



Informatiedocument

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

Uitgave **juni 2024**



Een publicatie van:

POD Maatschappelijke Integratie, Armoedebestrijding, Sociale Economie en Grootstedenbeleid

Kruidtuinlaan 50 bus 165

B-1000 Brussel

+32 2 508 85 85

vraag@mi-is.be

www.mi-is.be

Volg ons op



Colofon

Hoofdredactie

Inspectiedienst

Redactie

Inspectiedienst

Lay-out

Inspectiedienst

Verantwoordelijke Uitgever

Alexandre Lesiw, Voorzitter a.i. POD Maatschappelijke Integratie

Auteursrecht

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, door middel van druk, fotokopieën, geautomatiseerde gegevensbestanden of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de POD Maatschappelijke Integratie.

Uitsluiting aansprakelijkheid

De POD Maatschappelijke Integratie sluit iedere aansprakelijkheid voor schade als gevolg van druk- en zetfouten uit.

Inhoudsopgave

Colofon	1
Inleiding	5
A. Het sociaal onderzoek	6
1. Algemene aandachtspunten	6
2. Bestaansmiddelen	9
3. Bewijsstukken.....	10
4. Uitputten van rechten / residuariteit.....	11
a) Aansluiten bij het Belgisch ziekenfonds	11
b) Een andere verzekering of een derde	16
i. Een ziekteverzekering in eigen land te bevragen via de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (HZIV)	17
ii. Een borgstelling te bevragen bij Dienst Vreemdelingenzaken (DVZ)	18
5. Bijkomende aandachtspunten betreffende bijzondere categorieën van begunstigden	20
a) <i>No Show</i>	20
b) <i>Unieburgers en hun familieleden</i>	20
c) <i>Personen afkomstig uit visumplichtige landen met toegelaten verblijf van minder dan drie maanden + deze personen die na verloop van hun visum clandestien in het land verblijven</i>	24
d) <i>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</i>	26
e) <i>Belgen niet ingeschreven in het bevolkingsregister (statuut H)</i>	27
f) Voorbeelden van situaties waarin personen een niet wettig verblijf hebben	28
B. De juridische beslissing tot ten laste name	29
1. Toekenning	29
2. Stopzetting	30
C. Mediprima	32
1. Wettelijke basis Mediprima	32
2. Aanmaken van een Medische kaart	32
3. Stopzetten van de medische kaart.....	34
4. Attest DMH.....	35
D. Subsidiëring via formulieren D	36
1. Wettelijke basis terugbetaling medische kosten	36
2. Het onderscheid tussen de verschillende soorten medische kosten.....	36
3. Administratieve aandachtspunten	37
a) Kennisgeving van de beslissing binnen 45 dagen: formulieren B1 & B2.....	37
b) Medische en farmaceutische kosten: formulier D1	38

c)	Hospitalisatiekosten en ambulante zorgen verstrekt in de verplegingsinstelling: formulier D2	39
d)	Regularisatie D formulieren	39
4.	Attest dringende medische hulp	40
5.	Algemene terugbetalingsregel	42
a)	Algemene terugbetalingsregel medische kosten, farmaceutische kosten en ambulante ziekenhuiskosten voor personen die geen inkomen hebben	42
b)	Algemene terugbetalingsregel medische kosten, farmaceutische kosten en ambulante ziekenhuiskosten voor personen die een inkomen hebben	45
c)	De terugbetaling van medische kosten die ingevolge de Zesde Staatshervorming zijn geregionaliseerd	47
6.	Formulier D1.....	50
a)	Medische kosten	50
i.	<i>Terugbetaling Ambulance vervoer</i>	52
ii.	<i>Logopedie</i>	54
iii.	<i>Kinesitherapie</i>	55
iv.	<i>Tandprothesen</i>	55
v.	<i>Brilglazen- en monturen</i>	55
vi.	<i>In-vitro-fertilisatie (IVF)</i>	56
vii.	<i>Abortus</i>	56
viii.	<i>Orthodontie</i>	56
ix.	<i>Bandagisterie</i>	57
x.	<i>Rolstoelen</i>	57
xi.	<i>Diagnosemateriaal suikerziekte/diabetes</i>	57
xii.	<i>Voorbehoedsmiddelen</i>	58
xiii.	<i>Huurgelden medische materiaal</i>	59
xiv.	<i>Prothesen</i>	59
xv.	<i>Tuberculose</i>	59
xvi.	<i>Enterale sondevoeding</i>	59
xvii.	<i>Zuurstoftherapie</i>	59
xviii.	<i>Stomamateriaal</i>	60
b)	Farmaceutische kosten.....	61
7.	Formulier D2.....	63
a)	Hospitalisaties en de verschillende rubrieken op de factuur.....	63
i.	<i>Verblijfskosten</i>	65
ii.	<i>Apotheek – farmaceutische en parafarmaceutische kosten – kosten voor implantaten, prothesen en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen</i>	66

iii. Medische en paramedische honoraria	67
iv. Andere leveringen.....	68
v. Diverse kosten	68
b) Ambulante zorgen verstrekt in een verplegingsinstelling.....	68
vi. Verblijfskosten	68
vii. 2. Apotheek – farmaceutische en parafarmaceutische kosten – kosten voor implantaten, prothesen en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen.....	68
viii. Medische en paramedische honoraria	69
ix. Andere leveringen.....	70
x. Diverse kosten	70
E. Vragen	71
Bijlage 1: Niet-visumplichtige niet-EU-landen (toegelaten verblijf van 90 dagen in een periode van 180 dagen).....	72
Bijlage 2: Lijst van landen waarvoor via de HZIV het verbindingsorgaan moet aangesproken worden indien betrokkene minder dan één jaar ononderbroken in België verblijft	74
Bijlage 3:Aanvraag om verzekeraarbaarheid in het buitenland.....	75

Inleiding

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

Dit is de meest recente versie van dit informatiedocument. Wetswijzigingen, wijzigingen door omzendbrieven en updates van informatie vanaf 01/01/2024 zijn er niet in opgenomen. Via de omzendbrieven en FAQ's op www.mi-is.be kan u op de hoogte blijven van wijzigingen in de materies. Vanzelfsprekend kan u voor vragen verder terecht bij vraag@mi-is.be (Front Office).

Dit informatiedocument behandelt zowel de terugbetaling van de medische kosten in het kader van de wet van 02/04/1965 en het MB van 30/01/1995¹ als de betaling van medische kosten via Mediprima volgens de Omzendbrief van 24/12/2013.

De onderstaande hoofdstukken betreffende “Sociaal onderzoek” en “De beslissing tot ten laste name” zijn zowel voor de terugbetaling van de medische kosten volgens de wet van 02/04/1965 als voor de betaling van de medische kosten via Mediprima van belang. In beide gevallen dient een grondig sociaal onderzoek te gebeuren vooraleer een beslissing tot ten laste name kan genomen worden. Daarna wordt de opsplitsing tussen beide stelsels gemaakt wat betreft de verdere afhandeling van de betaling, eenmaal de beslissing tot ten laste name werd genomen.

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.

A. 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.

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.² 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 (zie verder onder hoofdstuk A.4.).

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 <https://www.mis.be/nl/wetgeving/het-sociaal-onderzoek-vereist-door-de-terugbetaling-van-de-medische-kosten-het-kader-van>.

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

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

- 1) Er moet door de begunstigde een steunaanvraag ingediend worden bij het OCMW:
 - ofwel door zich persoonlijk aan te melden bij het OCMW ;
 - ofwel door het afleveren van een door de aanvrager ondertekende hulpvraag via een derde persoon/instelling (bijvoorbeeld via de sociale dienst van een verplegingsinstelling) die de door de begunstigde ondertekende steunaanvraag bezorgt aan het OCMW. Een zorgverstrekker kan nooit een steunaanvraag doen behalve als de begunstigde onbekwaam is (bijvoorbeeld in coma) om zelf een aanvraag te doen;
- 2) De steunaanvrager dient behoefte te zijn. Het OCMW moet een sociaal onderzoek doen naar de behoeftigheid van de steunaanvrager en een sociaal verslag opstellen. Dit verslag moet uitsluitsel geven of de persoon over onvoldoende middelen van bestaan beschikt.

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

² Arrest van het Arbeidshof van Gent van 14 maart 2005

Het sociaal 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.

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

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

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 behoefteigheid te beslissen door de OCMW-Raad en maken het voor de POD mogelijk vast te stellen dat alle voorwaarden zijn vervuld met betrekking tot het recht op terugbetaling van steun:

- Identificatiegegevens en verblijfsituatie/verblijfsstatuut
- Bestaansmiddelen (zie hoofdstuk A.2.) en reden van verblijf (familiebezoek, asiel, medisch, ...)
- Statuut op het moment van de medische verzorging
- Verzekerbaarheid (zie hoofdstuk A.4.)
- Borgstelling (zie hoofdstuk A.4.)
- Sociaal verslag omtrent de behoefteigheid van de aanvrager

Wat betreft het sociaal verslag dient er rekening gehouden te worden met de motivering, wat het belangrijkste onderdeel is van het sociaal onderzoek. De motivering is een situatieschets die onder meer duidelijk maakt in welke omstandigheden de aanvrager leeft, afgesloten met een voorstel tot het al dan niet ten laste nemen van de kosten + eventuele opmerkingen.

Artikel 60 §1 tweede lid van de wet van 8/07/1976 betreffende de openbare centra van maatschappelijk welzijn vermeldt dat: "...De betrokkene is ertoe gehouden elke nuttige inlichting nopens zijn toestand te geven, alsmede het centrum op de hoogte te brengen van elk nieuw gegeven dat een weerslag kan hebben op de hulp die hem wordt verleend..."

Het OCMW kan daarom onmogelijk beslissen tot behoefteigheid:

- als een persoon weigert mee te werken aan het sociaal onderzoek (betrokkene komt niet opdagen op vraag van OCMW, of levert niet de gevraagde bewijsstukken binnen een redelijke

termijn, of geeft valse informatie zoals een onbewoond adres waardoor er geen huisbezoek kan afgelegd worden). Als een persoon elke medewerking aan het sociaal onderzoek weigert of er zich aan onttrekt en dus op die manier noodzakelijke gegevens voor het sociaal onderzoek niet meedeelt, dan heeft het OCMW geen basis om te beslissen dat iemand als behoeftig kan beschouwd worden;

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

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

Als een persoon aanvankelijk niet bekwaam is om mee te werken aan het sociaal onderzoek, dan moet dit dossier opgevolgd worden tot wanneer dit wel mogelijk is. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat iemand (tijdelijk) in coma is. Het OCMW kan op basis van de beschikbare gegevens een beslissing nemen, maar het zal pas op het ogenblik van voldoende bewustzijn zijn dat er aanvullende onderzoeksdaden kunnen 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.

Voor de tussenkomst in medische kosten oordeelt het OCMW autonoom of een huisbezoek noodzakelijk en nuttig is in de individuele context. Een huisbezoek is dus niet verplicht voor een tussenkomst in de medische kosten (zie ook Omzendbrief van 14/03/2014 betreffende het sociaal onderzoek). Het afleggen van een huisbezoek kan echter veel nuttige informatie opleveren voor het sociaal onderzoek en wordt derhalve wel aanbevolen door de POD MI. Het niet kunnen afleggen van een huisbezoek kan echter nooit enkel en alleen voldoende basis zijn om een tussenkomst te weigeren, er dienen ook andere elementen toegevoegd te worden.

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 A.4.b)ii.).

Als het sociaal onderzoek echter uitwijst dat de steunaanvrager om louter medische redenen naar België kwam en hierbij de bovenstaande procedure niet volgde, dan kan er besloten worden dat de steunaanvrager de rechten niet uitputte. Dit is een element dat mee moet spelen in de beslissing van het OCMW.

In het kader van het sociaal onderzoek mag het OCMW om privacyredenen geen persoonlijke medische informatie opvragen aan zorgverleners of ziekenhuizen betreffende een begunstigde. Ook de begunstigde is niet verplicht om medische informatie mee te delen aan het OCMW.

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

2. Bestaansmiddelen

Er moet voor de betaling van medische kosten **wat betreft het al dan niet ten laste nemen van het remgeld** een onderscheid gemaakt worden tussen personen die een voldoende hoog inkomen genieten en personen die geen voldoende hoog inkomen genieten (sommige mensen zonder wettig verblijf, personen verblijvend in een Lokaal Opvanginitiatief, sommige personen met een te laag inkomen uit werk).

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

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

- Voorbeeld1: een gezin met minderjarige kinderen die genieten van het equivalent leefloon categorie gezinslast hebben een “inkomen”.
- Voorbeeld 2: een alleenstaande uit het LOI die werkt in de maand mei en € 1.500 verdient heeft, heeft een “inkomen”.
- Voorbeeld 3: een alleenstaande uit het LOI die werkt in de maand juni en € 500 verdient heeft, heeft een onvoldoende inkomen, en wordt voor dit document beschouwd als een persoon zonder voldoende inkomen.
- Voorbeeld 4: een persoon met onwettig verblijf die zwartwerk verricht in juli en €300 verdient en samenwoont met een broer die geen inkomsten heeft wordt voor dit document beschouwd als een persoon zonder voldoende inkomen.
- Voorbeeld 5: een persoon met onwettig verblijf die zwartwerk verricht in augustus en €1200 verdient en samenwoont met een grootvader die geen inkomsten heeft, heeft een “inkomen”
- Voorbeeld 6: een persoon met onwettig verblijf die geen inkomsten heeft maar samenwoont met zijn/haar partner die € 1.700 verdient heeft een “inkomen”.
- Voorbeeld 7: een persoon met onwettig verblijf (geen inkomsten), samenwonend met zijn/haar minderjarige kinderen en met zijn/haar partner (€ 800 inkomsten) heeft geen voldoende inkomen (€ 800 is kleiner dan het corresponderend bedrag categorie gezinslast).

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 (zie hoofdstuk D.5.b). 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.

Het wil niet zeggen dat als er een inkomen is, dat er dan geen behoefte kan zijn.

Het inkomen zorgt er enkel voor dat het remgeld van niet-hospitalisatiekosten niet wordt terugbetaald door de POD MI aan het OCMW. Bij de opmaak van de medische kaart Mediprima moet met dit inkomensaspect rekening gehouden worden opdat het OCMW de correcte subsidie aanvraagt bij de POD MI.

In een ruimer perspectief dan enkel het remgeld behoort het tot de autonome beslissingsmacht van het OCMW om te oordelen of iemand al dan niet als behoeftig beschouwd kan worden. Hierbij kunnen de bestaansmiddelen van andere personen dan de partner of verwanten in de eerste graad mee een rol in spelen. Indien iemand als niet behoeftig wordt beschouwd kunnen er geen kosten ten laste van de Staat gelegd worden, of kan er geen medische kaart Mediprima aangemaakt worden. Dit moet gemotiveerd worden in de beslissing. Het is echter ook mogelijk te beslissen dat iemand (gedeeltelijk) behoeftig is, ondanks het inkomen van bijvoorbeeld de partner of andere samenwonenden.

