volgen bij hun facturatie:

1) Aanpassing van de financiering bij heropname
2) Cumul van ambulante forfaitaire honoraria en forfaitaire honoraria per opname
3) Miniforfait: integratie van het miniforfait in het Budget Financiële middelen (BMF)
4) Stopzetten praktijkverschillen inzake de facturatie van verpleegdagen (forfait per dag).
Via [www.riziv.be](http://www.riziv.be) vindt u meer informatie.

*b) Apotheek – farmaceutische en parafarmaceutische kosten – kosten voor implantaten, prothesen en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen*

De vergoedbare en niet-vergoedbare producten staan normaal gezien apart vermeld op het “Uittreksel verpleegnota bestemd voor de rechthebbende”. Op de “Individuele factuur” staan de medicijnen per categorie opgesplitst worden en kan het totaalbedrag van medicijnen categorie D afgelezen worden. Net zoals bij de apothekerskosten wordt er dus een onderscheid gemaakt tussen de vergoedbare medicijnen (categorie A,B,C) en de niet vergoedbare medicijnen (categorie D).

Er bestaat ook een categorie Fa en Fb. Het gaat beide om vergoedbare medicijnen.

Als de persoon is aangesloten bij het ziekenfonds dan betaalt deze geen remgeld per toegediend terugbetaalbaar geneesmiddel, maar wel het dagelijkse forfaitair bedrag van 0,62 € (zie forfait geneesmiddelen). Als de persoon niet is aangesloten bij het ziekenfonds dan kan het volledig bedrag van de vergoedbare producten ten laste gelegd worden van de POD MI maar niet het bedrag van de niet-vergoedbare producten. Van de niet-vergoedbare producten wordt er dus nooit iets terugbetaald.

De niet vergoedbare parafarmaceutische producten (lippenzalf, shampoos, thermometers, fopspenen…) worden apart vermeld.

Het forfait antibiotica of forfait profylaxie wordt terugbetaald door het ziekenfonds en als de persoon niet is aangesloten bij het ziekenfonds dan kan dit ten laste gelegd worden van de POD MI. Dit geldt ook voor de forfaitaire vergoeding medicijnen (“Forfait per opname” of “opnameforfait” met pseudonomenclatuurcode 756000) die gevraagd wordt in geval van ziekenhuisopname. In dit geval mag het ziekenhuis slechts 25% factureren betreffende de prijs van de medicijnen van de categorie A, B, C die in dit forfait zijn opgenomen. Bij een ziekenhuisopname wordt er door de Staat het forfait met nomenclatuurnummer 756000 terugbetaald. De medicijnen van de categorie A, B, C die vervat zitten in het forfait 756000 mogen door het ziekenhuis maar voor 25% worden aangerekend, en worden aldus ook terugbetaald door de POD. De Staat betaalt 100% van de overige medicijnen A, B, C terug die niet in het forfait zijn opgenomen.

Het ziekenfonds voorziet voor de meeste implantaten en prothesen in een terugbetaling. Op de ziekenhuisfactuur moet ook een onderscheid gemaakt worden tussen de terugbetaalbare en niet-terugbetaalbare implantaten en prothesen. Vanzelfsprekend is er geen terugbetaling door de POD MI voor de niet terugbetaalbare implantaten en prothesen. Als de persoon is aangesloten bij het ziekenfonds dan kan het remgeld van de terugbetaalbare (er is een nomenclatuurnummer) implantaten en prothesen teruggevorderd worden van de POD MI. Als de persoon niet is aangesloten bij het ziekenfonds dan kan het integrale bedrag van de terugbetaalbare implantaten en prothesen teruggevorderd worden van de POD MI.

De afleveringsmarge voor implantaten is terugvorderbaar in het kader van hospitalisatiekosten, daar ze steeds beschouwd worden als een remgeld en remgelden zijn steeds terugbetaalbaar bij hospitalisatiekosten. De afleveringsmarge is eigenlijk een vergoeding voor “de informatie aan de implanters, de aankoop, het voorraadbeheer, de steriliteit, de aflevering en het toezicht op de opvolging van het implantaat of het invasieve hulpmiddel” en bedraagt maximaal 10% van het implantaat met een maximum van 148,74 €.

