



POD | Maatschappelijke Integratie  
SPP | Intégration Sociale

Heeft u vragen? Nood aan bijkomende info?  
Mail naar onze frontdesk via [vraag@mi-is.be](mailto: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

# **INHOUD**

A. Het onderscheid tussen de verschillende soorten medische kosten	p2
B. Administratieve aandachtspunten	p4
C. Wettelijke basis terugbetaling medische kosten	p6
D. Aansluiten bij het ziekenfonds	p8
E. Attest dringende medische hulp	p11
F. Het sociaal onderzoek	p13
G. Algemene terugbetalingsregel	p22
H. Formulier D1	p27
I. Formulier D2	p36
J. Vragen	p42
<b>BIJLAGEN</b>	<b>p43</b>

# Medische bewijsstukken in het kader van de wet van 02/04/1965 en het MB van 30/01/1995<sup>1</sup>

**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 (normaal gezien uiterlijk vanaf datum verzorging 01/06/2014 en voor sommige ziekenhuizen mogelijk eerder → zie Omzendbrief van 24/12/2013 betreffende project MEDIPRIMA fase I). Vooral de onderdelen “Aansluiting ziekenfonds” (punt D) 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.

**Dit is de meest recentste versie van dit informatiedocument. Wetswijzigingen, wijzigingen door omzendbrieven en updates van informatie vanaf 1/01/2016 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](mailto:vraag@mi-is.be) (Front Office).**

---

<sup>1</sup> 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.

## **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-statuut heeft
- remgeld: het verschil tussen het wettelijk honorarium en de gewone tegemoetkoming of verhoogde tegemoetkoming
- (ereloo)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 ereloo-supplement 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-klienten 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 kennis worden gegeven van de steunverlening aan de POD MI binnen de 45 dagen. 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). Voor het beginpunt van de 45-dagetermijn wordt verwezen naar het arrest van de Raad van State nr. 17.307, C.O.O. Nassogne, van 27 november 1975. Het laattijdig doorsturen van de factuur door het ziekenhuis heeft geen invloed op het beginnen lopen van de termijn. Als het OCMW echter nog een geldig lopend formulier B2 heeft, dan moet er geen aparte kennisgeving meer gegeven worden.

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. Voor de OCMW's 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. **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 invoegetredeing heeft 11/2005.

Het gevolg hiervan is dat als bijvoorbeeld in januari 2006 alle formulieren D1 met als datum invoegetredeing 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 invoegetredeing 02/2006 (de datum waarop de factuur binnenkomt of betaald wordt).

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.

De terugbetaling van een formulier D1 gebeurt aan 50% als het om een asielzoeker gaat die buiten de gemeente woont en er geen aanvaard dossier voor aanbidding woont is. Omgekeerd is de terugbetaling van een formulier D2 steeds aan 100%, zodat het OCMW er financieel baat bij heeft om alle ziekenhuiskosten op een formulier D2 aan te geven en niet via een formulier D1.

### **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.

De datum van invoegetrede 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 invoegetrede 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 invoegetrede 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.

**Voorbeeld 1:** 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 voor 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.

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

[Onthaal](#) » [Professionals](#) » [Andere professionals](#) » [Ziekenfondsen](#) » [Omsendbrieven](#)  
[verzekeringsinstellingen - Dienst voor administratieve controle](#)

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

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 b) en c) 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 een attest van immatriculatie, een bijlage 15 of een bijlage 35, samen met een erkenningsbeslissing van het Commissariaat-Generaal van de Vluchtelingen en Staatlozen of het arrest tot erkenning van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (zie ook bovenvermelde Omzendbrief, p7-8).**

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, 1<sup>e</sup> lid, 14<sup>o</sup> 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.

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 na 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<sup>2</sup> 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

---

<sup>2</sup> 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.

- 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 begunstigen 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.**

## 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).

Dit attest moet vanaf 1 maart 2005 bewaard worden door het OCMW met het oog op inspectie.<sup>3</sup>

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 voortvloeien 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.

Vanaf uiterlijk datum verzorging 1/06/2014 (mogelijk eerder indien het betreffende ziekenhuis klaar is om te factureren aan de HZIV in plaats van OCMW) worden de attesten dringende medische hulp betreffende ziekenhuiskosten voor niet-verzekerbare personen bijgehouden door het ziekenhuis. Het attest dringende medische hulp heeft het OCMW dan enkel nog nodig voor de medische en farmaceutische kosten (formulier D1) van onwettig in het land verblijvende personen.