Voor bewoners van het LOI, net zoals voor alle andere asielzoekers, wordt er verwacht dat de behoeftigheid ook aangetoond wordt door een sociaal onderzoek. Dit moet bijvoorbeeld uitsluitel kunnen geven of betrokkene over een inkomen beschikt³, of bijvoorbeeld zijn/haar verblijfsstatuut verloren 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 (zie hoofdstuk D/E.4).

3. Bewijsstukken

Het OCMW dient de bewijsstukken ter staving van het sociaal onderzoek in het dossier te bewaren en voor te leggen tijdens de inspectie.

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

Aan de hand van de regelmatige consultatie van de KSZ stromen kan het OCMW bewijzen dat het op regelmatige basis de tewerkstellingssituatie opvolgt, zeker nu er geen specifieke arbeidsvergunning meer vereist is voor het verrichten van arbeid. Het is noodzakelijk de KSZ-stromen te consulteren. Een bewijs hiervan is nodig in het dossier. Dit kan ook door het vermelden van de consultatie in het sociaal verslag.

Daarnaast dient ook een bewijs van de bevraging van een ziekenfonds en/of de Hulpkas voor Ziekten en Invaliditeitsverzekering (hierna HZIV) en/of Dienst Vreemdelingezaken (hierna DVZ) (zie hoofdstuk A.4. hieronder) aanwezig te zijn in die dossiers waarbij dit vereist is. Het wordt aanbevolen in het sociaal verslag op te nemen vanaf wanneer het OCMW op de hoogte is dat iemand werd aangesloten bij het ziekenfonds, en tevens de aansluitingsdatum te vermelden. Het sociaal verslag moet ook vermelden wanneer DVZ en/of HZIV bevragd werden met welk resultaat.

³ Vanaf 2019 is de regelgeving betreffende arbeidsvergunningen veranderd, waardoor personen met een immatriculatie-attest na een wachttijd van vier maanden ook mogen werken (dit wordt op het immatriculatie-attest vermeld)

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

4. Uitputten van rechten / residuariteit

Er moet onderstreept worden dat de tussenkomst van het OCMW (en de terugbetaling door de POD MI) steeds **residuaire** is. Het onderzoek of andere instanties kunnen tussenkomen vooraleer het OCMW moet tussenkomen is cruciaal. Hieronder volgt een opsomming van welke andere instellingen en/of personen bevestigd moeten worden om te kunnen besluiten dat het OCMW residuaire optreedt.

a) Aansluiten bij het Belgisch ziekenfonds

Een persoon kan aangesloten worden bij een Belgisch ziekenfonds (dit omvat zowel de traditionele ziekenfondsen als het HZIV):

- Als gerechtigde
- Als persoon ten laste (zie verder).

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

Voor een volledig overzicht van deze omzendbrief volg het pad op www.riziv.be
[Onthaal](#) ▶ [Professionals](#) ▶ [Andere professionals](#) ▶ [Ziekenfondsen](#) ▶ Omzendbrieven
verzekeringinstellingen - Dienst voor administratieve controle

Een overzicht van Omzendbrieven van het RIZIV kan je ook verkrijgen door het volgen van deze link:
<http://ondpanon.riziv.fgov.be/ozbpublic/>

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

In toepassing van artikel 32, 15° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 kunnen de personen die ingeschreven zijn in het Rijksregister van de natuurlijke personen beschouwd worden als rechthebbenden op de geneeskundige verstrekkingen.

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

- a) de vreemdelingen die van rechtswege toegelaten of gemachtigd zijn tot een verblijf van meer dan drie maanden in het Rijk (opgenomen in het vreemdelingenregister) ;
- b) de vreemdelingen die gemachtigd zijn tot een verblijf voor onbepaalde duur (opgenomen in het vreemdelingenregister) of die gevestigd zijn in het Rijk (opgenomen in het bevolkingsregister) ;
- c) de kandidaat vluchtelingen waarvan de aanvraag vóór 1 juni 2007 ontvankelijk werd verklaard door de Dienst vreemdelingenzaken of door het Commissariaat-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen (opgenomen in het wachtregister).
- d) de personen die, in afwachting van hun inschrijving in het Rijksregister van de natuurlijke personen, aantonen dat zij de verklaring hebben verricht, bedoeld in artikel 7 van het koninklijk besluit van 16 juli 1992 met betrekking tot de bevolkingsregisters en de

vreemdelingenregisters, door middel van een getuigschrift van de gemeentelijke overheid of door middel van elk ander bewijsmiddel dat als dusdanig erkend wordt door de Leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle

In de bovenvermelde omzendbrief vindt u terug wat de personen die vermeld worden onder a), b), c) en d) nodig hebben om ingeschreven te kunnen worden.

Onder de punten a) en b) gaat het om het voorleggen van een elektronische A, B, K, L, EU en EU+, F en F+ kaart.

Eind 2021 vond er een modernisering plaats van de elektronische identiteitskaarten voor vreemdelingen. Sindsdien spreken we van:

OUD OPSCHRIFT	NIEUW OPSCHRIFT
A. Bewijs van inschrijving in het vreemdelingenregister – tijdelijk verblijf	A. Beperkt verblijf
B. Bewijs van inschrijving in het vreemdelingenregister	B. Onbeperkt verblijf
C. Identiteitskaart voor vreemdeling	K. Vestiging
D. EU-langdurig ingezetene	L. EU-langdurig ingezetene
E. Verklaring van inschrijving	EU. Inschrijving – Art8 DIR 2004/38EG
E+. Document ter staving van het duurzaam verblijf	EU+. Duurzaam verblijf – Art 19 DIR 2004/38/EG
F. Verblijfskaart van een familielid van een burger van de Unie	F. Familielid EU ART 10 RL 2004/38/EG
F+. Duurzame Verblijfskaart van een familielid van een burger van de Unie	F+. Familielid EU ART 20 RL 2004/38/EG

Een erkend vluchteling of een subsidiair beschermde kan aangesloten worden vanaf het moment dat de verblijfskaart wordt afgeleverd. Deze aansluiting gebeurt bijna altijd retroactief (begin van het kwartaal waarin de verblijfskaart werd afgeleverd).

Diplomatiek personeel dient in het kader van het uitputten van de rechten verzekerd te zijn voor de terugbetaling van de medische kosten. In sommige omstandigheden kan diplomatiek personeel ook aansluiting krijgen bij een Belgisch ziekenfonds, zie de omzendbrief voor meer informatie: https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/omzendbrief_ziekenfondsen_2021_139_dac.pdf

Iemand kan daarnaast 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 over één van de volgende documenten beschikken:

- 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).

Ook seizoenarbeiders (gelegenheidswerknemers land- en tuinbouw) kunnen vanaf één dag tewerkstelling aangesloten worden bij een ziekenfonds⁴. Bij een nieuw dossier dient het OCMW standaard na te kijken of er de periode voorafgaand aan de eerste aanvraag geen tewerkstelling is geweest waardoor betrokkene kan aangesloten worden bij het ziekenfonds. Dit geldt ook voor personen die verblijven in het LOI. Via de Kruispuntbank kan de tewerkstellingsituatie opgevraagd worden. Vanaf 2019 is de regelgeving betreffende arbeidsvergunningen veranderd, waardoor personen met een immatriculatie-attest na een wachttijd van vier maanden mogen werken (dit wordt op het immatriculatie-attest vermeld en niet langer via een aparte arbeidsvergunning geregeld). Het wordt ten eerste aanbevolen de tewerkstellingsituatie van legaal verblijvende begunstigen periodiek op te volgen door de KSZ-stromen te raadplegen en de resultaten hiervan op te nemen in het sociaal verslag.

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.

In toepassing van artikel 32, 1^e 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 <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/verzekerbaarheid/Paginas/onderwijs-niveau3-attest-uitreiken-student-ziekenfonds-schrijven.aspx>

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

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

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

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

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

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

⁴ Indien de tewerkstelling slechts één dag of enkele dagen betreft is de kans groot dat het ziekenfonds later extra sociale zekerheidsbijdragen van betrokkene aangesloten persoon zal vragen wil betrokkene aangesloten blijven. Deze mogelijkheid mag géén reden zijn voor het ziekenfonds of het OCMW om betrokken persoon niet aan te sluiten. Indien betrokkene gerechtigd is op maatschappelijke dienstverlening (niet in het LOI verblijft) dan kan dit bedrag, indien betrokkene als behoeftig wordt beschouwd, ingediend worden via het formulier DI (rubriek regularisatie ziekenfonds). Indien betrokkene wél in het LOI verblijft worden deze kosten niet terugbetaald, maar dit ontslaat het OCMW niet van de wettelijke verplichting tot aansluiting krachtens artikel 60 organieke OCMW-wet.

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

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

Het is dus de wettelijk verplichting om de personen die aan bovengenoemde voorwaarden voldoen te doen aansluiten bij een ziekenfonds, 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 ondernemen 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 ziekenfonds terwijl deze persoon wel aangesloten kan worden, dan vindt er bij inspectie terugvordering plaats van de medische kosten ten gevolge van verstrekte zorgen die dateren van drie maanden of langer na aansluitbaarheidsdatum (datum vanaf wanneer iemand aansluitbaar is). Dit is niet het geval als het OCMW schriftelijk kan bewijzen dat de aansluiting van de persoon bij het ziekenfonds om gegronde redenen meer dan drie maanden na datum aansluitbaarheid in beslag nam.

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

- als de kosten zouden verjaard⁵ zijn, moet er een bewijsstuk **aan de Front Office bezorgd worden (vraag@mi-is.be)** 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.

De mutualiteitsbijdrage gevraagd door de verzekeringsinstelling 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 persoonlijke bijdrage mag gevraagd worden door de ziekteverzekeringinstelling voor de statuten A, B, F en I àls deze nog géén 3 maanden ononderbroken of 6 maanden onderbroken financiële steun

⁵ 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.

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

Opgelet: 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.

Het kan voorvallen dat een ziekenfonds bij een **heraansluiting** een **wachttijd** aanrekenen voor personen die begunstigde zijn van het OCMW. Dit is echter niet toegestaan voor personen die leefloon of andere OCMW-steun genieten. Volgens artikel 130 van het KB van 3/07/1996 (Koninklijk besluit tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen) mag een ziekenfonds bij een her aansluiting van een OCMW-begunstigde geen wachttijd aanrekenen. In voorkomend geval moet het OCMW het ziekenfonds hierop attent maken.

“Art.130 § 2. De bepalingen van §1 zijn evenwel niet van toepassing op :

...

5. ¹ de gerechtigden voor wie erkend wordt dat zij zich in een behartigenswaardige toestand bevinden ... alsmede de personen die aantonen dat zij één van de volgende voordelen genieten:

a) het leefloon ingesteld bij de wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op maatschappelijke integratie;

b) steun die geheel of gedeeltelijk door de federale overheid wordt ten laste genomen op grond van de artikelen 4 en 5⁶ van de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn.”

Betreffende de aansluiting bij een ziekenfonds is het dus zo dat vanaf het moment dat iemand aansluitbaar wordt (door bijvoorbeeld een dag tewerkstelling of vanaf de datum van het afleveren van een verblijfskaart) er dadelijk stappen gezet moeten worden om betrokkene te doen aansluiten. Dit alles zorgt ervoor dat het OCMW best een lijst bijhoudt van wie (en vanaf wanneer) aangesloten is bij het ziekenfonds.

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

Bijdragen voor de Vlaamse sociale bescherming worden niet terugbetaald door de POD.

⁶ Artikel 4 van de wet van 02/04/1965 betreft kosten in een verplegingsinstelling en artikel 5 betreft “de bijstand”, uitgewerkt via het Ministerieel besluit van 30/01/1995 artikel 1 (maatschappelijk hulp – equivalent leefloon), artikel 2 (gewaarborgde gezinsbijslag) en artikel 3 (medische en farmaceutische kosten buiten de verplegingsinstelling).

Sinds 1 januari 2023 kunnen gedetineerden, ook niet wettig verblijvende gedetineerden, voor de duur van hun detentie worden ingeschreven bij het ziekenfonds als houder van een verzekering voor gedetineerden (art. 32, al. 1er, 24° van de wet betreffende de verplichte ziekte- en ongevallenverzekering, gecoördineerd op 14 juli 1994). In principe worden gedetineerden die niet verzekerd zijn bij hun intrede in de gevangenis automatisch ingeschreven bij de HZIV. Vanaf het moment van opsluiting is het OCMW dus niet meer bevoegd en moet de medische kaart Mediprima stopgezet worden omdat de gedetineerde verzekerd is. Het gaat hier om de medische zorg buiten de gevangenisinstelling. Binnen de gevangenis wordt de zorg altijd betaald door de FOD Justitie. Vóór 1 januari 2023 werd alle zorg betaald door de FOD Justitie.

De hervorming van 1 januari 2023 is niet van toepassing op gedetineerden met een elektronische armband of voorwaardelijk in vrijheid gestelden. Indien voldaan aan alle voorwaarden kan er voor deze personen wél een medische kaart Mediprima aangemaakt worden.

Bij de opstart van een dossier van een legale aanvrager zijn de volgende onderzoekdaden nodig wat betreft de mogelijkheid aangesloten te zijn/worden bij een Belgisch ziekenfonds:

- de KSZ-stroom verzekeraar opvragen om na te gaan of betrokkene al dan niet reeds aangesloten is;

- de KSZ-stroom TR25 opvragen en nakijken of de aanvrager reeds een geldige verblijfskaart heeft en de aanvrager op basis daarvan doen aansluiten;

- indien niet aangesloten en geen verblijfskaart de KSZ-stroom tewerkstelling opvragen en nagaan of de aanvrager in het jaar voorafgaand aan de aanvraag legaal gewerkt heeft en op basis daarvan aangesloten kan worden;

- indien niet aangesloten, geen verblijfskaart en niet gewerkt, dan moet er nagegaan worden of begunstigde niet kan aangesloten worden als persoon ten laste (zie hierboven).

Het is de bedoeling dat van deze onderzoekdaden bewijzen aanwezig zijn in het dossier, en als de onderzoekdaden beschreven werden in het sociaal verslag versterkt dit het dossier.

Indien het OCMW het bericht krijgt dat de begunstigde wordt aangesloten bij het ziekenfonds moet de medische kaart Mediprima stopgezet worden. Vaak is er een aansluiting met terugwerkende kracht. De ten laste name van de medische/farmaceutische koste (facturen) stopt vanaf de aansluitingsdatum bij het ziekenfonds (met uitzondering van een eventuele ten laste name van het remgeld voor personen zonder "inkomen"). De medische kaart Mediprima kan niet stopgezet worden met terugwerkende kracht. Zo snel mogelijk (uiterlijk 10 werkdagen) nadat het OCMW het bericht ontvangt dat begunstigde werd aangesloten wordt er verwacht dat de medische kaart wordt stopgezet. Dit kan via bijvoorbeeld een dringende beslissing van de Voorzitter (of dienst gemachtigde), later bekrachtigd op het BCSD.

b) Een andere verzekering of een derde

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

- een publieke ziekteverzekering in het land van herkomst (zie ook 2.4.b)i.)
- een reisverzekering (zie ook 5.c))
- een arbeidsongevallenverzekering (vaak pas na een lange (gerechtelijke) procedure)
- een schoolverzekering (vaak pas na een (al dan niet fictieve) tussenkomst van de ziekteverzekering)

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

- een garant (zie A.4.b)ii.)
- een onderhoudsplichtige (partner of verwante in de eerste graad)

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

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

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

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

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

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

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

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

Hieronder worden de twee belangrijkste spelers betreffende het uitputten van rechten besproken.

