



POD | Maatschappelijke Integratie
SPP | Intégration Sociale

Heeft u vragen? Nood aan bijkomende info?
Mail naar onze frontdesk via vraag@mi-is.be
Of bel naar **02 508 85 85**

INFORMATIEDOCUMENT

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

INHOUD

A. Het onderscheid tussen de verschillende soorten medische kosten	p1
B. Administratieve aandachtspunten	p3
C. Wettelijke basis terugbetaling medische kosten	p5
D. Aansluiten bij het ziekenfonds	p6
E. Attest dringende medische hulp	p9
F. Het sociaal onderzoek	p10
G. Algemene terugbetalingsregel	p16
H. Formulier D1	p21
I. Formulier D2	p28
J. Vragen	p33

Medische bewijsstukken in het kader van de wet van 02/04/1965 en het MB van 30/01/1995¹

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

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 (Programmatoreische 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-statuuat heeft (Recht op Verhoogde Verzekeringstegemoetkoming)
- de verhoogde tegemoetkoming: dit is het bedrag dat een ziekenfonds terugbetaalt aan een patiënt als deze een RVV of OMNIO-statuuat heeft
- remgeld: het verschil tussen het wettelijk honorarium en de gewone tegemoetkoming of verhoogde tegemoetkoming
- (ereloon)supplement: het bedrag waarmee het honorarium het wettelijk honorarium overstijgt.

Het wettelijk honorarium = gewone/verhoogde tegemoetkoming + remgeld

¹ Ministerieel besluit tot wijziging van het ministerieel besluit van 30 januari 1995 tot regeling van de terugbetaling door de Staat van de kosten van de dienstverlening door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn toegekend aan een behoeftige die de Belgische nationaliteit niet bezit en die niet in het bevolkingsregister is ingeschreven.

Voorbeeld:

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

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

Wat is het RVV-statuut ? 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.

Het OMNIO-statuut is gecreëerd om mensen die niet voldoen aan de voorwaarden voor het bekomen van het RVV-statuut toch de verhoogde tegemoetkoming toe te kunnen kennen. Het OMNIO-statuut geeft sinds 1 juli 2007 recht op een betere vergoeding van medische kosten voor gezinnen met een laag inkomen. Het bruto-bedrag van de inkomsten van de leden van het gezin mag het volgende jaarplafond niet overschrijden in 2007 → 13.543,71 euro voor de aanvrager met daar bovenop 2.507,30 euro per persoon die deel uitmaakt van het OMNIO-gezin. Het ziekenfonds bepaalt wie het OMNIO-statuut krijgt.

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

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 invoegetrede heeft 11/2005.

Het gevolg hiervan is dat als bijvoorbeeld in januari 2006 alle formulieren D1 met als datum invoegetrede 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 invoegetrede 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 aanbieding woonst 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 financiële steun genieten en personen die geen financiële steun genieten (**mensen zonder wettig verblijf** en personen verblijvend in een Lokaal Opvanginitiatief).

De hospitalisatiekosten (overnachting) worden voor zowel voor personen die financiële steun genieten als voor personen die geen financiële steun 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 financiële steun 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 financiële steun geniet en aangesloten is bij het ziekenfonds. Als een persoon die geen financiële steun krijgt 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.

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

D. Aansluiten bij het ziekenfonds

Op 27/11/2007 stuurde het RIZIV de Omzendbrief V.I. nr. 2007/438 naar de ziekenfondsen aangezien het invoege treden van enkele maanden voordien van de nieuwe asielpcedure. Deze nieuwe procedure schafte onder meer de ontvankelijkheidsfase af.

Op 15 juni 2010 werden een aantal bewijsmodaliteiten veranderd. De omzendbrief die momenteel van belang is voor het aansluiten bij een ziekenfonds betreft Omzendbrief VI nr 2010/226.

Hieronder vindt u met betrekking tot deze omzendbrieven de hoofdlijnen van wat van belang is voor de OCMW's, aangevuld met nuttige informatie voor de OCMW's. Voor een volledig overzicht van de omzendbrief zie <http://www.riziv.fgov.be/insurer/nl/circulars/administrative-control/inscription>

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.