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

<sup>3</sup> Zie omzendbrief van 01/03/2005 betreffende dringende medische hulp aan vreemdelingen die onwettig in het Rijk verblijven – attest dringende medische hulp

## **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 behoefte 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 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;
- 2) De steunaanvrager dient behoefte te zijn. Het OCMW moet een sociaal onderzoek doen naar de behoefte van de steunaanvrager en een sociaal verslag opstellen. Dit verslag moet uitsluitend 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 behoefte 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 beantwoordt 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.<sup>4</sup> 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's 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 weergegeven 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

---

<sup>4</sup> Arrest van het Arbeidshof van Gent van 14 maart 2005

doorgaans wel vereist om tot behoefteigheid 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 behoefteigheid van de aanvrager

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. Vandaar dat het onderzoek naar de borgstelling en de verzekeraarbaarheid een belangrijke plaats moet innemen in het sociaal onderzoek.

De verzekeraarbaarheid kan verschillende vormen aannemen:

- publieke ziekteverzekering in België (ziekenfonds)
- publieke ziekteverzekering in het buitenland
- privé-reisverzekering medische bijstand
- privé ziekteverzekering
- andere verzekeringen die medische kosten dekken, bijvoorbeeld in het kader van burgerlijke aansprakelijkheid, arbeidsongevallen, vrijwilligerswerk, schoolverzekering, ...

Het sociaal verslag vermeldt als er een verzekering aanwezig is. Als deze verzekering weigert tussen te komen vermeldt het verslag de reden hiervan of is er in het dossier een bewijsstuk hiervan terug te vinden. Het kan voorkomen dat het OCMW een negatief antwoord krijgt van een verzekering, terwijl het OCMW meent dat er wél tussenkomst dient te zijn. In dit specifieke geval wordt gevraagd dit te melden aan [vraag@mi-is.be](mailto:vraag@mi-is.be) en/of te bespreken tijdens de jaarlijkse controle van uw inspecteur.

Indien er terugbetalingen volgen door bijvoorbeeld een (buitenlandse) (reis)verzekering of arbeidsongevallenverzekering voor kosten die het OCMW reeds overmaakte aan de POD MI, dan dient het OCMW deze bedragen over te maken aan de POD MI via het formulier F. Dit volgt uit de residuaire bevoegdheid van het OCMW.

Derhalve dienen er in het dossier bewijsstukken, naargelang de situatie en het statuut van de steunaanvrager, aanwezig te zijn die de hiernavolgende punten staven. 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](mailto:iri@caami-hziv.fgov.be). Voor welke landen moet de HZIV gecontacteerd worden? Voor alle EU-landen en de landen vermeld in BIJLAGE 2. De OCMW's 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.

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 behoefteigheid:

- 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 behoefteigheid (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 behoefteigheid te besluiten).

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

**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 behoefte ook aangetoond wordt door een sociaal onderzoek. Dit moet bijvoorbeeld uitsluitel 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.

## **2) Bijkomende aandachtspunten betreffende bijzondere categorieën van begunstigen**

### **A) 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, 02/21 3.43.00 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.

### **B) Unieburgers en hun familieleden<sup>5</sup>**

Een Unieburger is iemand die op het Belgisch grondgebied verblijft in het kader van de uitoefening van zijn recht op vrij verkeer (zie punt I 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 57quinquies van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de OCMW's (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's 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<sup>6</sup>.”

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 behoefte 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

---

<sup>5</sup> 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 (bv. asielzoeker, aanvragers regularisatie)

<sup>6</sup> 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.

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 verzekeraar 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](mailto: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 I.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.

### **C) Personen afkomstig uit visumplichtige<sup>7</sup> 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.

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<sup>8</sup> 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. De reisverzekering weigert regelmatig om tussen te komen in medische kosten door aan te voeren dat de medische problematiek al bestond vóór het afreizen naar België. In dat geval is er sprake van een opzettelijk verblijf en een vrijwillige ontwijking van de bestaande procedure voor de aanvraag van een visum type C met het oog op medische behandeling.

Hieruit volgt dat de POD geen medische kosten onder de 30.000 € voor deze begunstigden ten laste neemt. Het gaat immers ofwel om kosten waarvoor de reisverzekering dient, ofwel om kosten voortvloeiend uit een opzettelijk verblijf.