- i. Een ziekteverzekering in eigen land te bevragen via de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (HZIV)

Vragen aan de **HZIV** hebben betrekking op het feit of betrokkene een ziekteverzekering in eigen land heeft en moeten gesteld worden via iri.enquete@caami.be - iri.enquete@hziv.be

- ➔ Voor welke landen moet de HZIV gecontacteerd worden?
Voor de landen vermeld in BIJLAGE 2.
- ➔ Wanneer moet de HZIV gecontacteerd worden?
Indien de begunstigde (**wonende in of de nationaliteit hebbende** van één van deze landen) minder dan één jaar ononderbroken op Belgisch grondgebied verblijft.

De OCMW moeten een standaardformulier gebruiken wanneer ze via de HZIV willen weten of iemand een ziekteverzekering heeft in het buitenland (Omzendbrief van 24 januari 2012). Een aantal gegevens

moeten steeds verplicht overgemaakt worden. Zie hiervoor BIJLAGE 3. Hierbij horen gegevens ter identificatie van de persoon. Verplicht zijn:

- Naam;
- Voornaam;
- Geboortedatum;
- Land voor het welke de opzoeking moet gedaan worden. Dit kan hetzelfde zijn als de nationaliteit van de persoon, maar dit kan ook het land zijn waar betrokkene laatst verbleef (bvb een Duitser die gedurende een langere periode in Spanje verbleef, hiervoor moet de vraag voor Duitsland én Spanje gesteld worden)), laatste adres in betrokken land(en), periode.

De begunstigde moet deze gegevens aan het OCMW bezorgen opdat het OCMW het sociaal onderzoek naar behoren kan uitvoeren.

Meer info over de procedure om deze info aan te vragen bij de HZIV staat in een pdf uitgelegd op volgende pagina: https://www.caami-hziv.fgov.be/nl/verzekerbareid-het-buitenland#h2_1

Indien de begunstigde aangeeft over een verzekering te beschikken moet er vanzelfsprekend geen medische kaart worden aangemaakt en moet de zorginstelling zich wenden tot de verzekering van betrokkene (uitputten rechten). Het OCMW treedt immers niet residuair op mocht het in dergelijk geval toch een medische kaart aanmaken.

Het kan ook zijn dat het OCMW nog niet weet of begunstigde een verzekering in het thuisland heeft. Op het moment dat het OCMW de vraag aan de HZIV stelt om de verzekering in het thuisland te onderzoeken kan het een medische kaart aanmaken.

Wanneer het OCMW van de HZIV bericht krijgt dat er inderdaad een verzekering is moet de medische kaart **Mediprima zo spoedig mogelijk (en steeds binnen een termijn van 10 werkdagen) stopgezet worden. Dit kan gebeuren met een dringende beslissing van de Voorzitter (of diens gemachtigde), nadien bekrachtigd via het BCSD.** Kosten verbonden aan een medische kaart die **nadien**, ondanks het bericht van het HZIV dat er een verzekering is, toch doorlopen worden teruggevorderd bij inspectie.

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

In voorkomend geval moet het dossier de volgende zaken omvatten:

- een bewijs dat de HZIV bevestigd werd waar dit verplicht is (zie hierboven);
- het eventuele antwoord van het HZIV;
- **het wordt aanbevolen de contactname met de HZIV te vermelden in een sociaal verslag.**

ii. ii. Een borgstelling te bevragen bij Dienst Vreemdelingenzaken (DVZ)

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

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

De borgstelling voor medische zorgen is immers 2 jaar geldig. Het OCMW doet navraag bij DVZ en bewaart het eventuele antwoord in het dossier.

Als er geen garant is wil dit in principe zeggen dat betrokkene voldoende eigen middelen heeft. Als het OCMW toch kosten ten laste wil nemen dient er nauwgezet sociaal-financieel onderzoek te gebeuren naar de middelen en behoeftigheid van de betrokken persoon.

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

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

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

Indien de borgsteller (voor een borgstelling geldig voor België) zich buiten België bevindt, beperkt de tussenkomst van het OCMW zich tot het éénmalig aanschrijven van de borgsteller (bewijs in dossier), indien er adresgegevens gekend zijn. Het OCMW kan ook in dit geval altijd beslissen dat betrokkene zijn/haar rechten moet uitputten (voor de periode dat de borgstelling geldig is. Een borgstelling geldt land per land. Een borg afgesloten in bv. Nederland geldt voor Nederland, en niet voor België.

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

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

- vraag per mail stellen (vermelden van naam, voornaam, geboortedatum, nationaliteit) en bewaren in het dossier. Het eventuele antwoord bijhouden in het dossier en verplicht overgaan tot het aanspreken van de borgsteller;
- ENKEL voor de juiste categorie van personen de vraag stellen, namelijk voor personen afkomstig van een visumplichtig land die een aanvraag doen voor medische kosten en waarvan het visum minder dan twee jaar geleden is afgeleverd. Voor enerzijds personen met een lopende asielpcedure en anderzijds personen die hier reeds langer dan twee jaar verblijven moet deze vraag NOOIT gesteld worden;
- als het visum van betrokkene niet werd afgeleverd door België moet DVZ niet gecontacteerd worden aangezien er in België geen borgsteller zal zijn. Het dossier moet dan wel een kopie van het paspoort bevatten waaruit blijkt dat een ander land dan België het visum afleverde. Het sociaal verslag moet dit gegeven ook vermelden.

De te contacteren personen bij DVZ zijn de volgende:

1. Voor Kort Verblijf bijlage 3 bis Nederlandstalig en Franstalig:
Koen Callaert : koen.callaert@ibz.fgov.be – tel. nr. 02/793.86.30
2. Voor Lang Verblijf bijlage 32 Nederlandstalig:
infobijlage32@ibz.fgov.be
3. Voor Lang verblijf bijlage 32 Franstalig:
infoannexe32@ibz.fgov.be

Als de persoon bovendien afkomstig is uit Algerije, Tunesië of Turkije en nog geen jaar in België verblijft moet de HZIV gecontacteerd worden om de verzekering in het land van herkomst na te kijken via het verbindingsorgaan (zie ook A.4.b)ii.). Het bewijs van de bevraging van de HZIV en het mogelijke antwoord moet in het dossier bewaard worden. De lijst van bestaande verbindingsorganen kan u opvragen bij vraag@mi-is.be (Front Office) of downloaden van www.mi-is.be (onder het onderwerp “Medische Hulp”).

5. Bijkomende aandachtspunten betreffende bijzondere categorieën van begunstigden

a) No Show

Het gaat hier om personen die zijn toegewezen aan een federaal opvangcentrum (zie code 207 opvangcentrum) of aan een LOI en die hier niet komen opdagen maar verkiezen elders te wonen. De betaling van de medische kosten voor iemand die is toegewezen aan een asielcentrum (federaal opvangcentrum) moet geregeld worden met Fedasil (cel medische kosten, Kartuizerstraat 21, 1000 Brussel, 02/213.43.00 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) Unieburgers en hun familieleden⁷

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

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

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

⁷ Te onderscheiden van EU-onderdanen die op het Belgisch grondgebied verblijven, maar NIET in het kader van de uitoefening van hun recht op vrij verkeer (bvb asielzoeker, aanvrager regularisatie)

“Indien artikel 57quinquies van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de OCMW bepaalde personen tijdelijk uitsluit van het recht op maatschappelijke dienstverlening, dan houdt dit niet in dat deze personen ook uitgesloten zijn van het recht op dringende medische hulp⁸.”

Dit houdt verplicht in:

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

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

Zie <https://www.mi-is.be/nl/europeanen> “Schema EU GH met EU” voor een schematische voorstelling van de rechten van EU burgers.

1. De vormen van het verblijfsrecht

Op basis van het recht op vrij verkeer kan het verblijfsrecht van een Unieburger (en diens familieleden) op het Belgisch grondgebied drie vormen aannemen:

1.1. Een verblijf van minder dan drie maanden

Indien zij een verblijfsrecht van minder dan drie maanden hebben, verkeren de Unieburger en zijn familieleden in de situatie van een verblijf met een toeristisch karakter of een ander kort verblijf, hetgeen betekent dat het Belgisch socialezekerheidsstelsel niet zal tussenkomen.


Het gaat concreet om de situatie waarin er voldaan is aan de volgende twee voorwaarden:

- De betrokkene diende geen aanvraag tot een verblijfsrecht van meer dan drie maanden in (er is geen bijlage 19 of 19ter).
- De betrokkene verblijft nog geen drie maanden op het Belgisch grondgebied.
 - Het sociaal verslag vermeldt hoe lang iemand al in België verblijft. Het dossier moet bij voorkeur bewijsstukken omvatten om de duur van verblijf zoals gesteld in het sociaal verslag te staven. Bij afwezigheid van bewijsstukken wordt betrokkene beschouwd nog geen drie maanden in België te verblijven, tenzij het sociaal verslag een zeer duidelijke uitleg omvat. Met deze uitleg wordt bedoeld dat er geen twijfel kan bestaan over hoe lang iemand al in België verblijft. Het OCMW mag hierbij wel niet enkel voortgaan op de verklaringen van betrokkene indien het OCMW twijfelt over het waarheidsgehalte van deze verklaringen. De bewijsstukken kunnen van allerlei aard zijn (bewijs aanvraag bijlage 19, huurcontract, inschrijving hogeschool, bewijs inschrijving gemeente, ... (opgelet, dit is geen limitatieve lijst)).

⁸ Personen die niet uitgesloten zijn van het recht op maatschappelijke dienstverlening hebben recht op medische hulp en kunnen dus geen aanspraak maken op het recht op dringende medische hulp.

De betrokkene zal in dit geval **niet** aansluitbaar zijn bij een ziekenfonds. Er is voor de EU-toerist/ander kort verblijf geen tussenkomst van de POD MI mogelijk in de medische kosten. Zie ook <https://www.mi-is.be/nl/europeanen> (Schema EU GH met EU).

Het bovenstaande betreft het kader waarbinnen aanvragen van EU-onderdanen moeten bekeken worden. Indien u bij een concrete aanvraag op problemen of vragen stoot omtrent het bovenstaande (bijvoorbeeld als de patiënt niet aanspreekbaar is) , aarzel dan niet contact te nemen met vrage@mi-is.be.

 **Indien de betrokkene na dit verblijf van minder dan drie maanden langer op het Belgisch grondgebied verblijft en geen aanvraag indient tot het bekomen van een verblijfsrecht van meer dan drie maanden (dus geen bijlage 19 of 19ter), dan verblijft de betrokkene illegaal op het grondgebied.** De verblijfsduur wordt omschreven in het sociaal verslag, bij voorkeur aangevuld met bewijsstukken. In dit geval kan er wel een recht worden geopend op dringende medische hulp.

1.2. Een verblijf van meer dan drie maanden

Indien de Unieburger of diens familielid een aanvraag tot een verblijfsrecht van meer dan drie maanden heeft ingediend, krijgt hij of zij een bijlage 19 (de Unieburger) of 19ter (onderdanen van derde landen die familie zijn van de Unieburger).

Dit verblijfsrecht van meer dan drie maanden kan worden aangevraagd in verschillende hoedanigheden (hetgeen ook wordt vermeld op de bijlage 19/19ter). Indien het gaat om een gezinshereniging van een derdelander met een Unieburger zal het recht van het familielid meestal afhangen van het recht van de Unieburger waarmee hij of zij gezinshereniging heeft aangevraagd.

- Een Unieburger (of diens familielid) die op het Belgisch grondgebied verblijft **in de hoedanigheid van werkzoekende** heeft altijd recht op dringende medische hulp indien er aan de voorwaarden is voldaan (zie hieronder).
- Een Unieburger (of diens familielid) die op het Belgisch grondgebied verblijft **in de hoedanigheid van werknemer of zelfstandige** heeft steeds recht op maatschappelijke dienstverlening. Indien er aan de onderstaande voorwaarden is voldaan (zie verder), houdt dit ook een recht in op een terugbetaling van medische kosten. Er is geen beperking meer tot dringende medische hulp.
- Een Unieburger (of diens familielid) die op het Belgisch grondgebied verblijft **in de hoedanigheid van student of houder van voldoende bestaansmiddelen** heeft gedurende de eerste drie maanden vanaf de afgifte van de bijlage 19/19ter een recht op dringende medische hulp indien de onderstaande voorwaarden vervuld zijn. Na deze drie maanden is er recht op maatschappelijke dienstverlening. Indien er aan de onderstaande voorwaarden is voldaan (zie verder), houdt dit ook een recht in op een terugbetaling van medische kosten. Er is geen beperking meer tot dringende medische hulp.

Om zeker aansluitbaar te zijn bij een ziekenfonds, zal de aanvraag van een verblijfsrecht van meer dan drie maanden goedgekeurd moeten worden door de DVZ. Indien dit het geval is, wordt dit vertaald in een bijlage 8(ter) of 9, een E-kaart, een EU-kaart of een F-kaart.

1.3. Een duurzaam verblijfsrecht

Het duurzaam verblijfsrecht wordt toegekend aan Unieburgers en hun familieleden na een legaal en ononderbroken verblijf van vijf jaar op het Belgisch grondgebied. Het is belangrijk om te onderstrepen dat wanneer er aan een Unieburger een duurzaam verblijfsrecht is toegekend, dit niet langer verwijst naar de hoedanigheid waarop het verblijfsrecht is gebaseerd. Het duurzaam verblijfsrecht vertaalt zich in de afgifte van een bijlage 8quater, E+ kaart, EU+ kaart of F+ kaart. In dit geval is de betrokkene aansluitbaar bij het ziekenfonds.

2. Het recht op dringende medische hulp waarvoor het attest dringende medische hulp vereist is

Ingevolge het arrest van het Grondwettelijk Hof⁹ en de bepalingen van het KB Dringende Medische Hulp is het attest dringende medische hulp niet alleen meer vereist voor personen die illegaal op het grondgebied verblijven, maar ook voor volgende categorieën legaal op het grondgebied verblijvende Unieburgers:

- Degenen die in het bezit zijn van een bijlage 19/19ter in de hoedanigheid van werkzoekende, ongeacht hoe lang zij al in België verblijven.
- De houders van een E-kaart/EU-kaart/F-kaart in de hoedanigheid van werkzoekende.
- Degenen die in het bezit zijn van een bijlage 19/19ter in de hoedanigheid van student/houder voldoende bestaansmiddelen gedurende de eerste drie maanden vanaf de afgifte van de bijlage 19/19ter.