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)

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^o lid, 14^o 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 <http://www.riziv.fgov.be/insurer/nl/circulars/administrative-control/teaching/pdf/teaching.pdf>

Ook niet begeleide minderjarige vreemdelingen (NBMV) kunnen aangesloten worden bij het ziekenfonds. Op <http://www.inami.fgov.be/presentation/nl/publications/news-bulletin/2008-2/pdf/part05.pdf> (p292 ev).

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 of het OCMW terugvordert. In dit geval kan het OCMW deze kosten van de POD terugvorderen als voldaan is aan volgende voorwaarden:

- als de kosten zouden verjaard² zijn moet er een bewijsstuk naar de dienst Leefloon/Wet 65 opgestuurd worden met betrekking tot het ongedaan maken van de aansluiting met terugwerkende kracht. Dit bewijsstuk is een kopie van het schrijven vanwege het ziekenfonds aan betrokkene of OCMW waarin vermeld staat dat betrokken persoon vanaf datum X met terugwerkende kracht niet meer aangesloten is. De originele brief moet in het dossier bewaard worden ten behoeve van inspectie;
- het bijhouden van (kopie van) facturen of terugbetalingsoverzichten van het ziekenfonds. Bij controle moet er steeds kunnen nagegaan worden om welke zorgen dat het ging.

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

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 begunstigten 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.

² Er zit meer dan één jaar (+einde kwartaal) tussen datum verstrekking van de zorgen en de datum dat de kosten doorgestuurd worden naar de POD MI.

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.

Bovendien geldt de regel dat personen aan wie OCMW-steun wordt verleend gedurende ten minste drie maanden zonder onderbreking of zes maanden onderbroken in een periode van twaalf maanden, recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming (RVV-tarief) vanwege het ziekenfonds (meestal code gerechtigde 101/101). In het kader van artikel 60 §2 dient het OCMW er dan ook voor te zorgen dat de persoon zijn recht op verhoogde tegemoetkoming kan laten gelden. Dit is van belang bijvoorbeeld voor wat betreft het remgeld voor de verblijfskosten in een ziekenhuis. De OCMW zullen bij controles er opmerkzaam worden gemaakt dat de personen recht op verhoogde tegemoetkoming kunnen laten gelden en er zal enkel het remgeld teruggevorderd kunnen worden zoals dit geldt voor een persoon met verhoogde tegemoetkoming tenzij het OCMW het bewijs levert dat een persoon geen recht op verhoogde tegemoetkoming kan krijgen.

Voor personen die verblijven in een LOI **en aansluitbaar zijn bij een ziekenfonds**, is er een afwijkende regeling van toepassing. Deze personen moeten door het ziekenfonds aangesloten worden, maar hebben geen recht op verhoogde tegemoetkoming (geen RVV-tarief). Enkel op basis van bewijzen dat een persoon financiële steun geniet van het OCMW kan iemand verhoogde tegemoetkoming bekomen van het ziekenfonds. Daar personen die in een LOI verblijven geen attest van financiële steun kunnen voorleggen kunnen zij onder de bestaande wetgeving geen recht op verhoogde tegemoetkoming krijgen. Hierdoor kunnen de personen verblijvend in een LOI ook niet vrijgesteld worden van de basisbijdrage.

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.

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.³ 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.

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 heeft zijn arm gebroken en komt in het ziekenhuis terecht. De persoon moet op controle bij de huisarts en later terug naar het ziekenhuis om de arm te laten nakijken. Er is één attest dringende medische hulp nodig;
- 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;
- **Er moet geen apart attest zijn voor de ziekenwagendienst als er een attest is voor de zorg die dezelfde en/of de dagen erna worden verstrekt.**

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.

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.

³ 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 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 begunstigen 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 ;
- 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 behoeftige te hulp te komen. Het is wel zijn taak om de ongelukkige schuldenaar te helpen, die wegens de niet-betaling van zijn schuld, in een toestand zal terechtkomen die het hem onmogelijk maakt een leven te leiden dat 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.⁴ Het OCMW moet er eveneens op bedacht zijn dat het residuair optreedt: er zijn vele spelers in het veld voor de terugbetaling van medische kosten.