Enkel kosten nodig voor dringende medische zorgen en/of spoedbehandelingen in een ziekenhuis die uitstijgen boven de € 30.000 kunnen ten laste gelegd worden van de POD indien voldaan aan de andere voorwaarden van het sociaal onderzoek.

De reisverzekering voor medische bijstand is verplicht voor wie uit een visumplichtig land komt voor kort verblijf. Familieleden van EU-burgers uit derde landen en diplomaten zijn hiervan vrijgesteld.

Hoe dient dit alles concreet in zijn werk te gaan? Het statuut van de aanvrager moet in de eerste plaats nagegaan worden:

- als de persoon afkomstig is van een visumplichtig land, en gemachtigd is voor een verblijf van minder dan drie maanden (statuut E), dan moet zijn verzekering de kosten ten laste nemen. De POD komt niet tussen tot € 30.000. Heeft deze persoon geen verzekering, dan wil dit zeggen dat hij zijn rechten niet uitgeput heeft. De POD komt niet tussen;
- als de persoon na verloop van het visum kort verblijf clandestien is geworden (statuut D), dan moet er tot 2 jaar na aankomstdatum verplicht nagegaan worden of er een garant/borgsteller is. De garantstelling 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 onderzoek te gebeuren naar de middelen en behoefte van de betrokken persoon.

Het kan gebeuren dat het OCMW binnen de voorziene termijn voor het sociaal onderzoek nog geen informatie heeft over de verzekerbaarheid of het bestaan van een garantsteller. 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) en dit vanaf 14/03/2014 (datum Omzendbrief 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

<sup>7</sup> 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.

<sup>8</sup> 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).

maatschappelijke dienstverlening door de OCMW's die overeenkomstig de bepalingen van de wet van 2 april 1965 door de Staat terugbetaald wordt).

Zodra het OCMW vervolgens de gegevens over de verzekeraar of het bestaan van de garantsteller 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 garant of verzekering in het thuisland). 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 verzekeringsinstelling of de garantsteller, 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.

Opgelet : betreffende een dossier Mediprima is er een andere regeling van toepassing wat betreft de verzekeraar (zie punt D).

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

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 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.

De te contacteren personen bij DVZ zijn de volgende:

- 1) Voor Kort Verblijf bijlage 3 bis Nederlandstalig en Franstalig:  
Koen Callaert : [koen.callaert@ibz.fgov.be](mailto:koen.callaert@ibz.fgov.be) – tel. nr. 02/793.86.30
- 2) Voor Lang Verblijf bijlage 32 Nederlandstalig:  
Luc Moens: [luc.moens@ibz.fgov.be](mailto:luc.moens@ibz.fgov.be) – tel. nr. Leen Van Overberghe: 02/793.87.14
- 3) Voor Lang verblijf bijlage 32 Franstalig:  
Bernard Baillieux: [bernard.baillieux@ibz.fgov.be](mailto:bernard.baillieux@ibz.fgov.be) en tel.nr. : 02/793.86.79

- als de persoon bovendien afkomstig is uit Algerije, Tunesië of Turkije moet ook de HZIV gecontacteerd worden om de verzekering in het land van herkomst na te kijken via het verbindingsorgaan. Het bewijs moet in het dossier bewaard worden. De lijst van bestaande verbindingsorganen kan u opvragen bij [vraag@mi-is.be](mailto:vraag@mi-is.be) (Front Desk) of downloaden van [www.mi-is.be](http://www.mi-is.be) (onder het onderwerp “Gezondheid”).

#### **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. 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 I) 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](mailto: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 I.

## **G. 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** voor behandelingskosten 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) de verstrekkingen 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 verstrekkingen 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 ereloon supplement 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 ereloon supplement), maar er zijn een aantal belangrijke uitzonderingen:

- pseudocode 750820: medicijnen categorie D gehospitaliseerd
- pseudocode 751015: medicijnen categorie D ambulante
- 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. 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 I: 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
Ereloon supplementen 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
		Ereloon supplementen van gedeeltelijk of niet-geconventioneerde artsen	Ereloon supplementen van gedeeltelijk of niet-geconventioneerde artsen
		Ereloon supplementen die voortvloeien uit het verblijf in een éénpersoonskamer	Ereloon supplementen 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 tegemoetkoming, 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

<b>GENEESHEREN: RAADPLEGINGEN EN BEZOEKEN</b>
101
102
103
104
109
<b>TANDHEELKUNDIGEN: TANDPROTHESEN EN RADIOGRAFIE TANDEN</b>
306
307
308
309
<b>VERPLEEGKUNDIGEN</b>
418
425
427
460
<b>GENEESHEREN: MEDISCHE BEELDVORMING</b>
460
<b>GENEESHEREN: FYSIOTHERAPIE</b>
558