3. Procedure als een Unieburger (en zijn familieleden) om steun vraagt voor het betalen van medische kosten (inclusief remgeld)

- Er dient een ondertekende steunaanvraag te zijn van betrokkene
- **Er dient nagegaan te worden of er een annex 19 of 19ter aanwezig is, en bij afwezigheid hiervan hoe lang de EU-onderdaan al op Belgisch grondgebied verblijft en het OCMW verzamelt daartoe de nodige bewijzen**
- De verzekeraar dient te worden nagegaan:
 - (1) in België (is betrokkene aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds of kan het OCMW betrokkene doen aansluiten¹⁰, hetzij als rechthebbende, hetzij als persoon ten laste ?)
 - (2) in het buitenland, als betrokkene nog geen jaar in België zou verblijven. Hoe lang iemand al ononderbroken in België verblijft, moet blijken uit het sociaal onderzoek. Er moet met de HZIV contact worden opgenomen zodat het HZIV de verbindingsorganen van het betrokken land van waaruit de persoon afkomstig is kan contacteren. Dit verbindingsorgaan gaat na of betrokkene al dan niet aangesloten is bij een ziekenfonds of verzekering van dat land. Het schriftelijk bewijs van de vraag aan de HZIV (en het

⁹ : arrêt n° 95/2014 du 30 juin 2014 rendu par la Cour constitutionnelle. Cet arrêt a annulé partiellement l'interprétation de l'article 57quinquies de la loi du 8 juillet 1976 organique des CPAS et considère que les personnes qui entrent dans le champ d'application de cette disposition ne sont pas exclues du droit à l'aide médicale urgente.

¹⁰ Plicht volgens de organieke wet, art. 60, §5

- eventuele antwoord) moet bij het dossier gevoegd worden ten behoeve van inspectie.
- De lijst van bestaande verbindingsorganen kan u opvragen bij vraag@mi-is.be (Frontoffice) of downloaden van www.mi-is.be (onder het onderwerp “Gezondheid”);
- Er dient een sociaal onderzoek te worden gevoerd naar de staat van behoeftigheid en er dient te worden nagegaan wat de verblijfssituatie is van de Unieburger (of zijn familielid) op het moment van de aanvraag (welke van de 3 hierboven vermelde vormen (zie punt 5)b)1.2) is van toepassing). Hierbij moet mogelijks de bijlage 19/19ter geverifieerd worden (zie voor dit laatste ook punt 1.1.E van de omzendbrief van 05/08/2014).
 - Tot slot dient het OCMW een beslissing te nemen tot het al dan niet verlenen van steun.

c) Personen afkomstig uit visumplichtige¹¹ landen met toegelaten verblijf van minder dan drie maanden + deze personen die na verloop van hun visum clandestien in het land verblijven

Deze groep van begunstigen moet onderscheiden worden van personen afkomstig uit visumplichtige landen die ZONDER visum naar België zijn gekomen en derhalve vanaf dag één op Belgisch grondgebied zonder wettig verblijf zijn. Personen mét visum zijn de eerste drie maanden van verblijf (of langer als het visum verlengd wordt) legaal op het grondgebied. Het OCMW mag niet louter steunen op de woorden van de aanvrager om te besluiten dat de aanvrager zonder visum naar België is gekomen. Vanaf het moment dat er twijfel bestaat omtrent het hebben (gehad) van een visum wordt er verwacht dat het OCMW die onderzoekdaden doet die nodig zijn voor iemand afkomstig uit een visumplichtig land mét aanwezig visum.

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

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

Personen uit visumplichtige landen verblijven **legaal** in België tijdens de periode van hun visum. **Voor de periode waarin het visum geldig is kunnen er zich een aantal scenario’s voordoen, volgens volgend schema:**

	Reisverzekering aanwezig		Geen reisverzekering aanwezig of onbekend of er een reisverzekering is
	Reisverzekering komt tussen	Reisverzekering komt niet tussen	
Kosten < 30.000 €	a. Geen tussenkomst POD – geen medische kaart met dekking	c. Tussenkomst als gemotiveerde weigering - medische kaart met dekking mogelijk	d. Geen tussenkomst POD behoudens uitzonderingen - geen medische kaart met dekking
Kosten > 30.000 €	b. Tussenkomst POD kosten > €30.000* –		

¹¹ Een lijst van landen waarvan de inwoners een visum nodig hebben vindt u op www.ibz.fgov.be, rubriek grenscontrole en daar de rubrieken visum en visumplicht.

	geen medische kaart met dekking		
--	---------------------------------	--	--

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

Volgende scenario's zijn mogelijk:

- er is een beslissing van de reisverzekering. In dat geval is de bovenstaande tabel van toepassing wat betreft de punten a, b en c;
- er is geen reisverzekering aanwezig, of er is geen informatie of er al dan niet een reisverzekering is. In dat geval is de bovenstaande tabel van toepassing wat betreft het punt d.

a. Geen tussenkomst POD

Sinds 1 juni 2004 hebben de aanvragers van een visum van minder dan 3 maanden de verplichting het bewijs te leveren dat zij over een toereikende ziekteverzekering (vaak reisverzekering medische bijstand) beschikken. De Europese maatregel¹² waarop dit gebaseerd is bepaalt dat het enkel gaat om nationaliteiten van buiten de EU. Deze personen hebben een persoonlijke of collectieve reisverzekering nodig met dekking van medische repatriëring, dringende medische zorgen en/of spoedbehandelingen in een ziekenhuis. Deze verzekering moet in principe afgesloten worden in het land van herkomst en de gehele duur van het toegestane verblijf moet gedekt zijn met een minimumdekking van 30.000 € per persoon.

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

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

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

Er wordt geen medische kaart met dekking afgeleverd. De factuur zal voor €30000 ten laste genomen worden door de reisverzekering. Het gedeelte boven de €30000 kan ingediend worden via een formulier D2. Dit betreft een uitzonderingsprocedure. De POD MI moet ingelicht worden via vraag@mi-is.be (ter attentie van inspectiedienst) voor elk soortgelijk dossier waarvoor het OCMW beslist de kosten hoger dan €30.000 ten laste te nemen

c. Tussenkomst POD MI indien een gemotiveerde weigering

Indien er een reisverzekering aanwezig is, die echter weigert tussen te komen, en het OCMW wenst tussen te komen, dan moet het dossier van het OCMW een schriftelijk bewijs (een brief of mail) bevatten waarin de reisverzekeraar de weigering om tussen te komen motiveert. Indien het OCMW en/of de begunstigde oordeelt dat de motivatie ontoereikend is, wordt er gevraagd verdere informatie in te winnen bij de reisverzekeraar en indien nodig (volgens het oordeel van de begunstigde of het OCMW) de beslissing aan te vechten, in het kader van het uitputten van de rechten. In tussentijd kan de POD MI tussenkomen in de kosten. **Er mag een medische kaart Mediprima met dekking**

¹² 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).

aangemaakt/verlengd worden). Indien het OCMW of de aanvrager beslist om in beroep te gaan tegen de beslissing van de reisverzekeraar wordt er gevraagd de duurtijd van de medische kaart met dekking ten eerste te beperken. Indien het beroep van de begunstigde of het OCMW succesvol zijn en de reisverzekeraar beslist om later toch (een deel van) de kosten ten laste te nemen, gelieve dan deze som te innen en over te maken aan de POD MI via formulier F.

d. Geen tussenkomst POD MI behoudens uitzonderingen

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

De uitzondering (wat betreft de reisverzekering) hierop betreft familieleden van EU-burgers uit derde landen en diplomaten. Vanzelfsprekend dient er voor deze personen verder bekeken te worden of er eventueel een borgsteller is, en moet het sociaal-financieel onderzoek gevoerd worden. In het geval van diplomaten is er, behalve in zeer uitzonderlijke gevallen, geen tussenkomst van de POD MI. Als het OCMW toch van mening is dat het moet tussenkomen voor een aanvraag van diplomatiek personeel, dient het OCMW contact op te nemen met de POD MI via vraag@mi-is.be (Front Desk).

Voor deze gevallen zijn minstens vereist:

- Een bewijs van de verzekering dat deze niet tussenkomt;
- De bevraging van een Belgisch ziekenfonds en zo mogelijk een bewijs dat dit geweigerd werd (indien dit laatste niet bekomen wordt verplicht contact nemen met de POD MI);
- Een doorgedreven sociaal-financieel onderzoek dat de behoefteigheid moet aantonen gezien het menselijke met een betaalde job betreft.

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

De borgstelling voor medische zorgen is immers 2 jaar geldig. Het OCMW doet navraag bij **DVZ** en bewaart het eventuele antwoord in het dossier. (zie het informatiedocument onder hoofdstuk A.4.b)ii.)

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

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

De vrijstelling van de visumplicht betekent niet dat deze personen onvoorwaardelijk recht hebben op binnenkomst. De vrijstelling voor personen afkomstig uit de lijst van niet-visumplichtige landen¹³ (zie bijlage 1 van dit informatiedocument) is echter verbonden aan binnenkomstvoorwaarden. Personen die niet-visumplichtig zijn moeten bij een eventuele controle aan de grens kunnen aantonen dat ze aan de algemene **binnenkomstvoorwaarden** voldoen. Daarvoor dienen volgende bewijzen voorgelegd te worden:

- het bewijs van het reisdoel
- het bewijs van de verblijfsomstandigheden
- **een bewijs van voldoende bestaansmiddelen voor de verblijfskosten en de terugreis: een verbintenis tot tenlasteneming of eigen bestaansmiddelen**

Voor personen afkomstig uit niet-visumplichtige landen wordt bijgevolg verondersteld dat zij ofwel over voldoende eigen middelen beschikken ofwel een garant hebben, gezien deze personen anders niet aan de voorwaarden voldoen om België binnen te komen. **Deze personen hebben het statuut van toerist (statuut E) en de regeling dringende medische hulp is niet van toepassing gedurende de eerste drie maanden van verblijf. Er kan recht zijn op tussenkomst indien de betrokkene een reisverzekering heeft die niet tussenkomt (zie bovenstaand punt 5 c).**

Wanneer een persoon afkomstig uit een niet-visumplichtig land België binnenkwam zonder voldoende eigen financiële middelen dient betrokkene dus over een garant te beschikken. In het geval dat betrokkene niet over eigen middelen noch over een garant beschikt, heeft betrokkene zijn/haar rechten niet uitgeput. **Theoretisch is het ook mogelijk dat er een ziekteverzekering of reisverzekering is, zodat dit ook bevraagd moet worden bij het sociaal onderzoek.**

Voor personen komende uit deze landen die zich, **na deze drie maanden**, 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 dient het OCMW betrokkene te bevragen over het bestaan van een verzekering. Dit dient zijn weerslag te vinden in het sociaal verslag.

Als een persoon reeds langer dan een jaar in België verblijft, mag er van uitgegaan worden dat betrokkene geen verzekering (meer) heeft en is er geen bewijsstuk nodig. Het OCMW moet zich wel op concrete bewijzen kunnen baseren om te concluderen dat de persoon al langer dan een jaar in België is. 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.

e) Belgen niet ingeschreven in het bevolkingsregister (statuut H)

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

¹³ bijlage II bij verordening 2018/1806 van 14 november 2018

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

Deze medische kaart kan enkel aangemaakt worden als betrokkene:

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

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

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

- Is er geen verzekering in het buitenland?
- Heeft de aanvrager de bedoeling zich (voortaan) terug in België te vestigen (reden van verblijf in België)?
- Welke middelen van bestaan heeft de aanvrager?

f) Voorbeelden van situaties waarin personen een niet wettig verblijf hebben

Op niet wettig verblijvende personen is het KB Dringende Medische Hulp van toepassing. Mits attest dringende medische hulp van een geneesheer worden alle zorgen van preventieve en curatieve aard gedekt. Het feit dat dit attest er is wil niet zeggen dat er automatisch een recht op terugbetaling van de dringende medische hulp is. Er zijn namelijk situaties denkbaar dat een persoon die niet wettig in België verblijft bijvoorbeeld een verzekering in het land van oorsprong heeft, of een borgsteller heeft in België (zie punt A.4.). Voor andere niet wettig verblijvende personen kan dit wel relevant zijn (bijvoorbeeld een EU-onderdaan na drie maanden van verblijf of een derdelander wiens visum verlopen is en hierdoor niet meer gedekt is door een reisverzekering).

In grote lijnen (niet limitatieve lijst) kan gesteld worden dat de volgende personen als niet wettig verblijvend worden beschouwd:

- EU-onderdanen die geen aanspraak maken op verder verblijf nadat ze meer dan drie maanden in België verblijven;

- een derdelander afkomstig van een visumplichtig land die zonder visum naar België gekomen is;

- een derdelander met visum mag maximaal 90 dagen in de Schengenzone¹⁴ verblijven en is nadien niet wettig verblijvend;

- een derdelander die een Schengenvisum heeft in de hoedanigheid van familielid van een EU-burger mag maximaal 90 aaneengesloten dagen ("kort wettig verblijf") per schengenland verblijven *binnen* de geldigheidsduur van het visum. Na de 90 aangesloten dagen is betrokkene niet wettig verblijvend. Bij elke nieuwe binnenkomst in België is er recht op maximaal 90 aaneengesloten dagen verblijf zolang het visum geldig is.

- een derdelander afkomstig van een niet-visumplichtig land mag maximaal 90 dagen op 180 dagen in de Schengenzone verblijven en is daarna niet wettig verblijvend;

B. De juridische beslissing tot ten laste name

1. Toekenning

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

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

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

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

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

"Vanaf dd/mm/yy neemt het OCMW de medische en farmaceutische kosten ten laste volgens de regels van de ziekteverzekering (inclusief/exclusief remgeld (*schrappen wat niet past*)). Het OCMW levert

¹⁴ De Schengenlanden zijn de volgende: de EU-landen Portugal, Spanje, Frankrijk, Luxemburg, België, Nederland, Denemarken, Zweden, Finland, Duitsland, Oostenrijk, Italië, Malta, Griekenland, Slovenië, Kroatië, Hongarije, Polen, Slowakije, Tsjechië, Estland, Letland, Litouwen en de niet-EU-landen Liechtenstein, Noorwegen, IJsland en Zwitserland. Roemenië en Bulgarije zijn enkel Schengenland vanaf 30/11/2023 wat betreft de lucht- en zee grenzen, niet wat betreft de landgrenzen.

tevens een medische kaart af voor de kosten in een verplegingsinstelling (zoals een ziekenhuis). Ten laatste binnen een jaar kan deze beslissing herzien worden.”

In het geval van een niet wettig verblijvend persoon kan deze formulering aangevuld worden met: *Deze toekenning gebeurt in het kader van dringende medische hulpverlening*

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

In het geval het OCMW de medische kaart Mediprima wil beperken tot bepaalde verplegingsinstellingen, dan moeten deze verplegingsinstellingen specifiek vermeld worden in de juridische kennisgeving van de beslissing aan de begunstigde. Indien uit de medische kaart Mediprima doorgestuurd naar de POD MI blijkt dat deze beperkt werd tot bepaalde verplegingsinstellingen en deze verplegingsinstellingen staan niet specifiek vermeld in de juridische kennisgeving, dan is de medische kaart juridisch ongeldig. Het gevolg is dat verleende subsidies via de medische kaart van het OCMW teruggevorderd zullen worden.

