



Bureau beheer en afwikkeling van
individuele rechten

VERGOEDING VAN MEDISCHE KOSTEN

PRAKTISCHE GIDS

Deze praktische gids is bestemd voor de leden van het gemeenschappelijk stelsel van ziektekostenverzekering voor de instellingen van de Europese Unie (het GSZV) en biedt een duidelijk overzicht van de regels inzake de vergoeding van medische kosten (de algemene uitvoeringsbepalingen), die sinds 1 juli 2007 in werking zijn.

Bij een eventuele strijdigheid geldt het regelgevingskader van het GSZV.

Inhoudsopgave

In kort bestek...	3
1. Medische consulten en visites	7
2. Ziekenhuisopnamen en operaties	9
3. Behandelingen vanwege hulpbehoefvendheid	11
4. Farmaceutische producten	13
5. Tandverzorging en -behandeling	15
6. Medische onderzoeken en analyses	16
7. Zwangerschap, bevalling en onvruchtbaarheid	17
8. Diverse therapeutische behandelingen	19
9. Medisch hulppersoneel	23
10. Herstelkuren en kuren na een operatie	24
11. Thermale kuren	25
12. Brillen	27
13. Contactlenzen	28
14. Hoorapparaten	29
15. Orthopedische apparaten en andere medische hulpmiddelen	30
16. Vervoerskosten van een rechthebbende van het GSZV	31
17. Begrafeniskosten	32
18. Vakantie	32
Voor meer informatie...	33

IN KORT BESTEK...

Wie zijn de rechthebbenden van het GSZV?

- - De **aangeslotenen**:
 - ambtenaren
 - tijdelijke functionarissen
 - arbeidscontractanten
 - gepensioneerden of personen die recht hebben op een vergoeding bij beëindiging van de dienst
 - leden van sommige instellingen
- De **personen die uit hoofde van een aangeslotene zijn verzekerd**:
 - kinderen ten laste
 - echtgenoten
 - erkende partners

Voor deze laatste twee categorieën gelden bepaalde beperkingen (zie hoofdstuk 2, titel I, van de algemene uitvoeringsbepalingen)

→ zie rubriek *Voor meer informatie...*

Hoogte van de vergoeding

Wanneer u kosten declareert, wordt voor iedere post het overeenkomstige percentage van de vergoeding als volgt vastgesteld:

80%: basisvergoeding – kosten die tegen dit percentage worden vergoed, zijn onder andere:

- tandverzorging en –behandeling
- diverse therapeutische behandelingen
- medisch hulppersoneel en ziekenoppas
- thermale kuren
- vervoerskosten

85 %: basisvergoeding – kosten die tegen dit percentage worden vergoed, zijn onder andere:

- medische consulten en visites
- operaties
- ziekenhuisopnamen
- farmaceutische producten
- medische onderzoeken
- laboratoriumtests
- brillen en contactlenzen
- orthopedische apparaten en andere medische hulpmiddelen

100%: vergoeding van de kosten van erkende ernstige ziekten.

Erkende ernstige medische ziekten betreffen aandoeningen waarop, in variabele mate, de volgende vier criteria van toepassing zijn:

- ongunstige prognose ten aanzien van de levenskansen
- chronisch verloop van de ziekte
- behoefte aan ingrijpende diagnostische en/of therapeutische maatregelen
- bestaan of risico van een ernstige handicap

Krachtens het Statuut worden ziekten als tuberculose, kinderverlamming, kanker en geestesziekte als ernstige ziekten aangemerkt.

De vergoeding van 100% wordt toegekend voor de geraamde duur van de behandeling van de ernstige ziekte, met een maximum van 5 jaar. De begindatum is in het algemeen de datum van de diagnose van de erkende ernstige ziekte.

Aan het einde van deze periode kan een verzoek om verlenging worden ingediend, dat vergezeld moet gaan van een medisch rapport. Dit rapport moet informatie bevatten over:

- het verloop van de ziekte
- de nog noodzakelijke behandeling en/of het nog noodzakelijke toezicht

Als de ziekte in dit stadium niet meer aan de vier criteria voldoet, wordt de vergoeding van 100% niet meer toegekend.

Indien de situatie wijzigt, kan het besluit na indiening van een nieuwe aanvraag worden herzien.

Opgelet!

Voor sommige verstrekkingen kan een maximumvergoeding gelden, ook in het geval van erkende ernstige ziekten.