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 doorgaans wel vereist om tot behoefte 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
- Bestaansmiddelen en reden van verblijf
- Statuut op het moment van de medische verzorging
- Verzekeraarbaarheid
- Borgstelling
- Sociaal verslag omtrent de behoefte van de aanvrager

⁴ Arrest van het Arbeidshof van Gent van 14 maart 2005

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, ... Het spreekt vanzelf dat hoe meer bewijsstukken er voorgelegd kunnen worden, hoe sterker het dossier is.

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 vragen⁵ hebben bij de HZIV betrekking op het feit of betrokkene een ziekteverzekering in eigen land heeft en 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 behoefteig 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 zal pas op het ogenblik van voldoende bewustzijn zijn dat de persoon een aanvraag tot steun kan indienen en er dus een sociaal onderzoek moet 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.

⁵ De OCMW's moeten een standaardformulier gebruiken wanneer ze via de HZIV willen weten of iemand een ziekteverzekering heeft in het buitenland (Omsendbrief van 24 januari 2012)

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 uitsluitend 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 zowiezo 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* moet geregeld worden met Fedasil (cel medische kosten, Kartuizerstraat 21, 1000 Brussel, 02/213.43.00 medic@fedasil.be) . De regeling voor de medische kosten van no-shows die zijn *toegewezen aan een LOI* verschilt niet van de regeling voor medische kosten voor personen die wél in het LOI verblijven. Deze medische kosten worden volgens de geldende regels terugbetaald door de POD na het indienen van de formulieren A, B en D. Er moet, zoals steeds, zeker ook voldoende aandacht besteed worden aan het sociaal onderzoek in het geval van een no-show.

B) EU-onderdanen

Op 28 maart 2012 verscheen er een Omzendbrief betreffende het recht op maatschappelijke dienstverlening voor een EU-burger en zijn familieleden. Een wetswijziging trad op 27 februari in werking. Het geheel van de medische kosten valt onder maatschappelijke dienstverlening. Deze Omzendbrief van 28 maart 2012 is dan ook van toepassing op alle soorten medische kosten.

Samengevat is in slechts zeer uitzonderlijke gevallen er nog recht op terugbetaling van medische kosten voor behoeftige EU-burgers:

- bij een onweerlegbaar bewijs van een ononderbroken aanwezigheid van meer dan drie maanden op Belgisch grondgebied van een illegaal EU-burger. Het OCMW-dossier moet deze bewijzen bevatten. Deze bewijzen moeten aaneensluitend zijn in tijd, dit wil zeggen dat er geen hiaten in het dossier mogen zijn waardoor twijfel zou kunnen ontstaan dat betrokkene niet meer op Belgisch grondgebied verbleef. Mogelijke bewijzen: 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.

Voor personen komende uit EU-landen die zich aanbieden zonder verzekeringsgegevens en die hier meer dan drie maanden maar minder dan één jaar verblijven moet via de HZIV contact opgenomen worden met de verbindingsorganen van het betrokken land van waaruit de persoon afkomstig is. 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 indien het OCMW beslist de kosten ten laste te nemen;

- bij een bewezen verblijf van meer dan drie maanden van een legaal EU-burger die een bijlage 19 heeft en die niet het statuut van werkzoekende heeft. Vooraleer deze personen recht openen op medische kosten moet ziekenfonsaansluiting in hun land van oorsprong (via HZIV) en België nagekeken worden. Mogelijk is de persoon in kwestie aangesloten bij een ziekenfonds in eigen land, of in België, of kan deze persoon aangesloten worden bij een Belgisch ziekenfonds.

De lijst van bestaande verbindingsorganen kan u opvragen bij vraag@mi-is.be (Front Desk) of downloaden van www.mi-is.be (onder het onderwerp "Gezondheid").

EU-burgers die minder dan drie maanden op het Belgisch grondgebied zijn hebben geen recht op tussenkomsten in medische kosten.