Daarnaast is het zo dat een medische kaart individueel is. Voor elke begunstigde moet er dus een beslissing zijn. Bijvoorbeeld: een samenwonend gezin van vader, moeder, 3 minderjarige kinderen, 1 meerderjarig kind en een inwonende grootmoeder. Er moeten in totaal 7 beslissingen zijn want er wonen 7 personen op het adres. In de beslissing moet naam en rijksregisternummer per persoon worden vermeld. Het aantal beslissingen is niet noodzakelijk gelijk aan het aantal kennisgevingen. Er zijn in dit voorbeeld 3 kennisgevingen: 1 voor het gezin van vader, moeder en minderjarige kinderen (bij voorkeur namen en rijksregisternummer vermeld), 1 voor het meerderjarig kind en 1 voor de grootmoeder.

2. Stopzetting

Vanaf het moment dat de steunverlening eindigt en de medische kaart Mediprima ingetrokken wordt, moet het dossier voorkomen opdat er een stopzettingsbeslissing genomen wordt. De redenen om een beslissing stop te zetten zijn legio. Hieronder de twee meest voorkomende redenen en hun administratieve gevolgen:

- Verhuis¹⁵: op moment dat betrokkene niet meer in uw gemeente verblijft stopzetting steunverlening medische kosten/farmaceutische kosten (facturen) en stopzetting medische kaart Mediprima.

- Aansluiting ziekenfonds: er zijn twee data van belang indien iemand wordt aangesloten bij een ziekenfonds. Enerzijds is er een stopzetting/herziening van de medische kosten/farmaceutische kosten (facturen) vanaf datum aansluiting ziekenfonds (vaak met terugwerkende kracht). Mogelijk blijft het OCMW de remgelden ten laste nemen – in dat geval is er nog geen strikte stopzetting van de steunverlening). Anderzijds kan de medische kaart Mediprima niet stopgezet worden met terugwerkende kracht. De medische kaart Mediprima moet zo spoedig mogelijk (en steeds binnen een termijn van 10 werkdagen) stopgezet worden vanaf het moment dat het OCMW op de hoogte is van de aansluiting. Dit kan administratief snel gebeuren, ondersteund door een beslissing van de Voorzitter of diens gemachtigde, en bekrachtigd op het eerstvolgende BCSD. In het dossier moet een bewijsstuk terug te vinden zijn wanneer het OCMW op de hoogte werd gebracht van de aansluiting

¹⁵ Een verhuis betreft niet steeds een wijziging in bevoegdheid of is dus niet altijd een reden om stop te zetten.

ziekenfonds (print KSZ, mail van het ziekenfonds, mutatiebericht, ...). In het sociaal verlag wordt verwacht tevens de aansluitingsdatum terug te vinden.

C. Mediprima

1. Wettelijke basis Mediprima

De ziekenhuiskosten voor personen die niet aansluitbaar zijn bij een ziekenfonds worden geregeld via MEDIPRIMA vanaf datum verzorging 01/06/2014. Dit wordt verduidelijkt in de Omzendbrief van 24/12/2013 betreffende project MEDIPRIMA fase 1.

In 2019 werd begonnen met de uitbreiding van Mediprima met de huisartsen. Dit moet verder uitgerold worden, ook met betrekking tot de apothekers. Via andere informatiekanalen van de POD MI zal u hiervan op de hoogte gesteld worden. Vanzelfsprekend moet u vanaf dat moment de onderrichtingen volgen die dan zullen meegedeeld worden.

MediPrima is een geïnformatiseerd systeem dat het mogelijk maakt om de medische steun toegekend door de OCMW elektronisch te beheren. Dit systeem dekt de volledige cyclus van de beslissingen tot tenlasteneming van de medische kosten, van de toekenning van steun aan de persoon en de registratie ervan in een databank door het OCMW tot de geautomatiseerde terugbetaling van de zorgverstrekkers door de HZIV. De elektronische beslissingen, die geregistreerd worden in MediPrima, zijn toegankelijk voor iedereen die ze, in het kader van de medische hulp, moeten raadplegen.

Voor meer uitleg betreffende MEDIPRIMA kan u terecht op <https://www.mi-is.be/nl/tools-ocmw/mediprima>.

2. Aanmaken van een Medische kaart

Om een tenlasteneming van de medische en farmaceutische kosten door de staat te verzekeren, moet het OCMW een beslissing nemen binnen een termijn van 60 dagen vanaf de datum van aanvang van de verstrekking van verzorging. De periode begint op de datum van de opname voor de hospitalisatie of op de dag van de medische prestatie voor de andere zorgen. De kosten voor verleende hulp gedurende een periode van meer dan 60 dagen voor de beslissing worden niet ten laste genomen door de staat.

Om een tenlasteneming van de voorziene kosten door de staat (vertegenwoordigd door de POD MI) te verzekeren, moet het OCMW zijn finale beslissing (binnen een termijn van 60 dagen) tot tussenkomst meedelen aan de POD MI. Hiervoor moet het OCMW zijn beslissing via zijn sociale software invoeren in het gecentraliseerde systeem (in MediPrima). Dit uiterlijk op het moment van de mededeling van de beslissing aan de betrokkene (maximaal 8 dagen). **Via de software geeft het OCMW een beslissingsdatum mee. Op deze datum moet het OCMW een juridische beslissing hebben. Deze beslissing kan opgevraagd worden bij inspectie.**

Er zijn 2 soorten medische kaarten te onderscheiden:

- Principiële medische kaart: is een medische kaart gebaseerd op een beslissing van het OCMW waarbij deze zijn bevoegdheid erkent én te kennen geeft dat de betrokkene behoeftig is. Het betreft dus een beslissing genomen (door de Raad of via delegatie) na het voeren van een sociaal onderzoek. Een principiële beslissing bevat evenwel geen enkele dekking. Deze beslissing geeft niet weer welke zorgcategorieën het OCMW ten laste neemt en creëert voor de hulpvrager dus geen enkel recht op een financiële tegemoetkoming voor medische zorgen, noch door het OCMW, noch door de POD MI.

Wanneer de zorgverstrekker een principiële beslissing van ten laste neming raadpleegt, zal hij enkel de gegevens zien van het OCMW dat er verantwoordelijk voor is. De aanmaak van een principiële kaart kan gerechtvaardigd worden door:

*De noodzaak voor het OCMW om de termijn van 60 dagen na te leven (een principiële beslissing, zonder enige effectieve dekking, volstaat om deze termijn na te leven). Dit kan zijn nut bewijzen wanneer het sociaal onderzoek nog niet is afgerond (voorbeelden: er is nog geen nieuws van DVZ over de eventuele aanwezigheid van een borgsteller ; er is nog geen nieuws van de HZIV over de eventuele aanwezigheid van een ziekteverzekering in het buitenland ; er is nog geen Belgische ziekenfonsaansluiting maar de nodige stappen werden reeds gezet tot aansluiting (er kan verwacht worden dat deze aansluiting retroactief gebeurt naar het begin van het kwartaal waarin de aanvraag tot aansluiting gebeurt)

*De identificatie van het bevoegde OCMW dat de beslissing genomen heeft (deze informatie kan nuttig zijn voor andere OCMW's, maar ook voor de zorgverstrekkers

*Het vermijden dat meerdere OCMW's een zelfde beslissing nemen voor dezelfde persoon (de principiële beslissing "blokkeert" elke andere beslissing).

- Medische kaart met dekking: wanneer er specifieke medische hulp wordt vastgelegd en een betaalverbintenis wordt afgeleverd, dan spreekt men van een waarborg voor de ten laste neming. Een waarborg voor de ten laste neming bevat de modaliteiten tot ten laste neming , d.w.z. de dekkingen van de zorgen en de gegevens die hiermee verband houden.

We zagen onder hoofdstuk A.2. dat er een onderscheid gemaakt moet worden tussen personen met een inkomen en personen zonder inkomen, aangezien het remgeld van ambulante zorgen van personen die een inkomen genieten niet meer worden betaald. Het OCMW dient hiervoor de flag "Inkomen hoger of gelijk dan het leefloon" correct aan te duiden.

Gelieve <https://www.mi-is.be/nl/tools-ocmw/mediprima> te consulteren voor een meer uitgebreide en technische handleiding voor het aanmaken van de Medische Kaart via Mediprima.

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

Het wordt tevens aanbevolen een medische kaart met dekking en bij een afgerond sociaal onderzoek niet voor een te beperkte periode toe te kennen (enkele dagen, een week, twee weken). Het is de bedoeling een medische kaart af te leveren vanaf het moment de behoefte wordt vastgesteld. Dit wil zeggen dat er een medische kaart mag afgeleverd worden vooraleer er medische zorgen nodig zijn. Een uitzondering op het afleveren van een medische kaart voor een beperkte periode betreft het geval dat het OCMW verwacht dat iemand binnen afzienbare tijd zal aangesloten worden bij een ziekenfonds of een beroep zal kunnen doen op bijvoorbeeld een verzekering/borgsteller. Zie ook de toe te passen procedure voor het bevragen van de HZIV onder puntje A.4.b)i.).

Aangezien het OCMW steeds residuair optreedt, moet de betrokkene zijn/haar rechten uitputten door zich aan te sluiten bij een ziekenfonds en/of de verzekering of de derde te contacteren en aan te dringen dat deze tussenkomt voor de medische kosten. Vaak zal dit de nodige tijd in beslag nemen. Het is daarom mogelijk in deze gevallen kosten in te dienen via de POD MI (of een medische kaart aan te maken met beperkte duur) in afwachting van het antwoord van de verzekering en/of het onderzoek

naar mogelijke tussenkomst van een derde. Het OCMW moet steeds binnen de termijn van 30 dagen na de aanvraag een beslissing treffen.

In een aantal gevallen moet het OCMW bekijken welke soort medische kaart het aanmaakt van bij aanvang van het dossier en dit in het licht van aansluiting ziekenfonds:

- 1) Iemand werkte in het jaar voorafgaand aan de aanvraag medische kosten en verblijft nog legaal: van bij aankomst kan de stap richting ziekenfonds dadelijk gezet worden
- 2) Iemand heeft reeds een verblijfskaart voorafgaand aan de aanvraag

Er wordt in deze gevallen gevraagd rekening te houden met het volgende:

- 1) Het wordt aanbevolen enkel een principiële medische kaart aan te maken want het ziekenfonds zal normaliter retroactief aansluiten naar het begin van het kwartaal waarin de aanvraag tot aansluiting gebeurde
- 2) Indien er een medische kaart met dekking wordt afgeleverd, dan moet de mogelijke aansluiting zeer nauw opgevolgd worden en moet bij bericht van aansluiting (via mail, KSZ, mutatie, brief, ...) zo spoedig mogelijk en uiterlijk binnen de 10 werkdagen de medische kaart stopgezet worden

Bijzonder geval: Iemand is erkend als vluchteling of werd subsidiair beschermd, maar op moment van de aanvraag heeft deze nog geen A-kaart. De hier net boven beschreven werkwijze wordt aanbevolen, al kan de aflevering van de A-kaart in sommige gemeentes langer dan een kwartaal duren. Indien uw gemeente de gewoonte heeft binnen het kwartaal van de aanvraag verblijfskaarten af te leveren is enkel de aflevering van een principiële medische kaart aan te bevelen. Duurt dit langer, dan kan best een medische kaart met dekking aangemaakt worden.

3. Stopzetten van de medische kaart

Voor Mediprima geldt de volgende regeling: iemand blijft in Mediprima tot op het moment dat hij is verzekerd. Van zodra de persoon is aangesloten bij een ziekenfonds, dient de beslissing in de gegevensbank Mediprima stopgezet te worden.

Op het moment dat het OCMW verneemt dat de ziekenfonds-aansluiting in orde is (via betrokkene, het ziekenfonds zelf of een mutatie KSZ) zet het OCMW de medische kaart Mediprima stop binnen de 10 werkdagen. Dit kan administratief snel gebeuren, ondersteund door een beslissing van de Voorzitter of diens gemachtigde, en bekrachtigd op het eerstvolgende BCSD.

Ook bij de dossiers Mediprima geldt de 3-maanden regel. De POD MI betaalt in geen geval kosten terug die dateren van meer dan drie maanden na datum aansluitbaarheid (uitgezonderd eventuele remgelden), tenzij het OCMW kan bewijzen waarom de aansluiting niet tijdig in orde kwam (door bijvoorbeeld een schrijven of een mail van het ziekenfonds). In dergelijke gevallen worden de kosten vanaf wanneer betrokkene moest aangesloten worden teruggevorderd van het OCMW.

Wanneer een persoon retroactief werd aangesloten moet het OCMW niets ondernemen om eventuele kosten terug te vorderen die reeds door de Staat werden ten laste genomen voor de betreffende periode.

Bijvoorbeeld: betrokkene ontvangt een verblijfskaart A op 18/04/2021. Het ziekenfonds sluit betrokkene op 7/06/2021 aan vanaf 01/04/2021 en het OCMW ontvangt een KSZ-mutatiebericht op 10/06/2021:

Op 10/06/2021 en uiterlijk binnen de 10 werkdagen zet het OCMW de medische kaart Mediprima stop, namelijk op het moment dat het OCMW verneemt dat de ziekenfonsaansluiting in orde is. Indien het OCMW het naliet om de medische kaart vanaf 10/06/2021 en uiterlijk binnen de 10 werkdagen stop te zetten, dan zal de inspectie dit bij de controle melden opdat het OCMW dit naar de toekomst bijstuurt. Echter, bij een ongewijzigd beleid kan dit wel gevolgen hebben voor de kosten Mediprima bij een latere controle. Alle kosten Mediprima vanaf 18/07/2021 (3 maanden vanaf 18/04/2021) worden in ieder geval door de inspectie teruggevorderd wanneer blijkt dat het OCMW de aansluiting niet in orde maakte (tenzij het OCMW kan bewijzen waarom de aansluiting niet tijdig in orde kwam).

4. Attest DMH

Vanaf uiterlijk datum verzorging 1/06/2014 worden de attesten dringende medische hulp betreffende ziekenhuiskosten voor niet-verzekerbare personen bijgehouden door het ziekenhuis. De ziekenhuizen ontvingen hieromtrent een omzendbrief op 23/03/2015. Het attest dringende medische hulp heeft het OCMW dan enkel nog nodig voor de medische en farmaceutische kosten (formulier D1 – kosten van buiten de verplegingsinstelling) van onwettig in het land verblijvende personen en bepaalde EU-onderdanen (zie punt A.5.b).

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

Wat betreft de attesten dringende medische hulp voor Unieburgers vindt u meer informatie onder het punt A.5.b).

Wat betreft de inhoud van het attest vindt u meer informatie onder het punt D.4.

D. Subsidiëring via formulieren D

1. 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.

2. Het onderscheid tussen de verschillende soorten medische kosten

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

Er zijn vier soorten medische kosten te onderscheiden:

1. Met **medische kosten** (formulier D1) worden die kosten bedoeld die betaald werden voor medische verstrekkingen buiten de verplegingsinstelling (bijvoorbeeld raadpleging arts of laboratoriumonderzoeken).
2. Met **farmaceutische kosten** (formulier D1) worden de apothekerskosten bedoeld die betaald werden buiten de verplegingsinstelling.
3. 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.
4. Met **ambulante zorgen verstrekt in een verplegingsinstelling** (formulier D2) worden die kosten bedoeld die betaald werden aan de verplegingsinstelling (mét RIZIV-nummer) tijdens een verblijf of consultatie in het ziekenhuis *zonder overnachting* (een daghospitalisatie hoort hier dus onder thuis). De terugvorderbare kosten worden steeds aan 100% terugbetaald.