Plafond voor de vergoeding

Dit is het maximumbedrag dat voor een bepaalde verstrekking wordt terugbetaald. Dit houdt in dat de vergoeding in bepaalde gevallen niet 80% of 85% of 100% is omdat de toepassing van het plafond de vergoeding beperkt. Het plafond voor een bezoek aan een huisarts is bijvoorbeeld 35 €. De vergoeding bedraagt dus 85% van 35 €.

Egalisatiecoëfficiënten

In deze praktische gids zijn de bedragen vermeld die in België van toepassing zijn. Voor verstrekkingen in een andere lidstaat wordt een egalisatiecoëfficiënt toegepast om te garanderen dat dezelfde verstrekking in alle lidstaten tegen een vergelijkbaar tarief wordt vergoed.

Buitensporige kosten (art. 20, lid 3)

De regel van de buitensporig hoge kosten is van toepassing wanneer er geen plafond voor de vergoeding is vastgesteld (of ook in het geval van erkende ernstige ziekte). Wanneer de kosten hoger zijn dan de normale prijzen in het land waar de verstrekking plaatsvindt, kan de vergoeding beperkt worden tot de normale prijzen.

Het gedeelte van de kosten dat buitensporig wordt geacht, wordt voor ieder geval afzonderlijk door het afwikkelingsbureau vastgesteld, na advies van de raadgevend arts.

Noodzakelijke gegevens op het medisch voorschrift

Op ieder voorschrift moeten de volgende gegevens worden vermeld:

- de naam en de officiële gegevens van de voorschrijvend arts
- de volledige naam van de patiënt
- het soort medische verrichting (aard van de behandeling en aantal sessies)
- de voorgeschreven geneesmiddelen of werkzame stoffen
- de datum
- de handtekening van de voorschrijvend arts

Opgelet: Het voorschrift mag op de datum van de eerste behandeling of van de aankoop van de geneesmiddelen hoogstens 6 maanden oud zijn.

Bewijsstukken

Een verstrekking kan alleen worden terugbetaald als zij wordt voorgeschreven en verstrekt door een zorgverlener die wettelijk bevoegd is voor de uitoefening van het medisch of paramedisch beroep of in een door de bevoegde autoriteiten erkende instelling.

De kwitanties en facturen moeten voldoen aan de wettelijke voorschriften van het land waarin zij worden afgegeven en de volgende informatie bevatten:

- de volledige naam van de patiënt
- de aard van de medische behandeling(en)
- de datum en ontvangen honoraria voor elke medische behandeling
- de naam en officiële gegevens van de zorgverlener

Voor België is een getuigschrift voor verstrekte hulp met vermelding van het betaalde bedrag of een fiscaal ontvangstbewijs altijd noodzakelijk. Vanaf 1 januari 2015 kan zonder dit officiële document geen enkele verstrekking meer worden vergoed.

Zorgverleners die geen getuigschrift voor verstrekte hulp mogen afgeven (psychologen, osteopaten, podologen /medische pedicures in België), dienen een kwitantie te verstrekken waarvan het model is goedgekeurd is door het Ministerie van Financiën. In de bijlage zijn voorbeelden van kwitanties opgenomen van de verschillende categorieën. Bij betaling per bankoverschrijving kunt u een geldige factuur bij het betalingsbewijs voegen.

In Italië moet uw zorgverlener u een factuur verstrekken (zie bijlage).

Opgelet:

Voorschotten of vooruitbetalingen op honoraria komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Ze moeten samen met de eindfactuur worden ingediend.

N.B: Behandelingskosten van medische of paramedische zorgverstrekkers voor een familielid dat begunstigde is van het GSZV, komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Voorafgaande goedkeuring

In een aantal gevallen moet u uw afwikkelingsbureau om goedkeuring vragen.

Het verzoek om voorafgaande goedkeuring moet vóór het begin van de behandeling worden ingediend. Alleen als het verzoek wordt ingewilligd, kan om terugbetaling worden gevraagd. Het is echter niet nodig om het besluit van het hoofd van het afwikkelingsbureau af te wachten alvorens met de behandeling te beginnen. De voorafgaande goedkeuring heeft betrekking op een aantal behandelingen of een maximum terug te betalen bedrag. De vergoeding beperkt zicht tot de plafonds van dat besluit.