***c) Medische en paramedische honoraria***

- **forfaitaire honoraria per opname**: het betreft honoraria die aan iedereen mag worden aangerekend, ook al zijn er geen verstrekkingen van die aard geweest. Het betreffen honoraria betreffende klinische biologie, medische beeldvorming en medische wachtdienst. Als de persoon aangesloten is bij het ziekenfonds, dan kan het remgeld ten laste gelegd worden van de POD MI. Voor verzekerden met een verhoogde tegemoetkoming is er enkel een persoonlijk aandeel van 1,98 € bij de medische beeldvorming. Als de persoon niet is aangesloten bij het ziekenfonds dan kan het integrale bedrag teruggevorderd worden van de POD MI;

**- technische verstrekkingen**: vaak betaalt men, met uitzondering van de verzekerden met verhoogde tegemoetkoming, per opname een vast bedrag van 12,39 €, ongeacht het feit of hij al dan niet geneeskundige verstrekkingen krijgt. Dit bedrag kan ten laste gelegd worden van de POD MI;

- **honoraria**: alle terugbetaalbare verstrekkingen waarbij aan de patiënt een remgeld en/of een ereloonsupplement wordt aangerekend moeten op de factuur gegroepeerd worden per verstrekker en per specialisme. Het specialisme moet op de factuur vermeld worden. Naast de naam van de verstrekker en zijn specialisme wordt met een code aangeduid of hij verbonden is (code “C”), niet-verbonden (code “NC”) of gedeeltelijk verbonden (code “PC”). Er wordt tevens vermeld of het gaat om een éénpersoonskamer (code “P”) of een gemeenschappelijke of tweepersoonskamer (code “M”). Deze codes zijn van groot belang voor de terugbetaling.

* **Code C** : de arts is **geconventioneerd** en houdt zich aan de officieel vastgestelde prijzen m.b.t. het ereloon. Als de persoon is aangesloten bij het ziekenfonds kan het remgeld teruggevorderd worden van de POD MI. Als de persoon niet is aangesloten bij het ziekenfonds dan kan het integrale bedrag teruggevorderd worden van de POD MI. Er is één uitzondering: de patiënt heeft voor een éénpersoonskamer gekozen;
* **Code PC** : de arts is **gedeeltelijk geconventioneerd** en moet zich, tenminste wat de hospitalisaties betreft, aan de officieel vastgestelde prijzen houden m.b.t. het ereloon. Als de persoon is aangesloten bij het ziekenfonds kan het remgeld teruggevorderd worden van de POD MI. Als de persoon niet is aangesloten bij het ziekenfonds dan kan het integrale bedrag teruggevorderd worden van de POD MI. Er is één uitzondering: de patiënt heeft voor een éénpersoonskamer gekozen;
* **Code NC** : de arts is **niet geconventioneerd** en moet zich niet houden aan de officieel vastgestelde prijzen m.b.t. het ereloon. Als de persoon is aangesloten bij het ziekenfonds dan kan het officiële remgeld teruggevorderd worden van de POD MI, maar niet het ereloonsupplement. Als de persoon niet is aangesloten bij het ziekenfonds dan kan het integrale bedrag met uitsluiting van het ereloonsupplement teruggevorderd worden van de POD MI;
* **Code P** : bij de keuze voor een **éénpersoonskamer** heeft elke arts, verbonden of niet, het recht zijn ereloon vast te stellen. Als de persoon is aangesloten bij het ziekenfonds dan kan het officiële remgeld teruggevorderd worden van de POD MI, maar niet het ereloonsupplement. Als de persoon niet is aangesloten bij het ziekenfonds dan kan het integrale bedrag met uitsluiting van het ereloonsupplement teruggevorderd worden van de POD MI;
* **Code M** : bij de keuze voor een **tweepersoons- of gemeenschappelijke kamer** mag enkel de niet-geconventioneerde arts een ereloonsupplement vragen.

|  |
| --- |
| **Ereloonsupplementen mogelijk bij een ziekenhuisverblijf** |
| Type kamer | **Verbonden arts (“C”)** | **Niet-verbonden arts (“NC”)** |
| Gemeenschappelijke kamer (“M”) | Neen | Ja |
| Tweepersoonskamer (“M”) | Neen | Ja |
| Eénpersoonskamer (“P”) | Ja | Ja |

**- “Honoraria voor alle niet terugbetaalbare diagnostische en therapeutische verstrekkingen en honoraria volledig ten laste van de patiënt”:** er zijn honoraria voor verstrekkingen die niet terugbetaald worden (esthetische ingrepen onder meer) die vermeld moeten worden in een aparte rubriek. Deze honoraria worden nooit terugbetaald door de POD MI (er is ook geen nomenclatuurnummer). Als er onder deze rubriek een nomenclatuurnummer vermeld wordt, dan is er terugbetaling van de POD MI.