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

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

- **remgeld:** het verschil tussen het wettelijk honorarium en de gewone tegemoetkoming of verhoogde tegemoetkoming
- **(ereloon)supplement:** het bedrag waarmee het honorarium het wettelijk honorarium overstijgt.
- **Het wettelijk honorarium** = gewone/verhoogde tegemoetkoming + remgeld

Voorbeeld:

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

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

Wat is het RVV-statuut (verhoogde tegemoetkoming)?

Dit is een statuut waartoe iemand behoort waardoor deze persoon recht heeft op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, het voorkeurtarief van de terugbetalingen van geneeskundige verzorging.

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

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

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

3. Administratieve aandachtspunten

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

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

- Het formulier B1 betreft de administratieve kennisgeving aan de POD MI van een steunverlening voor een medische of farmaceutische kost buiten de verplegingsinstelling (bijvoorbeeld facturen van huisartsen, tandartsen, andere specialisten, apothekerskosten, ...).
- Het formulier B2 betreft de administratieve kennisgeving aan de POD MI van een steunverlening voor een medische of farmaceutische kost binnen de verplegingsinstelling (ambulante ziekenhuiskosten of hospitalisatie).

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

De ziekenhuizen hebben geen verplichting om een OCMW binnen een bepaalde termijn in te lichten over een hospitalisatie. Evenwel verliest het steunverlenend centrum de mogelijkheid om de kosten van de steun terug te vorderen indien het ziekenhuis het steunverlenend OCMW na de termijn van 45 dagen vanaf de hospitalisatie verwittigt. Teneinde de financiering veilig te stellen dient het ziekenhuis dan ook zo snel mogelijk en zeker binnen de 45 dagen vanaf de hospitalisatie het OCMW te verwittigen, zoniet wordt het het OCMW onmogelijk gemaakt de kosten terug te vorderen. Dit werd gemeld aan de ziekenhuisbeheerders door middel van de omzendbrief van 06/07/2000 van de Minister van Sociale

Zaken en Pensioenen. Om echter deze problemen te vermijden kan het OCMW steeds een formulier B2 per persoon opsturen voor een heel jaar en dit, indien nodig, jaarlijks verlengen. Als er zich dan een hospitalisatie voordoet, dan is het OCMW steeds binnen termijn van de 45 dagen. Wat hierboven beschreven werd, betreft een louter administratieve handeling. Wat betreft de formele juridische beslissing van het OCMW en de kennisgeving van deze beslissing, zie punt B.

Voor de OCMW met een verplegingsinstelling op hun grondgebied bestaat een goede praktijk erin dat er een overeenkomst tussen OCMW en verplegingsinstelling opgesteld wordt. Op die manier kunnen er afspraken vastgelegd worden wat betreft termijnen om elkaar te verwittigen van een opname betreffende personen die verblijven op het grondgebied, het voeren van het sociaal onderzoek, het indienen van een steunaanvraag, enzovoort.

b) Medische en farmaceutische kosten: formulier D1

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

Voorbeeld: persoon X gaat op raadpleging bij de huisarts op 18/11/2021 en bij een tandarts op 20/11/2021. De terugvorderbare kosten van deze twee facturen moeten samengeteld worden en ingediend worden via het formulier D1 dat als datum invoegetredeing heeft 11/2021.

Het gevolg hiervan is dat als bijvoorbeeld in januari 2022 alle formulieren D1 met als datum invoegetredeing 11/2021 aan de POD MI werden verstuurd en er komt in februari 2022 nog een factuur toe van november 2021, het desbetreffende formulier D1 van 11/2021 geregulariseerd moet worden (het nieuwe bedrag wordt opgeteld bij het oorspronkelijk doorgegeven bedrag). Wat niet mag is het indienen van deze kost van november 2021 op het formulier D1 met als datum invoegetredeing 02/2022 (de datum waarop de factuur binnenkomt of betaald wordt).

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

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

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

- Ofwel de kosten van 15/01/2020 worden op de D1 van 1/2020 ingediend, die van 03/02/2020 op de D1 van 2/2020 en de kosten van 8/03/2020 op de D1 van 3/2020
- Ofwel de kosten van het getuigschriften worden ingediend op 1/2020

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

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

Bovendien kan de situatie van de begunstigde snel veranderen wanneer hij/zij een asielprocedure heeft lopen. Illegaliteit (attest dringende medische hulp nodig), erkenning (verplichte mutualiteitsaansluiting) veranderen de regels met betrekking tot subsidiëring door de POD MI. Het op de verkeerde maand aangeven van de kosten kan vergaande gevolgen hebben daar de situatie van de betrokkene bijvoorbeeld anders kan zijn in februari dan in november.

Voorbeeld: kosten van een persoon die op het moment van de verzorging illegaal is maar worden aangegeven op een maand waarin de persoon niet illegaal is leiden tot terugvordering als er geen attest dringende medische hulp is.

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

Hospitalisatiekosten en ambulante zorgen verstrekt in de verplegingsinstelling moeten ingediend worden via de daartoe bestemde rubrieken op het formulier D2. Dit kan enkel als er een goedgekeurd formulier B2 is voor de desbetreffende periode.

De datum van 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.

d) Regularisatie D formulieren

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

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

Bijvoorbeeld: betrokkene ontvangt een verblijfskaart A op 18/04/2021. Het ziekenfonds sluit betrokkene op 7/06/2021 aan vanaf 01/04/2021 en het OCMW ontvangt een KSZ-mutatiebericht op 10/06/2021:

Alle medische/farmaceutische kosten via formulier D1 die het OCMW eventueel heeft ingediend bij de POD MI met data invoegetrede 01/04/2021 en later moeten door het OCMW geregulariseerd worden (maximaal het bedrag van het eventuele remgeld kan teruggevorderd worden).

Dit geldt ook voor de eventueel reeds ten laste genomen apothekerskosten. Het OCMW dient deze kosten aan de POD terug te betalen en kosten voor te leggen bij het ziekenfonds. Via het formulier genaamd "Bijlage 30 contante betaling van de vergoedbare farmaceutische verstrekkingen" kan het nodige gedaan worden om deze apothekerskosten van het ziekenfonds te recupereren (zie <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/afleveren/Paginas/document-contante-betaling.aspx>). Vaak zal het ook nodig blijken in een volmacht te voorzien opdat het ziekenfonds het OCMW zal terugbetalen.

Indien bepaalde kosten niet meer ingediend kunnen worden bij het ziekenfonds voor welke reden ook, dan moet dit bewijsstuk bewaard worden door het OCMW in het dossier vooraleer de POD MI deze apothekerskosten nog ten laste neemt.

4. Attest dringende medische hulp

De verplichting van een attest dringende medische hulp is enkel van toepassing op personen die illegaal (statuut C) of clandestien (statuut D) op het grondgebied verblijven, of voor bepaalde EU-burgers (zie punt A.5.b).

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

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

Vanaf 2/11/2020 is er weer geen attest dringende medische hulp vereist met het oog op de terugbetaling van de kosten door POD MI.

In de periode van 1/06/2020 tot en met 1/11/2020 was het attest DMH weliswaar terug verplicht. Bij controles zal de inspectiedienst de al dan niet aanwezigheid van deze attesten met de nodige soepelheid bekijken.

Vanaf 1 juli 2021 is het attest terug verplicht.

Dit attest moet vanaf 1 maart 2005 bewaard worden door het OCMW met het oog op inspectie.¹⁶

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

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

Het attest dringende medische hulp wordt opgemaakt door een erkende arts (geen kinesist, logopedist, vroedvrouw of apotheker bijvoorbeeld) voor één behandeling of een reeks behandelingen die zeer duidelijk voortvloeien uit eenzelfde feit. In dit laatste geval kan het attest een duurtijd hebben van maximaal één jaar. De duurtijd moet op het attest aangegeven zijn. Dit feit moet wel zeer duidelijk blijken uit het sociaal dossier (zonder daarom een beschrijving van de medische situatie gezien het medisch beroepsgeheim) of uit een aparte verklaring van een arts (dit feit moet niet beschreven worden (medisch beroepsgeheim), of uit een expliciete vermelding op het attest dat het attest werd opgemaakt voor een reeks behandelingen die voortvloeien uit eenzelfde medisch feit. 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

¹⁶ Zie omzendbrief van 01/03/2005 betreffende dringende medische hulp aan vreemdelingen die onwettig in het Rijk verblijven – attest dringende medische hulp

en kinesist, ziekenhuis en revalidatiecentrum, ... Het is vanzelfsprekend (en het veiligst) ook toegelaten om per medische verstrekking een attest dringende medische hulp te hebben.

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

Enkele voorbeelden:

- Iemand die ongeneeslijk of langdurig ziek is en verschillende malen behandeld moet worden in een ziekenhuis, op consultatie moet bij dokters en medicijnen moet afhaken heeft nood aan slechts één attest dringende medische hulp.
- 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 prenatale zorg, de bevalling en de postnatale zorg;
- Iemand die naar de dokter gaat in het begin van de week en naar de tandarts later in de week heeft nood aan twee attesten dringende medische hulp.

Voor apothekerskosten is er een attest dringende medische hulp nodig van de voorschrijvende arts. Dit attest kan dan dienen voor de consultatie en voor de apothekerskosten. **Op het attest staat vermeld dat er medicijnen voorgeschreven werden.**

Voor ambulancekosten van een persoon die onwettig in het land verblijft en waarvoor het OCMW een factuur ontvangt moet er vanaf 1/01/2015 een attest dringende medische hulp zijn. Vanaf 1/01/2019 veranderde de regelgeving betreffende het ambulancevervoer. Voor meer informatie betreffende de terugbetaling zie punt D.6.a)i.)

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.

5. 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 gemaakt te worden tussen personen die een inkomen genieten en personen die geen inkomen genieten.

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

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

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

Dus afhankelijk van een eventueel inkomen en/of een eventuele aansluiting bij het ziekenfonds kan het volgende bedrag terugbetaald worden door de POD MI:

	Inkomen > of = bedrag leefloon	inkomen < bedrag leefloon
Aansluiting ziekenfonds	Geen tussenkomst POD	Remgeld
Geen aansluiting ziekenfonds	Verhoogde tegemoetkoming (RVV)	Wettelijk honorarium

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

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

Dit betekent dat voor personen die geen inkomen hebben (vooral mensen zonder wettig verblijf en personen verblijvend in een Lokaal opvanginitiatief) de verstrekkingen die voorzien zijn van een RIZIV-nomenclatuurnummer of pseudo-nomenclatuurnummer én de vergoedbare medicijnen worden

terugbetaald tot het maximumbedrag (verhoogde tegemoetkoming + remgeld) dat voorzien is in de ziekteverzekeringswet. Dit betekent ook dat voor deze personen de terugbetalingsregeling van voor de wetswijziging van 27/12/2005 blijft gelden.

Of men nu te maken heeft met medische en farmaceutische kosten, hospitalisatiekosten of ambulante zorgen verstrekt in een verplegingsinstelling, er moet eerst nagegaan worden of de persoon is aangesloten bij het ziekenfonds of niet kan aangesloten worden (zie A.4.a)).

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

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

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

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

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

- RIZIV-nomenclatuurcodes beginnend met de cijfers 1-6 leiden tot volledige terugbetaling (behalve het eventuele ereloonsupplement en/of als er specifieke terugbetalingsvoorwaarden zijn verbonden aan een prestatie zoals bij tandprothesen bijvoorbeeld).
- RIZIV-pseudonomenclatuurcodes beginnend met het cijfer 8 of 9 leiden nooit tot terugbetaling.
- RIZIV-(pseudo)nomenclatuurcodes beginnend met het cijfer 7 leiden meestal tot volledige terugbetaling (behalve het eventuele ereloonsupplement), maar er zijn een aantal belangrijke uitzonderingen:
 - o pseudocode 750820: medicijnen categorie D gehospitaliseerd
 - o pseudocode 751015: medicijnen categorie D ambulant
 - o kamersupplementen (761611-761622-761633-761644)
 - o initiatief van beschut wonen (762576) wat betreft verblijfskosten

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

- o een initiatief van beschut wonen ten behoeve van psychiatrische patiënten

- een medisch-pedagogische instelling
- een instelling voor doofstommen, blinden of gebrekkigen die lijden aan een zware ongeneeslijke aandoening
- een kinderverblijf
- een rustoord voor bejaarden
- een serviceflatgebouw
- woningcomplexen met dienstverlening

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

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

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

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

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

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

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

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

Of men nu te maken heeft met medische en farmaceutische kosten, hospitalisatiekosten of ambulante zorgen verstrekt in een verplegingsinstelling, er moet eerst nagegaan worden of de persoon is aangesloten bij het ziekenfonds of niet kan aangesloten worden (zie A.4.a)).

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-aandeel 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. ereloon-supplementen).

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

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

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

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

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

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

c) De terugbetaling van medische kosten die ingevolge de Zesde Staatshervorming zijn geregionaliseerd

De regio's zijn met de zesde staatshervorming volledig bevoegd geworden voor revalidatieziekenhuizen en -centra, psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven beschut wonen, multidisciplinaire begeleidingsequipes en rolstoel advies teams.

Revalidatieziekenhuizen en -centra & psychiatrische verzorgingstehuizen zijn volgens de Wet van 02/04/1965 te beschouwen als “verplegingsinstellingen”.

Eerst en vooral dient het OCMW bij het ontvangen van een factuur van deze instellingen steeds na te gaan of de verplegingsinstelling aangesloten is bij Mediprima gezien de kosten ten laste van het ziekenfonds in dat geval daar voorgelegd moeten worden.

Indien de verplegingsinstelling niet aangesloten is bij Mediprima volgt de POD MI de tarieven van de gefedereerde entiteiten voor de terugbetaling van de overgehevelde medische kosten. Het toepasselijke tarief is, net zoals voordien, het tarief verbonden aan de (pseudo)nomenclatuurcode(s) vermeld op de factuur van de zorgverlener.

De tarieven van de (pseudo)nomenclatuurcodes (indien beschikbaar) kunnen geraadpleegd worden op de respectievelijke websites van de gefedereerde entiteiten :

1. **Het Waals Gewest, in het bijzonder l'AVIQ zijnde « l'Agence pour une Vie de Qualité » :**
<https://www.aviq.be/index.html>
Specifiek wat betreft de consultatie van de nomenclatuur : <https://nomenwal.aviq.be/>
2. **Brussel, in het bijzonder Iriscare :**
<https://www.iriscare.brussels/nl/professionals/info-voor-de-professionals/lijsten-en-tarieven/>
3. **La Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) :**
<http://www.federation-wallonie-bruxelles.be/>
4. **Vlaanderen, in het bijzonder het Agentschap Zorg en Gezondheid en haar domein Vlaamse Sociale Bescherming :**
<https://www.zorg-en-gezondheid.be/>
Specifiek wat betreft de nomenclatuur :
Overnamedecreet : <https://www.zorg-en-gezondheid.be/pseudonomenclatuurcodes>
de xlsx-file Lijst Vlaamse Pseudonomenclatuurcodes
Vlaamse Sociale Bescherming : <https://www.vlaamse sociale bescherming.be/hoeveel-betaal-je-voor-een-mobiliteitshulpmiddel> → Tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen per prestatiecode
5. **De Duitstalige Gemeenschap :**
<http://www.ostbelgienlive.be/>

Zie ook de omzendbrief “De terugbetaling van medische kosten die ingevolge de Zesde Staatshervorming zijn overgeheveld naar de gefedereerde entiteiten” van 02/06/2021 voor meer informatie.