EU-burgers met een duurzaam of permanent verblijfsrecht (kaart E (bijlage 8), E+ (bijlage 8bis), F (bijlage 9) of F+ (bijlage 9bis) kunnen aangesloten worden bij een ziekenfonds.

EU-burgers met het statuut van werkzoekende hebben geen recht op tussenkomsten in medische kosten.

C) Personen afkomstig uit visumplichtige⁶ landen met toegelaten verblijf van minder dan drie maanden + deze personen die na verloop van hun visum clandestien in het land verblijven

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 beschikken. De Europese maatregel⁷ 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

⁶ Een lijst van landen waarvan de inwoners een visum nodig hebben vindt u op www.dofi.fgov.be, rubriek grenscontrole en daar de rubrieken visum en visumplicht.

⁷ 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).

moet gedekt zijn met een minimumdekking van 30.000 € per persoon. Omwille van deze reden neemt de POD geen kosten ten laste onder € 30.000. Als het visum vervalt en de illegale betrokkene verblijft nog op Belgisch grondgebied, dan betekent dit niet dat betrokkene automatisch recht opot dringende medische hulp. Er kan immers een borgsteller zijn, die verplicht aangesproken moet worden.

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 DVZ⁸ 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. Als er een garant is, dan 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 nodige te doen opdat het nodige bedrag wordt teruggevorderd van betrokkene. In dit laatste geval kan het OCMW beslissen de kosten ten laste te nemen, vordert de kosten terug van de POD en betaalt het effectief ontvangen bedrag terug aan de POD via formulier F.

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 personen met een lopende asielpprocedure en personen die geen visum hebben gekregen moet deze vraag NOOIT gesteld worden.

- 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 verbindingsoorgaan. Het bewijs moet in het dossier bewaard worden. De lijst van bestaande verbindingsorganen kan u opvragen bij vraag@mi-is.be (Front Desk) of downloaden van www.mi-is.be (onder het onderwerp “Gezondheid”).

⁸ Voor informatie over een verbintenis tot tenlasteneming in het kader van een kort verblijf (bijlage 3bis), kogn.callaert@dofi.fgov.be of tel. 02/793.86.30. Voor informatie over een tenlasteneming in het kader van een lang verblijf (bijlage 32), marijke.stercka@dofi.fgov.be of tel. 02/293.87.31.

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

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

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

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 financiële steun genieten en personen die geen financiële steun genieten.

1) Algemene terugbetalingsregel medische kosten, farmaceutische kosten en ambulante ziekenhuiskosten voor personen die geen financiële steun genieten

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 financiële steun krijgen (vooral illegalen, clandestienen 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 vertrekkingen terugvorderen op voorwaarde dat er een RIZIV-nomenclatuurcode of een pseudo-nomenclatuurcode is voor de medische verstrekking.

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

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

per instelling, hetzij per pathologie. Om die verstrekkingen te kunnen afrekenen, hebben deze van het RIZIV ook een nummer gekregen. Dit worden pseudo-nomenclatuurnummers genoemd.

RIZIV-nomenclatuurcodes beginnend met de cijfers 1-5 leiden tot volledige terugbetaling (behalve het eventuele ereloonsupplement en/of als er specifieke terugbetalingsvoorwaarden zijn verbonden aan een prestatie zoals bij tandprothesen bijvoorbeeld).

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

RIZIV-(pseudo)nomenclatuurcodes beginnend met de cijfers 6-7 leiden meestal tot volledige terugbetaling (behalve het eventuele ereloonsupplement), maar er zijn een aantal belangrijke uitzonderingen:

- pseudocodes i.v.m. afleveringsmarges implantaten (618715-618726-618741-685812-685823-685834-685845-685856-685860) als de begunstigde niet aangesloten is bij het ziekenfonds
- 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. De medicijnen categorie A, B en C worden volledig terugbetaald. Medicijnen categorie D worden niet terugbetaald. Meer informatie over de medicijnen vindt u onder punt H.2).