<b>KINESITHERAPEUTEN</b>
560 561 563 564
<b>GENEESHEREN: KLINISCHE BIOLOGIE</b>
592 593
<b>BANDAGISTEN</b>
604
<b>IMPLANTATEN: ARTIKEL 35 &amp; 35bis</b>
694 730 tot en met 733
<b>ORTHOPEDISTEN</b>
645 tot en met 653 + 655690
<b>LOGOPEDISTEN</b>
701 tot en met 706 711 tot en met 714 717 tot en met 719 721 tot en met 729
<b>REVALIDATIEVERSTREKKINGEN</b>
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. ereloon-supplementen, 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**

<b>Medische kosten</b>	<b>Farmaceutische kosten</b>	<b>Hospitalisatie</b>	<b>Ambulante zorgen verstrekt in een verplegingsinstelling</b>
Medische verstrekkingen die niet voorzien zijn van een RIZIV-nomenclatuurcode of pseudo-nomenclatuurcode (bv. 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 (bv. 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)

## H. Formulier DI

### I) 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 (bv 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 aanreken 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 vervoer geldt het volgende terugbetalingsbarema:

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Forfait per rit (1 tot 10 km)</b>	55,70 €	57,07 €	59,16 €	60,50 €	61,46 €	61,63 €	62,02 €
<b>Vanaf de 11<sup>de</sup> km</b>	5,56 €/km	5,70 €/km	5,91 €/km	6,04 €/km	6,14 €/km	6,16 €/km	6,20 €/km
<b>Vanaf de 21<sup>ste</sup> km</b>	4,26 €/km	4,36 €/km	4,52 €/km	4,62 €/km	4,70 €/km	4,71 €/km	4,74 €/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.

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:

- nierdialysepatiënten: er is een vergoeding van € 0,25 die van toepassing is op alle afgelegde kilometers, dus zowel de heen- als de terugreis;
- kankerpatiënten (chemo- en radiotherapie): openbare vervoerskosten tram, metro, bus en trein (2<sup>de</sup> 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 mindermobielen centrale. 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 regelmatig heen-en terug wordt vervoerd is het volgende van toepassing:

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

Ambulancevervoer dat niet op de ziekenhuisfactuur vermeld wordt en waarvan men aldus een afzonderlijke factuur ontvangt, kan enkel aangegeven worden via het DI 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.

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 I01076

<b>I01076</b>	
	1/01/2007
Honorarium	<b>20,79 €</b>
Honorarium in het kader van het globaal medisch dossier	<b>20,79 €</b>
Tegemoetkoming rechthebbende met voorkeurregeling in het kader van het globaal medisch dossier	<b>19,81 €</b>
Tegemoetkoming rechthebbende zonder voorkeurregeling in het kader van het globaal medisch dossier	<b>16,99 €</b>
Tegemoetkoming rechthebbende met voorkeurregeling	<b>19,39 €</b>
Tegemoetkoming rechthebbende zonder voorkeurregeling	<b>15,36 €</b>

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 “Verstrekking met overeenkomst” en “Verstrekking zonder overeenkomst”. De POD MI betaalt het bedrag terug dat vermeld staat in de kolom “Verstrekking met overeenkomst”.

Het “Honorarium in het kader van het globaal medisch dossier” is enkel van toepassing voor iemand uit een LOI als deze begunstigde een globaal medisch dossier heeft en dus steeds naar dezelfde huisarts gaat.

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 bij verschillende artsen wordt in geen geval terugbetaald.

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&SourcePageld=30608](http://www.cm.be/nl/100/selfservice/opzoeken/caretaker_name.jsp?ComponentId=30544&SourcePageld=30608)

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

#### **(a) 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 otorhinolaringologie, 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** voor:

- personen die taal-, spraak- of stemstoornissen hebben die een handicap zijn bij het voortzetten van een beroep als werknemer of zelfstandige;
- personen die te maken hebben met één van de volgende stoornissen: afasie, stoornissen in receptieve en/of expressieve taalontwikkeling aangetoond door een taaltest, specifieke ontwikkelingsstoornissen, stoornissen tengevolge van gespleten lippen, gehemelte of tandkassen, verworven stoornissen door radiotherapeutische behandeling, verworven spraakstoornissen, verworven stemstoornis;
- dove of doofstomme personen ter consolidatie van verworven vaardigheden.