Bij een verzoek om voorafgaande goedkeuring hebt u verschillende documenten nodig:

- het formulier voor de voorafgaande goedkeuring of een verzoek via GSZV online
- een gedetailleerd medisch voorschrift
- een volledig medisch rapport of een kostenraming (afhankelijk van de verstrekking)

Zend deze documenten per post of via GSZV online naar uw afwikkelingsbureau.

De raadgevend arts beoordeelt vervolgens uw verzoek om voorafgaande goedkeuring op zijn medische relevantie.

Overname van kosten en toekenning van voorschotten

In het geval van kostenovername kan het ziekenhuis de factuur voor de ziekenhuisopname onmiddellijk aan het GSZV toezenden, dat dan rechtstreeks de betaling verricht. Het ziekenhuis is niet verplicht de kostenovername te accepteren.

Het verzoek moet vooraf door de aangeslotene worden ingediend. Kostenovername wordt toegestaan in de volgende gevallen:

- ziekenhuisopname: geldig voor de hoofdfacturen en de facturen van de chirurg en de anesthesist
- zware ambulante behandelingen in het kader van een erkende ernstige ziekte, bijvoorbeeld radiotherapie, chemotherapie, dialyse

- herhalingsaankopen van dure geneesmiddelen, zoals groeihormonen, herhaalde gebruikmaking van een ambulance of lichte ziekenwagen, of bepaalde dure onderzoeken

Indien er geen overeenkomst met het ziekenhuis bestaat, dient u in uw verzoek de opnamedatum en de dagprijs van de kamer te vermelden en/of een raming van de totale kosten te maken.

Vergeet niet dat het (soms grote) gedeelte van de kosten dat na de vaststelling van het voor rekening van het GSZV komende gedeelte te uwen laste blijft. Indien u op reis gaat naar een land waar de gezondheidszorg duur is, verdient het aanbeveling zich door middel van een verzekering voor dit risico te dekken.

Indien u voor overname van de kosten kiest, worden de betreffende facturen, na ontvangst en eerste controle, door uw afwikkelingsbureau betaald. U kunt bij het ziekenhuis wel kopieën van uw facturen aanvragen. Het verdient aanbeveling uw afwikkelingsbureau - afdeling kostenovername - alle nodige informatie te verschaffen over uw verblijf/facturatie.

Er kunnen – onder bepaalde voorwaarden - ook voorschotten op de vergoeding worden toegekend om grote uitgaven te dekken (vul daarvoor het formulier met het verzoek om een voorschot in en zend dit naar uw afwikkelingsbureau).

Opgelet:

Kostenovername is een financiële faciliteit maar biedt geen garantie op terugbetaling. Alle procedures betreffende terugbetaling zijn van toepassing.

Verzoek om terugbetaling

U kunt uw verzoek om terugbetaling elektronisch indienen via de applicatie "GSZV online" <https://webgate.ec.europa.eu/RCAM>. De bescherming van uw gegevens wordt gewaarborgd dankzij de beveiligde verbinding via ECAS (zie ook de rubriek "meer informatie" aan het eind van dit document). Vanaf de datum van ontvangst van uw afrekening moet u uw originele documenten 18 maanden bewaren.

De verzoeken om terugbetaling kunnen door de aangeslotenen ook worden ingediend door middel van een papieren formulier, vergezeld van de originele bewijsstukken.

Voor verzoeken om aanvullende terugbetaling moet een kopie van de betaalde originele factuur worden gevoegd, vergezeld van een gedetailleerd overzicht van de uit hoofde van een ander stelsel ontvangen terugbetalingen.

REGELS EN PROCEDURES BETREFFENDE TERUGBETALING

1. MEDISCHE CONSULTEN EN VISITES

Consult = bij de arts

Visite = bij de patiënt (bij hem thuis, in het ziekenhuis of elders)

Wat kan in principe deel uitmaken van een consult of visite?

- een gesprek met de zieke
- een klinisch onderzoek
- eventueel een voorschrift

Wat kan ook deel uitmaken van het consult of de visite?

- diagnosemiddelen, zoals bloeddrukmeting, uitstrijkje
- bloedafnamen
- urineonderzoek
- injecties
- vaccinaties
- verbanden
- het uitschrijven van een medisch attest
- de kosten voor de afspraak met en de kosten van vervoer van de arts

Het is mogelijk dat repetitieve consulten, na advies van de raadgevend arts, niet worden terugbetaald, indien hij deze niet gemotiveerd of noodzakelijk acht.