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

Tabel 1: Niet vergoedbare kosten voor personen die geen financiële steun ontvangen

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

2) Algemene terugbetalingsregel medische kosten, farmaceutische kosten en ambulante ziekenhuiskosten voor personen die financiële steun genieten

De *algemene terugbetalingsregel voor personen die financiële steun genieten* 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

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

KINESITHERAPEUTEN
560 561 563 564
GENEESHEREN: KLINISCHE BIOLOGIE
592 593
BANDAGISTEN
604
IMPLANTATEN: ARTIKEL 35 & 35bis
694 730 tot en met 733
ORTHOPEDISTEN
645 tot en met 653 + 655690
LOGOPEDISTEN
701 tot en met 706 711 tot en met 714 717 tot en met 719 721 tot en met 729
REVALIDATIEVERSTREKKINGEN
771

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

RIZIV-pseudonomenclatuurcodes beginnend met het cijfer 8 of 9 leiden nooit tot terugbetaling. Volgende RIZIV-(pseudo)nomenclatuurcodes beginnend met de cijfers 6-7 leiden nooit tot terugbetaling:

- pseudocodes i.v.m. afleveringsmarges implantaten (618715-618726-618741-685812-685823-685834-685845-685856-685860) als de begunstigde niet aangesloten is bij het ziekenfonds
- 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 financiële steun ontvangen

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
Ereloossupplementen van gedeeltelijk geconventioneerde of niet-geconventioneerde artsen	Sommige parafarmaceutische producten (bvb fopspeen, 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	Ereloossupplementen van gedeeltelijk of niet-geconventioneerde artsen	Ereloossupplementen van gedeeltelijk of niet-geconventioneerde artsen
		Ereloossupplementen die voortvloeien uit het verblijf in een éénpersoonskamer	Ereloossupplementen 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, ...)
		Afleveringsmarge implantaten voor personen die niet zijn aangesloten bij het ziekenfonds	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

H. Formulier D1

1) Medische kosten

Het betreft hier de medische kosten verstrekt buiten de verplegingsinstelling.

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

Ereloossupplementen (gedeelte van het ereloon dat het wettelijk honorarium overschrijdt) worden niet terugbetaald. Wees aandachtig wanneer de arts afgeronde bedragen aanrekent voor zijn prestaties (de arts vraagt bijvoorbeeld 90,00 €) daar het om (kleine) ereloossupplementen 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:

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Forfait per rit (1 tot 10 km)</i>	51,56 €	52,55 €	53,23 €	56,32 €	55,70 €	57,07 €	59,16 €
<i>Vanaf de 11^{de} km</i>	5,21 €/km	5,21 €/km	5,32 €/km	5,63 €/km	5,56 €/km	5,70 €/km	5,91 €/km
<i>Vanaf de 21^{ste} km</i>	3,97 €/km	3,97 €/km	4,07 €/km	4,30 €/km	4,26 €/km	4,36 €/km	4,52 €/km

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:

- het vervoer van een patiënt voor nierdialyse wordt ook terugbetaald voor het vervoer naar huis, a rato van 0,25 € per kilometer, met een maximum van 30 kilometer;
- het vervoer van een patiënt die chemotherapie krijgt wordt ook terugbetaald voor het vervoer naar huis, a rato van 0,25 € per kilometer, met een maximum van 30 kilometer.

De aard van het vervoermiddel is bij dit alles van geen belang. 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. Er moet dus steeds een officiële factuur voorgelegd kunnen worden.

De vervoerskosten kunnen ook ingediend worden via een formulier D2. Hierbij moeten de vervoerskosten samengeteld worden met de hospitalisatiekosten van de hospitalisatie waartoe het vervoer diende.

Om het juiste terugvorderbare bedrag te kennen moeten sommige nomenclatuurnummers opgezocht worden. Dit gebeurt het gemakkelijkste via de databank Nomensoft op www.riziv.be.

Voorbeeld: nomenclatuurnummer 101076

101076	
	1/01/2007
Honorarium	20,79 €
Honorarium in het kader van het globaal medisch dossier	20,79 €
Tegemoetkoming rechthebbende met voorkeurregeling in het kader van het globaal medisch dossier	19,81 €
Tegemoetkoming rechthebbende zonder voorkeurregeling in het kader van het globaal medisch dossier	16,99 €
Tegemoetkoming rechthebbende met voorkeurregeling	19,39 €
Tegemoetkoming rechthebbende zonder voorkeurregeling	15,36 €

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

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 financiële steun geniet.