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.

#### **(b) kinesitherapie:**

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

### **(c) 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 malabsorptiesyndromen en colorectale ziekten;
- persoon onderging een mutilerende ingreep op het spijsverteringsstelsel;
- persoon heeft verlies van tanden na een osteomyelitis, 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.

### **(d) brilglazen- en monturen:**

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

- o Deze tegemoetkoming kunnen ze maximaal twee keer krijgen.
- o 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 euro tot 362 euro
Glazen enkel terugbetaalbaar voor jongeren onder de 18 jaar	Van 43 euro tot 315 euro
Glazen enkel terugbetaalbaar voor 65-plussers	Van 90 euro tot 315 euro
Glazen met medische filter voor blauw licht	Van 162 euro tot 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.

### **(e) 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 achttien daartoe erkende vruchtbaarheidscentra. Door contact op te nemen met [vraag@mi-is.be](mailto:vraag@mi-is.be) (Front Desk) kan u te weten komen welke deze achttien vruchtbaarheidscentra zijn. 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.

### **(f) 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.

### **(g) Orthodontie:**

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



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

#### **(h) 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.

#### **(i) Diagnosemateriaal suikerziekte/diabetes**

Middelen van zelfcontrole door een diabetespatiënt worden enkel terugbetaald als deze middelen verleend werden door een centrum voor diabetologie dat een conventie met het RIZIV heeft afgesloten. In de praktijk kan enkel een ziekenhuis zo een conventie afsluiten. Deze middelen voor zelfcontrole (glucosemeter, meetstrips, vingerpriktoestel, lancetten) kunnen gratis door een ziekenhuis geleverd worden, maar zijn in het algemeen niet terugbetaalbaar. De arts moet in eerste instantie bepalen hoe erg de diabetes is. Als de patiënt minstens tweemaal per dag zelf een inspuiting moet doen, dan moet hij zich wenden tot zijn huisarts. Bij erge gevallen zal de arts de patiënt naar een instelling die een conventie heeft met het RIZIV doorverwijzen. Als men het in het ziekenhuis nodig acht, dan zal het ziekenhuis de middelen leveren aan de diabetespatiënt én het ziekenhuis betaalt ook deze middelen. Er is dus met andere woorden een gratis aflevering.

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 voor de middelen voor zelfcontrole.

Meetinstrumenten worden voor vrouwen met zwangerschapsdiabetes en personen jonger dan 18 jaar terugbetaald, zelfs als ze geen insuline spuiten.

Het gebruik van een diabetespas is toegelaten, waardoor er tegemoetkoming kan zijn voor podologie- en diëtetiek volgens bepaalde nomenclatuurnummers.

Aan alle voorschriften voor het afleveren van een diabetespas moet voldaan worden,. Zie hiervoor en meer informatie <http://www.riziv.fgov.be>

Hierbij zal u zien dat er een aanvraagformulier bestaat. Dit moet ingevuld worden door een arts en bijgehouden worden in het dossier.

#### **(j) 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>

#### **(k) 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.

#### **(l) 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.

## **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 volgende medicijnen betaalt de POD 20% van de officiële apothekersprijs terug in het geval dat het om een geattesteerde chronische pijnpatiënt gaat:

ALGOCOD 32 BRUISTABL  
ALGOSTASE MONO 20 X 1G BRUISTABL  
ALGOSTASE MONO 40 X 1G BRUISTABL  
ALGOSTASE MONO 40 X 1G ZAKJES  
ALGOSTASE MONO 32 X 500MG BRUISTABL  
ALGOSTASE MONO 32 X 500MG ZAKJES  
DAFALGAN 30 X 500MG TABL.  
DAFALGAN 32 X 500MG BRUISTABL  
DAFALGAN CODEINE 30 TABL.  
DAFALGAN FORTE 16 X 1G BRUISTABL.  
DAFALGAN FORTE 32 X 1G BRUISTABL.  
DAFALGAN FORTE 16 X 1G TABL.  
DAFALGAN FORTE 30 X 1G TABL.  
DAFALGAN FORTE 50 X 1G TABL.  
DOLPRONE 16 X 500MG TABL.  
DOCPARACOD 30 TABL.  
PANADOL 20 X 1G TABL.  
PANADOL 50X 1G TABL.  
PANADOL 20 X 500MG TABL.  
PANADOL 30 X 500MG TABL.  
PANADOL 60 X 500MG TABL.  
PARACETAMOL EG 30 X 500MG TABL.  
PARACETAMOL TEVA 30 X 500MG TABL.  
PERDOLAN 30 X 500MG TABL.  
PERDOLAN CODEINE 20 CAPS.  
SANICOPYRINE 20 X 500MG TABL.  
WITTE KRUIS MONO 20 X 500MG TABL.  
WITTE KRUIS MONO 30 X 500MG TABL.