***d) Andere leveringen***

Het gaat hier om leveringen die volledig of gedeeltelijk terugbetaald worden door het ziekenfonds (bloed, bloedplasma, gipsmateriaal, …). Leveringen voorzien van een RIZIV-nomenclatuurnummer kunnen volledig ten laste gelegd worden van de POD MI voor personen die niet aangesloten zijn bij het ziekenfonds. Voor aangeslotenen kan het remgeld teruggevorderd worden van de POD MI.

***e) Diverse kosten***

Het betreft hier niet-medische producten en diensten. Er is geen terugbetaling van het ziekenfonds. De diverse kosten worden ook nooit terugbetaald door de POD MI,

## 2) Ambulante zorgen verstrekt in een verplegingsinstelling

Ambulante ziekenhuiskosten voor niet-verzekerbare personen worden uiterlijk vanaf 1/06/2014 (mogelijk eerder indien het betreffende ziekenhuis klaar is om te factureren aan de HZIV in plaats van OCMW) niet meer terugbetaald door de POD aan het OCMW.

Het gaat hier om alle verstrekkingen verricht in een verplegingsinstelling zonder dat er een overnachting plaatsvindt. Het gaat om verblijven die aangeduid worden met de term “daghospitalisatie” en om bijvoorbeeld consultaties en laboratoriumonderzoeken. In tegenstelling tot de hospitalisaties (overnachting !) worden de remgelden voor personen die een inkomen hebben niet meer terugbetaald.

***a) Verblijfskosten***

Voor een daghospitalisatie mag het ziekenhuis geen volledige verpleegdagprijs aanrekenen, maar wel een deel ervan, op basis van de belangrijkheid van de uitgevoerde verstrekking. Men spreekt dan van een mini-forfait of een maxi-forfait.

Het kamersupplement voor een één- of tweepersoonskamer wordt nooit terugbetaald door de POD MI.

Er wordt geen forfait geneesmiddelen of forfaitaire honoraria per opname aangerekend.

*b) Apotheek – farmaceutische en parafarmaceutische kosten – kosten voor implantaten, prothesen en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen*

Net zoals bij de apothekerskosten wordt er een onderscheid gemaakt tussen de vergoedbare medicijnen (categorie A,B,C) en de niet vergoedbare medicijnen (categorie D).

Er bestaat ook een categorie Fa en Fb. Het gaat beide om vergoedbare medicijnen. Op de categorie Fa is er geen remgeld. Op de categorie Fb is er wel een remgeld.

De vergoedbare en niet-vergoedbare producten staan normaal gezien apart vermeld op het “Uittreksel verpleegnota bestemd voor de rechthebbende”. Op de “Individuele factuur” worden de medicijnen per categorie opgesplitst.

De niet vergoedbare parafarmaceutische producten (lippenzalf, shampoos, thermometers, fopspenen…) staan tevens apart vermeld.

Als de persoon geen inkomen heeften niet aangesloten is bij het ziekenfonds, dan kan de totale prijs van het vergoedbare medicijnen teruggevorderd worden.

Als de persoon een inkomen heeft en niet aangesloten is bij het ziekenfonds, dan kan enkel het aandeel verhoogde tegemoetkoming van een terugbetaalbaar geneesmiddel ten laste gelegd worden van de POD MI. Om te weten welk bedrag er wordt terugbetaald dient u het

bedrag van het remgeld verhoogde tegemoetkoming af te trekken van het bedrag dat het medicijn kost. U kan hiervoor terecht op [www.riziv.be](http://www.riziv.be). Voor meer informatie, zie punt H.2)

Het forfait antibiotica of forfait profylaxie wordt terugbetaald door het ziekenfonds en als de persoon niet is aangesloten bij het ziekenfonds dan kan dit ten laste gelegd worden van de POD MI.