<https://www.mi-is.be/nl/wetgeving/omzendbrief-van-28062021-inzake-de-terugbetaling-van-medische-kosten-die-ingevoelge-de>

d) Concrete stukken die moeten voorgelegd worden bij inspectie van facturen medische en farmaceutische kosten

Voor kosten die ingediend worden via het formulier D1 moet het volgende als verantwoording voorgelegd kunnen worden:

- Officieel papieren getuigschrift verstrekking van de zorgverlener¹⁷ Dit wordt ten zeerste aanbevolen, omdat bij retroactieve aansluiting bij een ziekenfonds het ziekenfonds dit als bewijsstuk zal opvragen. De POD MI betaalt het gedeelte ziekenfonds niet terug indien betrokkene aangesloten is
- Indien de zorgverlener geen officieel papieren getuigschrift wenst af te leveren (de zorgverlener kan dit echter steeds, ook als de zorgverlener overgeschakeld is naar een digitale werking) dan wordt een factuur aanvaard die de volgende gegevens omvat: naam arts, RIZIV-erkenningsnummer arts, naam patiënt, datum verzorging, datum opmaak factuur, handtekening arts, nomenclatuurnummer met gevraagd bedrag per nomenclatuurnummer. Ingediende kosten die niet aan deze voorwaarden voldoen zullen bij inspectie niet aanvaard worden. Bijkomende voorwaarde (maar geen reden tot terugvordering indien dit niet het geval is) is dat de betaling aan de zorgverlener via overschrijving is gebeurd. Dit is vanuit het oogpunt van mogelijke fraude vereist
- In voorkomend geval: attest dringende medische hulp voor personen zonder verblijfsrecht die gekoppeld kan worden aan het getuigschrift/factuur. Dit attest moet een apart document zijn, geen notie op een factuur of getuigschrift
- In voorkomend geval: de bewijzen (veelal aparte attesten) gevraagd per specialistische verstrekking zoals verder vernoemd onder 6)a)
- Indien het gaat om remgelden nadat de cliënt (met terugwerkende kracht) werd aangesloten bij het ziekenfonds: het terugbetalingsoverzicht van het ziekenfonds, of een kopie van de getuigschriften
- Betaalbewijs van de kosten indien gevraagd bij controle

Er mogen steeds kopieën of ingescande bewijzen voorgelegd worden, zolang deze maar goed leesbaar zijn. Indien nodig kan de inspectie steeds de originele documenten opvragen.

¹⁷ Uitzondering betreft kosten die niet door een arts/kinesist/logopedist zelf worden gefactureerd (bijvoorbeeld laboratoriumkosten, vervoerskosten, bandagisterie & prothesen,...

6. Formulier D1

a) Medische kosten

Het betreft hier de medische kosten verstrekt buiten de verplegingsinstelling.

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

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

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

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 inkomen heeft.

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

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

Wat het globaal medisch dossier betreft, blijft de POD MI de kosten van huisartsen vergoeden en verandert er niets voor de OCMW's. Alle codes betreffende het Globaal Medisch Dossier waarvoor er terugbetaling is voorzien door het RIZIV (en bijgevolg ook door de POD MI voor de kosten die het OCMW ten laste genomen heeft voor personen die in aanmerking komen voor de tussenkomst in de medische kosten) zijn terug te vinden op de website van het RIZIV. Indien een persoon een beslissing voor de tussenkomst in de medische kosten heeft, kan het OCMW bij ontvangst van het getuigschrift met geldige nomenclatuur de terugbetaling van de kosten GMD aanvragen bij de POD MI via het formulier D1. De geldende tarieven zijn terug te vinden in de Nomensoft databank op de website van het Riziv (<https://ondpanon.riziv.fgov.be/Nomen/nl/search>)

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

Via de volgende link kan je opzoeken of een arts geconventioneerd is of niet en dus ereloonsupplementen zou kunnen vragen.

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

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

De voornaamste verschillen tussen de verschillende modellen van getuigschriften:

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

Hoe herken je het nieuwe getuigschrift?

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

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

Hoe de nieuwe getuigschriften eruitzien kan u consulteren op

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

of

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

Alle getuigschriften hier weergegeven worden aanvaard.

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

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

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

Meer informatie over de nieuwe getuigschriften kan u lezen op:

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

of

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

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

i. Terugbetaling Ambulance vervoer

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

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

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

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

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

1. nierdialysepatiënten: er is een vergoeding van €0,34 vanaf 1/01/2024 die van toepassing is op alle afgelegde kilometers, dus zowel de heen- als de terugreis met een vergoeding voor maximaal voor 60 km (heen- en terug), behalve als er binnen deze afstand geen ziekenhuis zou zijn. In het geval dat er in een straal van 30 km geen ziekenhuis is waar de patiënt voor nierdialyse terecht kan, dan kunnen er meer kilometers worden aangerekend.
2. kankerpatiënten (chemo- en radiotherapie): openbare vervoerskosten tram, metro, bus en trein (2^{de} klasse) worden integraal terugbetaald, zowel voor heen- als terugreis. Als er een ander vervoermiddel gebruikt wordt, dan is er zoals voor de nierdialysepatiënten recht op een kilometervergoeding van €0,34 voor de reis tussen de woonplaats en de verplegingsinstelling. De vergoeding van €0,34 is van toepassing voor alle afgelegde kilometers, dus zowel de heen- als de terugreis.

Voor de vergoedingen van €0,34 per kilometer is de aard van het vervoermiddel van geen belang, zolang er maar een officiële factuur kan voorgelegd worden waarop de volgende gegevens staan: aantal afgelegde kilometers, adres van vertrek, adres van aankomst, datum van vervoer, naam patiënt, eventueel naam vervoersbedrijf, factuurbedrag. Zo kan er bijvoorbeeld gewerkt worden met vervoer via vrijwilligers van de mindermobielen centrale, maar ook eigen vervoer.

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

Daarnaast is er voor kankerpatiënten een door een arts ingevuld formulier nodig → <https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/formulier-reiskosten-kankerpatient.pdf>

Bij dit formulier moet de naam van verzekeringsinstelling en inschrijvingsnummer niet ingevuld worden. Wat wel kan is het in de plaats vermelden van de naam van het OCMW.

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

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

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

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

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

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

ii. 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*:

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

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

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

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

B1: Afasie

B2: Stoornissen in de receptieve en/of expressieve taalontwikkeling

B3: Dyslexie en/of dysorthografie en/of dyscalculie

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

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

B6.1: Traumatische of proliferatieve dysglossieën

B6.2: Dysartriën

B6.3: Chronische spraakstoornissen

B6.4: Stotteren

B6.5: Orthodontie

C1: Laryngectomie

C2: Dysfunctie van de larynx en/of stemplooiën

D: Gehoorstoornissen

Er is *geen terugbetaling* als de persoon:

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

iii. Kinesitherapie

Er is terugbetaling volgens de RIZIV-tarieven vanaf het moment dat er een voorschrift is van een arts. Het volstaat dat het nummer van het voorschrift of de naam van de voorschrijvende dokter is ingevuld op het getuigschrift.

iv. 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 ostemyelitis, een radionecrose, een chemotherapie of een behandeling met ionisatie-agens;
- er was een extractie van tanden vóór een openhartoperatie, een orgaantransplantatie, een behandeling met ionisatie- of immunodepressie-agens;
- er zijn aangeboren of erfelijke problemen aan tanden of kaakbeenderen.

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

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

v. Brilglazen- en monturen

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

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

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

- jonger dan 18 jaar: de brilglazen worden terugbetaald, er is geen dioptriegrens;
- tussen 18 en 65 jaar: de brilglazen worden terugbetaald vanaf de dioptriegrens 7,00 vanaf 1/08/2023 (voorheen 8,25 (+ of -));
- vanaf 65 jaar: de brilglazen worden terugbetaald vanaf de dioptriegrens 4,25 bifocaal (+ of -), 7,00 vanaf 1/08/2023 unifocaal.

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

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

Tegemoetkoming per glas

LEEFTIJD	UNIFOCAAL	BIFOCAAL	PROGRESSIEF
-18j	44€	122€	191€
18-65j	79€	153€	209€
+65j	79€	91€	214€

Hernieuwingstermijnen

- jonger dan 18: twee jaar na de vorige aflevering
- 18 of ouder: vijf jaar na de vorige aflevering
- Voor alle leeftijden: verschil van minstens 0,5 dioptrie in de sfeer, in de cilinder ofwel in het prisma in vergelijking met de vorige aflevering.

Contactlenzen worden slechts vergoed in bepaalde gevallen:

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

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

vi. In-vitro-fertilisatie (IVF)

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

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

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

vii. 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.

viii. 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.

ix. *Bandagisterie*

Voor afleveringen in het kader van bandagisterie moet er steeds een voorschrift zijn van een erkende arts. Het volstaat dat het nummer van het voorschrift of de naam van de voorschrijvende dokter is ingevuld op de factuur. Het gaat hier voornamelijk om incontinentiemateriaal, breukbanden, buikgordels, orthopedische zolen, invalidenwagentjes en mucoviscidosemateriaal. De factuur moet een geldig nomenclatuurnummer omvatten. De factuur moet bij voorkeur naast het totaalbedrag óók het bedrag omvatten wat het ziekenfonds zou terugbetalen voor iemand met RVV-statuuat.

Vanaf 1/8/2023 zijn er namelijk de nodige veranderingen in de RIZIV-reglementering:

<https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/bandagisten/Paginas/lijsten-producten-artikel-27-nomenclatuur-geneeskundige-verstrekkingen.aspx>

De lijsten van de terugbetaalde aangenomen producten bandagisterie (inclusief stoma- en incontinentiemateriaal), hoortoestellen en orthopedie kan u raadplegen via de [zoekmodule CT MEDDEV](#).

Een lijst van vergoedbare producten inzake stoma- en incontinentiemateriaal tot en met 31/07/2023 is terug te vinden op <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/medische-hulpmiddelenmedisch-materiaal/bandagisterie/handschoenenarmkousen>

x. *Rolstoelen*

Facturen betreffende rolstoelen betreffen “medische kosten” en moeten ingediend worden via formulier D1.

De tarieven van de (pseudo)nomenclatuurcodes (indien beschikbaar) kunnen geraadpleegd worden op de respectievelijke websites van de gefedereerde entiteiten. Zie hiervoor puntje D.5.c)) betreffende de geregionaliseerde bevoegdheden.

Vlaamse Sociale Bescherming : <https://www.vlaamsesocialebescherming.be/hoeveel-betaal-je-voor-een-mobiliteitshulpmiddel> → Tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen per prestatiecode

Voor Wallonië: <https://www.avig.be/transfert-INAMI.html>

xi. *Diagnosemateriaal suikerziekte/diabetes*

Als patiënt met een zorgtraject diabetes type 2 die een behandeling met insuline of een incretinemimeticum volgt, wordt volgend zelfzorgmateriaal terugbetaald, op voorschrift van de (huis)arts:

- 1 bloedglucosemeter, elke 3 jaar
- 3 x 50 strips (glycemiecontrolestrookjes) en 100 lancetten, elke 6 maanden

De (huis)arts moet op het voorschrift “zorgtraject diabetes” of “ZTD” vermelden. Dit materiaal kan verkregen worden via de apotheek en andere erkende kanalen, zoals de thuiszorgwinkel van het ziekenfonds of de patiëntenvereniging. Specifiek voor de bloedglucosemeter vult de

diabeteseducator de [aanvraag in voor aflevering van een bloedglucosemeter in het raam van een zorgtraject diabetes \(B31\)](#) (op 01.01.2023) bestemd voor de apotheek of verstrekker.

Meer info: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/kwaliteitszorg/zorgtrajecten/zorgtrajecten-diabetes-type-2-en-chronische-nierinsufficiëntie-welk-medisch-materiaal-betalen-we-terug>

Wat wordt er nog terugbetaald bij iemand die dit zorgtraject volgt:

- De volledige terugbetaling, en dat tijdens de hele duur van het zorgtraject, van de officiële tarieven voor raadplegingen bij:
 1. zijn huisarts (of andere huisartsen van zijn huisartsengroepering): Dit geldt enkel voor raadplegingen, bij huisbezoeken moeten patiënten wel nog het remgeld betalen.
 2. de specialist van zijn ziekte (of andere specialist van zijn team):
 - Voor het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie is dat een nefroloog of een internist die in een erkend dialysecentrum werkt.
 - Voor het zorgtraject diabetes is dat een endocrino-diabetoloog of een internist die in een gespecialiseerd centrum werkt.
 3. indien nodig ook bij een diabeteseducator
- De gedeeltelijke terugbetaling van raadplegingen bij een diëtist en podoloog op voorschrift van een arts (de patiënt betaalt enkel het remgeld)
- Insuline.

Wie heeft er recht op dit zorgtraject?

Betrokkene moet een insulinebehandeling met 1 of 2 insuline-injecties per dag volgen OF onvoldoende resultaten hebben bij een behandeling met tabletten, waardoor een insulinebehandeling te overwegen valt (patiënten die een behandeling met incretinemimetica starten of volgen beantwoorden hieraan). De patiënt mag niet zwanger zijn of lijden aan diabetes type 1. Betrokkene moet ook een zorgtrajectcontract ondertekenen naar aanleiding van een raadpleging bij zijn (huis)arts en zijn specialist. Voor het dossier bij het OCMW is het vereist dat er een bewijs is dat betrokkene recht heeft op het zorgtraject. Dit kan een verklaring van een arts zijn of een kopie van het zorgtrajectcontract.

Meer info: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/kwaliteitszorg/zorgtrajecten/de-voorwaarden-om-een-zorgtraject-diabetes-type-2-te-volgen>

xii. Voorbehoedsmiddelen

Vrouwen aangesloten bij het ziekenfonds met het RVV-statuur of niet verzekerde vrouwen genieten, ongeacht hun leeftijd, van een bijkomende tegemoetkoming in de prijs van bepaalde voorbehoedsmiddelen vanaf 1 april 2020.

U kan deze middelen terugvinden op de lijst bij het koninklijk besluit van 16 september 2013.

De POD MI betoelaagt het bedrag vermeld in de kolom “specifieke tegemoetkoming”.