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

1) In de lijst van de “vergoedbare farmaceutische specialiteiten”. Het remgeld vindt u in de kolom “I” (preferentieel verzekerden);

2) met behulp van de zoekmotor van de “vergoedbare farmaceutische specialiteiten”

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 “Tussenkost 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 ziekenfonds aansluiting 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 ziekenfonds aansluiting heeft en geen inkomen (LOI/illegalen). 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 →  $11,65 - 3,35 \text{ €} = 8,30 \text{ €}$  wordt terugbetaald voor iemand die geen ziekenfonds aansluiting heeft en een inkomen heeft. Voor iemand die geen ziekenfonds aansluiting heeft en geen inkomen heeft (LOI/illegalen) 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.

## I. Formulier D2

### I) 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.

De wetswijziging van 27/12/2005 heeft géén invloed op de terugbetaling van de hospitalisatiekosten. Wat voor de wetswijziging gold, blijft nog steeds gelden.

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 nomenclaturnummers (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 als 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 toebediend 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, zich 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.



<b>Ereloonsupplementen mogelijk bij een ziekenhuisverblijf</b>		
<b>Type kamer</b>	<b>Verbonden arts (“C”)</b>	<b>Niet-verbonden arts (“NC”)</b>
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 aangesloten personen 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, behalve als het om vervoerskosten gaat (vervoer van de patiënt naar het ziekenhuis of vervoer tussen twee ziekenhuizen). Voor meer details zie punt H. 1).

## **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 heeft en 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, behalve mocht het om ambulancekosten gaan.

### **J. Vragen**

U kan met uw vragen rond medische kosten steeds elektronisch terecht bij: [vraag@mi-is.be](mailto:vraag@mi-is.be) (Front Office)

## **Bijlage I: Niet-visumplichtige niet-EU-landen**

**ALBANIË  
ANDORRA  
ANTIGUA en BARBUDA  
ARGENTINIË  
AUSTRALIË  
BAHAMAS  
BARBADOS  
BOSNIË-HERZEGOVINA  
BRAZILIË  
BRUNEI DARUSSALAM  
CANADA  
CHILI  
COSTA RICA  
EL SALVADOR  
GUATEMALA  
HONDURAS  
IJSLAND  
ISRAËL  
JAPAN  
KROATIË  
MACAO  
MALEISIE  
MAURITIUS  
MEXICO  
MONACO  
MONTENEGRO  
NIEUW-ZEELAND  
NICARAGUA  
NOORWEGEN  
PANAMA  
PARAGUAY  
SAINT-KITTS en NEVIS  
SAN MARINO  
SERVIË  
SEYCHELLEN  
SINGAPORE  
URUGUAY  
VATICANSTAD  
VENEZUELA  
VERENIGDE STATEN  
VOORMALIGE JOEGOSLAVISCHE REP. MACEDONIË  
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  
NOORWEGEN  
SERVIE  
TUNESIE  
TURKIJE  
VOORMALIGE JOEGOSLAVISCHE REPUBLIEK MACEDONIE  
ZWITSERLAND

## BIJLAGE 3



### **Aanvraag om verzekeraarbaarheid in het buitenland**

<b>1. Identificatie van de aanvragende instelling:</b>
1.1. Benoeming*:
1.2. Contactpersoon*:
1.3. E-mail adres van de contactpersoon*:
1.4. Telefoonnummer:
<b>2. Identificatie van de betrokken personen:</b>
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/nee
2.9. Periode van zorgverstrekkingen*:
2.10. Andere inlichtingen:
<b>3. Kader voorbehouden aan het HZIV:</b>
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.**

<b>I. Identification de l'institution demanderesse:</b>
I.1. Dénomination*:
I.2. Personne de contact*:
I.3. Adresse mail de la personne de contact* :
I.4. Téléphone :
<b>2. Identification des personnes concernées :</b>
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 :
<b>3. Cadre réservé à la CAAMI :</b>
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.