Het ziekenfonds voorziet voor de meeste implantaten en prothesen in een terugbetaling. Op de ziekenhuisfactuur moet ook een onderscheid gemaakt worden tussen de terugbetaalbare en niet-terugbetaalbare implantaten en prothesen. Vanzelfsprekend is er geen terugbetaling door de POD MI voor de niet terugbetaalbare implantaten en prothesen.

Als de persoon een inkomen heeft, dan wordt enkel het aandeel verhoogde tegemoetkoming terugbetaald van de vergoedbare (er is een nomenclatuurnummer) implantaten en prothesen. Als de persoon geen inkomen heeft, dan kan het wettelijk honorarium van de vergoedbare implantaten en prothesen teruggevorderd worden van de POD MI.

Als een persoon aangesloten is bij het ziekenfonds, kan er enkel het remgeld teruggevorderd worden als de persoon geen een inkomen heeft.

***c) Medische en paramedische honoraria***

Als de arts **gedeeltelijk geconventioneerd** is, moet deze zich enkel aan de officiële tarieven houden op de dagen, plaatsen en uren die de arts heeft meegedeeld. Een gedeeltelijk geconventioneerde arts kan dus een ereloonsupplement vragen in het geval van ambulante zorgen in een verplegingsinstelling, in tegenstelling tot een hospitalisatie. Het eventuele ereloonsupplement kan nooit teruggevorderd worden en het remgeld kan niet teruggevorderd worden voor iemand die een inkomen heeft.

Als de arts **niet geconventioneerd** is, moet hij zich niet houden aan de officieel vastgestelde prijzen m.b.t. het ereloon. Het eventuele ereloonsupplement kan nooit teruggevorderd worden en het remgeld kan niet teruggevorderd worden voor iemand die een inkomen heeft.

Als de arts **geconventioneerd** is, moet hij zich aan de officieel vastgestelde prijzen m.b.t. het ereloon houden. Het remgeld kan niet teruggevorderd worden voor iemand die een inkomen heeft.

Kan uit de factuur niet opgemaakt worden dat het om een geconventioneerde (code “C”), gedeeltelijk geconventioneerde (“PC”) of niet-geconventioneerde arts (code “NC”) gaat, dan mag het OCMW ervan uitgaan dat het om geconventioneerde artsen gaat.

***d) Andere leveringen***

Het gaat hier om leveringen die volledig of gedeeltelijk terugbetaald worden door het ziekenfonds (bloed, bloedplasma, gipsmateriaal, …) en die een nomenclatuurnummer hebben. Het eventuele supplement kan nooit teruggevorderd worden en het remgeld kan niet teruggevorderd worden voor iemand die een inkomen heeft.

***e) Diverse kosten***

Het betreft hier niet-medische producten en diensten. Er is geen terugbetaling van het ziekenfonds. De diverse kosten worden ook nooit terugbetaald door de POD MI.

### K. Vragen

U kan met uw vragen rond medische kosten steeds elektronisch terecht bij:

vraag@mi-is.be (Front Office)