Extra informatie kan u terugvinden op <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/Paginas/voorbehoedsmiddelen-jonge-vrouwen.aspx>

xiii. *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.

xiv. *Prothesen*

Voor een prothese (ook gehoorprothesen en apparaten) kan er enkel terugbetaling zijn als de factuur een officieel RIZIV-nomenclatuurnummer bevat. Supplementen worden nooit terugbetaald. Bij gehoorprothesen wordt vanaf 1/01/2023 tevens een voorschrift van een neus-, keel- & oorarts verwacht.

De hernieuwingstermijn bedraagt ten minste 3 jaar jonger dan 18 jaar en vanaf 18 jaar bedraagt de hernieuwingstermijn 5 jaar. Deze termijnen vervallen in 2 situaties (geattesteerd door neus-, keel- & oorarts):

- wanneer er een vermindering van 20 decibel optreedt binnen deze termijn.
- wanneer een overschakeling noodzakelijk is van een toestel met luchtgeleiding naar een toestel met beenbegeleiding.

xv. *Tuberculose*

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

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

xvi. *Enterale sondevoeding*

Er wordt een forfaitair bedrag per dag terugbetaald:

- Voor de toediening van de enterale voeding: 4,20 euro/dag (polymeer product) of 15,38 euro/dag (semi-elementair product)
- Voor het gebruik van het materiaal: 0,73 euro/dag (indien er geen pomp wordt gebruikt) of 1,18 euro/dag (indien er een pomp wordt gebruikt)
- Voor het gebruik van de pomp: 0,42 euro/dag.

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

xvii. *Zuurstoftherapie*

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

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

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

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

xviii. Stomamateriaal

Er wordt gewerkt met een portefeuille/budget.

De portefeuille is het budget waarmee betrokkene specifiek materiaal kan verkrijgen. De bandagist bestelt dit materiaal.

De arts bepaalt op welk budget betrokkene recht heeft. Dat budget is gekoppeld aan nomenclatuurnummers.

Het OCMW moet, om terugbetaling te kunnen krijgen vanaf 01/04/2021 het volgende kunnen aantonen:

- specifiek medisch voorschrift voor stomamateriaal van de arts, indien mogelijk bijgevoegd het budget dat de arts toewijst (nomenclatuurnummer, zie hierboven))
- stomamateriaal afgeleverd door erkende bandagist (of apotheker-bandagist).
- Het materiaal staat op lijst van vergoedbare producten

Meer info op https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/individuele-verzorging/Paginas/terugbetaling_stomamateriaal.aspx

Zie ook punt ix Bandagisterie

Xix Palliatief forfait

Het palliatief forfait is een bijkomende tegemoetkoming voor geneesmiddelen, verzorgingsmateriaal en hulpmiddelen die palliatieve thuispatiënten zelf (gedeeltelijk) moeten bekostigen. Om recht te hebben op het palliatief forfait moet een patiënt voldoen aan een aantal voorwaarden. Het palliatief forfait wordt terugbetaald:

- indien er een factuur is waarop de pseudocode(s) van het forfait vermeld worden

- indien er in het dossier een behoorlijk ingevuld formulier 'Medische kennisgeving' is (ingevuld door (huis)arts)

Meer info : <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/palliatief/Paginas/palliatieve-zorg.aspx>

xx Griepvaccins

Voor het griepseizoen 2023-2024 worden volgende vaccins terugbetaald: Alpharix-Tetra[®], Vaxigrip Tetra[®] en Inluvac Tetra[®]. Voorwaarde is dat een (huis)arts attesteert dat betrokkene tot de risicogroep behoort. Het remgeld is dan €2,45.

Meer info: <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/Paginas/terugbetaling-vaccin-seizoensgriep.aspx>

Xxi Psychotherapie

Voor sessies psychotherapie (psychiaters-psychologen) kan er enkel terugbetaling zijn als het getuigschrift / de factuur een officieel RIZIV-nomenclatuurnummer bevat. Supplementen worden nooit terugbetaald.

Terugbetaling eerstelijns en gespecialiseerde psychologische zorg in een netwerk voor geestelijke gezondheidszorg:

Om de vergoede psychologische sessies te volgen, moet de cliënt naar een klinisch psycholoog of orthopedagoog gaan in een netwerk voor geestelijke gezondheidszorg dat de nieuwe conventie (2021) met het RIZIV heeft ondertekend. Er zijn 11 netwerken voor jongeren, 20 voor volwassenen en 1 gemengd netwerk. Welke deze netwerken zijn kan u terugvinden via <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geestelijke-gezondheidszorg/Paginas/eerstelijns-gespecialiseerde-psychologische-zorg-netwerk-geestelijke-gezondheidszorg.aspx>

De vergoedbare pseudonomenclatuurnummers beginnen met 7. Zie ook <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/individuele-verzorging/honoraire/Paginas/klinisch-psycholoog.aspx>

b) 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). Vanaf 1 januari 2022 wordt deze vergoeding geregeld via Hoofdstuk IV van de farmaceutische specialiteiten en zal de tegemoetkoming 75% bedragen. Meer info: <https://www.riziv.fgov.be/nl/nieuws/Paginas/chronische-pijn-beter-eenvoudiger-vergoeding-20220101.aspx#Wat-zijn-de-gevolgen-voor-u-als-pati%C3%ABnt>

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

Voor patiënten met chronische wonden is er een tegemoetkoming in de prijs van actieve verbandmiddelen. Er moet een attest van de voorschrijvende arts zijn die aangeeft dat het om één van de ziektebeelden gaat (zie <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/Paginas/terugbetaling-actieve-verbandmiddelen-chronische-wonden.aspx>) Het verband moet op deze lijst staan: Lijst van de terugbetaalbare actieve verbandmiddelen op 1 november 2019 (KB 23 maart 2019) . Indien dit alles het geval is wordt er 20% terugbetaald van de prijs vermeld in kolom G. Het verschil tussen de prijs en

de 20% terugbetaling is te beschouwen als remgeld en wordt terugbetaald als betrokkene een inkomen heeft lager dan het leefloon.

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

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

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

U gaat als volgt te werk:

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

U kan de opzoekingen doen op bijvoorbeeld specialiteitsnaam. Het volstaat de eerste letter van het medicijnen aan te klikken om rechts een overzicht te krijgen van alle vergoedbare medicijnen. Als het medicijn niet in de lijst staat, wordt het niet terugbetaald. Als het medicijnen er daarentegen wel tussenstaat dan is er terugbetaling. Klikt u op het desbetreffende medicijn, dan krijgt u het medicijn in zijn verschillende vormen (verschillende hoeveelheden, pillen of zakjes, ...). Als u dan doorklikt op het nummer van het medicijn, dan krijgt u de officiële prijs en het aandeel van het remgeld bij de gewone en verhoogde tegemoetkoming. Om te weten welk bedrag er wordt terugbetaald voor bijvoorbeeld iemand die geen ziekenfonsaansluiting 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 ziekenfonsaansluiting heeft en geen inkomen (LOI/mensen zonder wettig verblijf). Het is met andere woorden het maximumbedrag dat een medicijn mag kosten.

Voorbeeld:

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

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

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

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

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

Vanaf 1 april 2010 is er een nieuw honoreringssysteem voor de apothekers. Het nieuwe honoreringssysteem is van toepassing voor geneesmiddelen opgenomen op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten en derhalve terugbetaalbaar. Ook honoraria voor specifieke farmaceutische zorgen die op de apothekersfactuur verschijnen zijn terugvorderbaar. Meer informatie hierover vindt u terug op www.riziv.be

Als een persoon een inkomen heeft en aansluitbaar is bij een ziekenfonds, is er geen terugbetaling. Als een persoon een inkomen heeft en niet aansluitbaar is bij een ziekenfonds, dan wordt het aandeel verhoogde tegemoetkoming terugbetaald. Om dit bedrag te kennen dient het remgeld verhoogde tegemoetkoming afgetrokken te worden van de prijs van het medicijn. Als een persoon geen inkomen heeft en aangesloten is bij het ziekenfonds (voornamelijk LOI), dan wordt het remgeld gewone tegemoetkoming terugbetaald. Als een persoon geen inkomen heeft en niet aangesloten is bij het ziekenfonds, dan wordt de volledige prijs van het vergoedbare medicijn terugbetaald.

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

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

7. Formulier D2

a) Hospitalisaties en de verschillende rubrieken op de factuur

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

Er bestaan twee soorten hospitalisatiefacturen:

- 1) **“Uittreksel verpleegnota bestemd voor de rechthebbende”**, dus de factuur bestemd voor de patiënt;
- 2) **“Individuele factuur”**: dit is de factuur die bestemd is voor het ziekenfonds.

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

- op de “Individuele factuur” staan de medicijnen categorie D duidelijk onderscheiden van de andere medicijnen;
- in het “Uittreksel verpleegnota bestemd voor de rechthebbende” staat bij het honoraria van de geneesheren duidelijk de code vermeld of de artsen geconventioneerd (“C”), gedeeltelijk geconventioneerd (“PC”) of niet geconventioneerd (“NC”) zijn.

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

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

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

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

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

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

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

- het verschil tussen de verpleegdagprijs van een één- of tweepersoonskamer en een gemeenschappelijke kamer. Enkel de prijs van de verpleegdag in een gemeenschappelijke kamer wordt terugbetaald
- kamersupplementen (bij een twee- of éénpersoonskamer)
- medicijnen categorie D (staan apart vermeld op de factuur)
- niet terugbetaalbare parafarmaceutische producten (staan apart vermeld op de factuur)
- ereloonsupplementen van niet-geconventioneerde artsen
- ereloonsupplementen die voortvloeien uit het verblijf in een éénpersoonskamer
- honoraria voor verstrekkingen die niet terugbetaald worden (deze staan apart vermeld op de factuur zoals bijvoorbeeld esthetische ingrepen, er is hiervoor dus ook geen RIZIV-nomenclatuurnummer)
- de diverse kosten (telefoon, ...)

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

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

Op de uniforme ziekenhuisfactuur zijn er vijf grote rubrieken:

i. Verblijskosten

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

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

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

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

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

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

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

- een initiatief van beschut wonen ten behoeve van psychiatrische patiënten
- een medisch-pedagogische instelling
- een instelling voor doofstommen, blinden of gebrekkigen die lijden aan een zware ongeneeslijke aandoening

- een kinderverblijf
- een rustoord voor bejaarden
- een serviceflatgebouw
- woningcomplexen met dienstverlening

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

ii. Apotheek – farmaceutische en parafarmaceutische kosten – kosten voor implantaten, prothesen en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen

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

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

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

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

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

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

iii. Medische en paramedische honoraria

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

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

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

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

Ereloonsupplementen mogelijk bij een ziekenhuisverblijf		
Type kamer	Verbonden arts ("C")	Niet-verbonden arts ("NC")
Gemeenschappelijke kamer ("M")	Neen	Ja

Tweepersoonskamer (“M”)	Neen	Ja
Eénpersoonskamer (“P”)	Ja	Ja

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

iv. 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.

v. 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.

b) Ambulante zorgen verstrekt in een verplegingsinstelling

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

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

vi. Verblijfskosten

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

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

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

vii. 2. Apotheek – farmaceutische en parafarmaceutische kosten – kosten voor implantaten, prothesen en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

viii. Medische en paramedische honoraria

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

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

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

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

ix. Andere leveringen

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

x. 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.

E. Vragen

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

Bijlage 1: Niet-visumplichtige niet-EU-landen (toegelaten verblijf van 90 dagen in een periode van 180 dagen)

ALBANIË (enkel indien biometrisch paspoort)
ANDORRA
ANTIGUA en BARBUDA
ARGENTINIË
AUSTRALIË
BAHAMAS
BARBADOS
BOSNIË-HERZEGOVINA
BRAZILIË
BRUNEI DARUSSALAM
CANADA
CHILI
COLOMBIA
COSTA RICA
DOMINICA
EL SALVADOR
GEORGIE (enkel indien biometrisch paspoort)
GRENADA
GUATEMALA
HONDURAS
HONG KONG
ISRAËL
JAPAN
KIRIBATI
KOSOVO (enkel indien biometrisch paspoort)
MACAO
MALEISIË
MARSHALLEILANDEN
MAURITIUS
MEXICO
MICRONESIË
MOLDAVIË (enkel indien biometrisch paspoort)
MONACO
MONTENEGRO (enkel indien biometrisch paspoort)
NAURU
NICARAGUA
NIEUW-ZEELAND
NOORD-MACEDONIE (enkel indien biometrisch paspoort)
OEKRAINE (enkel indien biometrisch paspoort) **Opmerking: indien statuut “tijdelijke duur ontheemde” aansluitbaar bij Belgisch ziekenfonds**
OOST-TIMOR
PALAU

PANAMA
PARAGUAY
PERU
SAINT-KITTS en NEVIS
SAINT-LUCIA
SAINT-VINCENT EN DE GRENADINES
SOLOMONEILANDEN
SAMOA
SAN MARINO
SERVIË
SEYCHELLEN
SINGAPORE
TAIWAN
TONGA
TRINIDAD EN TOBAGO
TUVALU
URUGUAY
VANUATU
VATICAAANSTAD
VENEZUELA
VERENIGDE ARABISCHE EMIRATEN
VERENIGDE STATEN
VERENIGD KONINKRIJK
ZUID-KOREA

*Indien betrokkene geen biometrisch paspoort kan voorleggen moet betrokkene aanzien worden als iemand die aan de visumplicht moet voldoen. Kopie van biometrisch paspoort moet bewaard worden in het dossier

**IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zwitserland behoren tot het Schengen gebied en er is geen visumplicht voor deze landen

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

Meer info zie <https://www.caami-hziv.fgov.be/nl/verzekerbareid-het-buitenland>

Albanië	IJsland	Oostenrijk
Algerije	Italië	Polen
Bosnië-Herzegovina	Kroatië	Portugal
Bulgarije	Letland	Roemenië
Cyprus	Liechtenstein	Servië
Denemarken	Litouwen	Slovakije
Duitsland	Luxemburg	Slovenië
Estland	Malta	Spanje
Finland	Marokko	Tsjechië
Frankrijk	Montenegro	Tunesië
Griekenland	Nederland	Turkije
Hongarije	Noord-Macedonië	Verenigd Koninkrijk
Ierland	Noorwegen	Zweden
		Zwitserland



Bijlage 3: Aanvraag om verzekerbareid in het buitenland

1. Identificatie van de aanvragende instelling:
1.1. Benoeming*:
1.2. Contactpersoon*:
1.3. E-mail adres van de contactpersoon*:
1.4. Telefoonnummer:
2. Identificatie van de betrokken personen:
2.1. Naam*:
2.2. Voornaam(en)*:
2.3. Geboortedatum*:
2.4. Land waarin de opzoeking moet gedaan worden*:
2.5. Laatste adres in het betrokken land*:
2.6. Naam van de kas waarbij betrokkene aangesloten was:
2.7. Identificatienummer bij die kas:
2.8. Is een kopie van de identiteitskaart of het paspoort bij de aanvraag toegevoegd? ja/nee
2.9. Periode van zorgverstrekkingen*:
2.10. Andere inlichtingen:
3. Kader voorbehouden aan het HZIV:
3.1. Dossiernummer:
3.2. Datum van ontvangst van de aanvraag:
3.3. Datum van verzending naar het buitenland:

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