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

Het “Honorarium in het kader van het globaal medisch dossier” is enkel van toepassing 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 financiële steun geniet. 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&SourcePageId=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 otorinolaringologie, 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 €**

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

Contactlenzen worden slechts vergoed in bepaalde gevallen:

- keratoconus (afwijking van het hoornvlies);
- monoculaire afakie (eenzijdige ontbreking van de ooglenzen);
- 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 (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 tandheerkundige 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.

(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.

(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/drug/nl/drugs/reglementation/contraception/index.htm>

(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.

Om te weten wat de tarieven zijn van de vergoedbare medicijnen kan u terecht op www.riziv.be. Bij de rubriek “Geneesmiddelen en andere” klikt u op “Geneesmiddelen”. Daar vindt u “Databank farmaceutische specialiteiten”. U kan de opzoeken 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 = 12,00 € ; remgeld verhoogde tegemoetkoming = 4,86 → $12,00 - 4,86 \text{ €} = 7,14 \text{ €}$ wordt terugbetaald voor iemand die geen ziekenfonds aansluiting heeft en het equivalent leefloon krijgt. Voor iemand die geen ziekenfonds aansluiting heeft en geen inkomen heeft (LOI/illegalen) wordt er 12,00 € 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.

Op www.riziv.be is er ook nog een PDF-bestand van vergoedbare medicijnen "Prijzen/Vergoedingsbases" beschikbaar. De vergoedbare medicijnen staan hier alfabetisch gerangschikt. Om te weten wat er wordt terugbetaald dient u het bedrag van het remgeld verhoogde tegemoetkoming (kolom I) af te trekken van het bedrag dat het medicijn kost (kolom "prijs").

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 <http://www.riziv.be/drug/nl/pharmacists/modification-20100401/>

Als een persoon financiële steun ontvangt en **aansluitbaar is bij een ziekenfonds**, is er geen terugbetaling.

Als een persoon financiële steun ontvangt 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 financiële steun ontvangt en aangesloten is bij het ziekenfonds (voornamelijk LOI), dan wordt het remgeld gewone tegemoetkoming terugbetaald.

Als een persoon geen financiële steun ontvangt 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

1) Hospitalisaties

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

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

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

- het verschil tussen de verpleegdagprijs van een één- of tweepersoonskamer en een gemeenschappelijke kamer. Enkel de prijs van de verpleegdag in een gemeenschappelijke kamer wordt terugbetaald
- kamersupplementen (bij een twee- of éénpersoonskamer)
- medicijnen categorie D (staan apart vermeld op de factuur)
- niet terugbetaalbare parafarmaceutische producten (staan apart vermeld op de factuur)
- afleveringsmarges implantaten (618715-618726-685812-685823-685834-685845-685856-685860)
- 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.

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.

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.

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 enkel terugvorderbaar als de persoon is aangesloten bij het ziekenfonds. 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.

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

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

d) Andere leveringen

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

e) Diverse kosten

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

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 financiële steun ontvangen niet meer terugbetaald.

a) Verblijskosten

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).

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 financiële steun ontvangt en niet aangesloten is bij het ziekenfonds, dan kan de totale prijs van het vergoedbare medicijnen teruggevorderd worden.

Als de persoon financiële steun ontvangt 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. 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 financiële steun ontvangt, dan wordt enkel het aandeel verhoogde tegemoetkoming terugbetaald van de vergoedbare (er is een nomenclatuurnummer) implantaten en prothesen. Als de persoon geen financiële steun ontvangt, 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 financiële steun ontvangt.

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 financiële steun geniet.

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 financiële steun geniet.

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 financiële steun geniet.

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 financiële steun geniet.

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 (Front Desk)

Bijlage 1: 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
KROATIE
LIECHTENSTEIN
NOORWEGEN
SERVIE
TUNESIE
TURKIJE
VOORMALIGE JOEGOSLAVISCHE REPUBLIEK MACEDONIE
ZWITSERLAND**