**Bijlage 1: Niet-visumplichtige niet-EU-landen**

|  |
| --- |
| [ALBANIË](file:///C%3A%5CUsers%5Cpierle_wim%5CDocuments%5CInspectie%5C2017%5CMedische%20kosten%5CControleroosterMK%20Turnhout2017.xlsx#RANGE!6) |
| ANDORRA |
| ANTIGUA en BARBUDA |
| ARGENTINIË |
| AUSTRALIË |
| BAHAMAS |
| BARBADOS |
| [BOSNIË-HERZEGOVINA](file:///C%3A%5CUsers%5Cpierle_wim%5CDocuments%5CInspectie%5C2017%5CMedische%20kosten%5CControleroosterMK%20Turnhout2017.xlsx#RANGE!6) |
| [BRAZILIË](file:///C%3A%5CUsers%5Cpierle_wim%5CDocuments%5CInspectie%5C2017%5CMedische%20kosten%5CControleroosterMK%20Turnhout2017.xlsx#RANGE!1) |
| BRUNEI DARUSSALAM |
| CANADA |
| CHILI |
| COLOMBIA (vanaf 03.12.2015) |
| COSTA RICA |
| DOMINICA |
| EL SALVADOR |
| GRENADA |
| GUATEMALA |
| HONDURAS |
| [HONG KONG](file:///C%3A%5C%5CUsers%5C%5Cpierle_wim%5C%5CDocuments%5C%5CInspectie%5C%5C2017%5C%5CMedische%20kosten%5C%5CControleroosterMK%20Turnhout2017.xlsx%22%20%5Cl%20%22RANGE%214) |
| [ISRAËL](file:///C%3A%5CUsers%5Cpierle_wim%5CDocuments%5CInspectie%5C2017%5CMedische%20kosten%5CControleroosterMK%20Turnhout2017.xlsx#RANGE!3) |
| JAPAN |
| KIRIBATI (Vanaf 24.06.2016) |
| [MACAO](file:///C%3A%5CUsers%5Cpierle_wim%5CDocuments%5CInspectie%5C2017%5CMedische%20kosten%5CControleroosterMK%20Turnhout2017.xlsx#RANGE!5) |
| MALEISIË |
| MARSHALLEILANDEN (vanaf 28.06.2016) |
| MAURITIUS |
| MEXICO |
| MICRONESIË (vanaf 20.09.2016)  |
| MOLDAVIË  |
| MONACO |
| [MONTENEGRO](file:///C%3A%5CUsers%5Cpierle_wim%5CDocuments%5CInspectie%5C2017%5CMedische%20kosten%5CControleroosterMK%20Turnhout2017.xlsx#RANGE!6) |
| NICARAGUA |
| NIEUW-ZEELANDNOORD-MACEDONIE |
| OOST-TIMOR |
| PALAU (vanaf 08.12.2015) |
| PANAMA |
| PARAGUAY |
| PERU (vanaf 15.03.2016) |
| SAINT-KITTS en NEVIS |
| SAINT-LUCIA |
| SAINT-VINCENT EN DE GRENADINES |
| SALOMONEILANDEN (vanaf 08.10.2016) |
| SAMOA |
| SAN MARINO |
| [SERVIË](file:///C%3A%5CUsers%5Cpierle_wim%5CDocuments%5CInspectie%5C2017%5CMedische%20kosten%5CControleroosterMK%20Turnhout2017.xlsx#RANGE!7) |
| SEYCHELLEN |
| SINGAPORE |
| TONGA |
| TRINIDAD EN TOBAGO |
| TUVALU (vanaf 02.07.2016) |
| URUGUAY |
| VANUATU |
| VATICAANSTAD |
| VENEZUELA |
| VERENIGDE ARABISCHE EMIRATEN  |
| [VERENIGDE STATEN VAN AMERIKA](file:///C%3A%5CUsers%5Cpierle_wim%5CDocuments%5CInspectie%5C2017%5CMedische%20kosten%5CControleroosterMK%20Turnhout2017.xlsx#RANGE!2)VERENIGD KONINKRIJK (vanaf 01/01/2021) |
| ZUID-KOREA |
| ZWITSERLAND |

**Bijlage 2: Lijst van niet-EU-landen waarvoor via de HZIV het verbindingsorgaan moet aangesproken worden indien betrokkene minder dan één jaar ononderbroken in België verblijft**

|  |
| --- |
| **ALGERIJE** |
| **BOSNIE-HERZEGOVINA** |
| **IJSLAND** |
| **LIECHTENSTEIN****NOORD-MACEDONIE****NOORWEGEN** |
| **SERVIE** |
| **TUNESIE** |
| **TURKIJE****VERENIGD KONINKRIJK (vanaf 01/01/2021)** |
| **ZWITSERLAND** |

**BIJLAGE 3**



**Aanvraag om verzekerbaarheid in het buitenland**

|  |
| --- |
| **1. Identificatie van de aanvragende instelling:** |
| 1.1. Benoeming\*: |
| 1.2. Contactpersoon\*: |
| 1.3. E-mail adres van de contactpersoon\*: |
| 1.4. Telefoonnummer: |

|  |
| --- |
| **2. Identificatie van de betrokken personen:** |
| 2.1. Naam\*: |
| 2.2. Voornaam(en)\*: |
| 2.3. Geboortedatum\*: |
| 2.4. Land waarin de opzoeking moet gedaan worden\*: |
| 2.5. Laatste adres in het betrokken land\*: |
| 2.6. Naam van de kas waarbij betrokkene aangesloten was: |
| 2.7. Identificatienummer bij die kas: |
| 2.8. Is een kopie van de identiteitskaart of het paspoort bij de aanvraag toegevoegd? ja/neen |
| 2.9. Periode van zorgverstrekkingen\*: |
| 2.10. Andere inlichtingen: |

|  |
| --- |
| **3. Kader voorbehouden aan het HZIV:** |
| 3.1. Dossiernummer: |
| 3.2. Datum van ontvangst van de aanvraag: |
| 3.3. Datum van verzending naar het buitenland: |

\* De met een sterretje aangeduide vakken zijn verplicht, zo niet zal geen enkele aanvraag aan het buitenland worden overgemaakt.



**Demande d’assurabilité à l’Etranger.**

|  |
| --- |
| **1. Identification de l’institution demanderesse:** |
| 1.1. Dénomination\*: |
| 1.2. Personne de contact\*: |
| 1.3. Adresse mail de la personne de contact\* : |
| 1.4. Téléphone : |

|  |
| --- |
| **2. Identification des personnes concernées :** |
| 2.1. Nom\* : |
| 2.2. Prénom(s)\* : |
| 2.3. Date de naissance\* : |
| 2.4. Pays où la recherche doit être effectuée\* : |
| 2.5. Dernière adresse dans le pays concerné\* : |
| 2.6. Nom de la caisse à laquelle l’intéressé était affilié : |
| 2.7. Numéro d’identification dans cette caisse : |
| 2.8. Une copie de la carte d’identité ou du passeport est jointe à la demande ? oui/non |
| 2.9. Période pendant laquelle les soins ont été donnés\* :  |
| 2.10. Autres renseignements : |

|  |
| --- |
| **3. Cadre réservé à la CAAMI :** |
| 3.1. Numéro du dossier : |
| 3.2. Date de réception de la demande : |
| 3.3. Date d’envoi vers l’Etranger : |

\* les champs marqués d’un astérisque sont obligatoires, à défaut, aucune demande vers l’Etranger ne sera envoyée.

1. Ministerieel besluit tot wijziging van het ministerieel besluit van 30 januari 1995 tot regeling van de terugbetaling door de Staat van de kosten van de dienstverlening door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn toegekend aan een behoeftige die de Belgische nationaliteit niet bezit en die niet in het bevolkingsregister is ingeschreven. [↑](#footnote-ref-1)
2. Er zit meer dan één jaar (+einde kwartaal) tussen datum verstrekking van de zorgen en de datum dat de kosten doorgestuurd worden naar de POD MI. [↑](#footnote-ref-2)
3. Zie omzendbrief van 01/03/2005 betreffende dringende medische hulp aan vreemdelingen die onwettig in het Rijk verblijven – attest dringende medische hulp [↑](#footnote-ref-3)
4. Arrest van het Arbeidshof van Gent van 14 maart 2005 [↑](#footnote-ref-4)
5. Te onderscheiden van EU-onderdanen die op het Belgisch grondgebied verblijven, maar NIET in het kader van de uitoefening van hun recht op vrij verkeer (bvb asielzoeker, aanvrager regularisatie) [↑](#footnote-ref-5)
6. Personen die niet uitgesloten zijn van het recht op maatschappelijke dienstverlening hebben recht op medische hulp en kunnen dus geen aanspraak maken op het recht op dringende medische hulp. [↑](#footnote-ref-6)
7. Een lijst van landen waarvan de inwoners een visum nodig hebben vindt u op [www.ibz.fgov.be](http://www.ibz.fgov.be), rubriek grenscontrole en daar de rubrieken visum en visumplicht. [↑](#footnote-ref-7)
8. Beschikking van de Raad van Ministers van 22/12/2003 tot wijziging van deel V, punt 1.4, van de Gemeenschappelijke Visuminstructies en deel I, punt 4.1.2, van het Gemeenschappelijk Handboek, namelijk de opneming onder de voor te leggen bewijsstukken van het bewijs van een reisverzekering tot dekking van ziektekosten ingeval een eenvormig inreisvisum wordt afgegeven (2004/17/EG). [↑](#footnote-ref-8)