1.1. HOOGTE VAN DE VERGOEDING

Honoraria	Hoogte van de vergoeding	Plafond ¹	Hoogte van de vergoeding bij erkende ernstige ziekte
Huisarts	85%	35 €	100%
Specialist	85%	50 €	100%
Spoedvisites, 's nachts, tijdens het weekend en op feestdagen	85%	---	100%
Consulten van de behandelend arts per telefoon, brief of e-mail	85%	10 €	10 €
Medische autoriteit	85%	150 €	100%

Ter info:

Wat is een **medische autoriteit**? Een medische autoriteit is een specialist die op een bepaald gebied internationale erkenning geniet, een onderzoeksteam leidt en de auteur is van publicaties. **Per jaar worden voor eenzelfde aandoening** en alleen na voorafgaande goedkeuring **ten hoogste twee visites vergoed**.

1.2. KOMEN NIET VOOR VERGOEDING IN AANMERKING

- consulten via internet
- afspraken waarop de patiënt niet aanwezig was
- afzonderlijk gefactureerde kosten voor de verzending van medische rapporten
- consulten, onderzoeken en verrichtingen voor administratieve doeleinden of zonder therapeutisch doel, zoals:
 - gerechtelijke expertises
 - onderzoeken in het kader van een verzekering
 - medische beroepskeuringen of medische keuringen voor het behalen van een vliegbrevet

¹ Plafond voor België. Op verstrekkingen in een andere lidstaat wordt een egalisatiecoëfficiënt toegepast.

→ zie rubriek *In kort bestek...*

- onderzoeken verricht in het kader van de arbeidsgeneeskunde (medische onderzoeken vóór de aanvang van het dienstverband of jaarlijks medisch onderzoek. Deze worden eventueel vergoed door de medische dienst en niet door het GSZV.

2. 2. ZIEKENHUISOPNAMEN EN OPERATIES

Ziekenhuisopname = verblijf in een ziekenhuis of een kliniek:

- ter behandeling van medische aandoeningen, voor een operatie of een bevalling, ook als het om een dagopname gaat
- voor revalidatie of functionele re-educatie na een aandoening of een invaliderende operatie
- ter behandeling van psychiatrische aandoeningen
- voor palliatieve zorgen

2.1. VOORAFGAANDE GOEDKEURING

Er is een voorafgaande goedkeuring (vergezeld van een medisch rapport) vereist voor:

- een verblijf van meer dan 6 maanden
- een verblijf voor een plastische operatie (bijvoorbeeld gastroplastie, correctie van het neustussenschot, borstreconstructie)
- een verblijf van meer dan 12 maanden in een psychiatrisch ziekenhuis
- een revalidatie- of re-educatieverblijf dat niet volgt op een ziekenhuisopname of dat langer duurt dan 2 maanden
- een verblijf in een ziekenhuis dat is gespecialiseerd in preventief onderzoek en diagnose
- een revalidatie- of re-educatieverblijf dat niet volgt op een ziekenhuisopname
- de verblijfkosten van een begeleidend gezinslid

2.2. BORGSTELLING BIJ WIJZE VAN VOORSCHOT

In het geval van kostenovername kan het ziekenhuis de factuur voor de ziekenhuisopname onmiddellijk aan het GSZV toezenden, dat dan rechtstreeks de betaling verricht.

Het (met name in landen met een dure gezondheidszorg zoals de VS, Canada, Zwitserland en Noorwegen soms hoge) gedeelte van de kosten dat na de vaststelling van het voor rekening van het GSZV komende gedeelte te uwen laste blijft, wordt in principe ingehouden op de toekomstige vergoedingen waarop u recht hebt, en eventueel op uw salaris, pensioen of elk ander bedrag dat u door de instelling verschuldigd is.

Opgelet:

- als het GSZV de kosten overneemt, mag het ziekenhuis u geen voorschot vragen
- voor rechthebbenden op de aanvullende verzekering van het GSZV is een overname van de kosten niet mogelijk, zij moeten zich tot hun eigen hoofdverzekering wenden
- wanneer de raadgevend arts een verzoek om voorafgaande goedkeuring heeft afgewezen, worden geen kosten overgenomen of vergoed

Er kunnen – onder bepaalde voorwaarden - ook **voorschotten** op de vergoeding worden toegekend om grote uitgaven te dekken (vul daarvoor het formulier met het verzoek om een voorschot in en zend dit naar uw afwikkelingsbureau).

→ zie Overname van kosten en toekenning van voorschotten in de rubriek *In kort bestek...*

→ zie rubriek *Voor meer informatie...*

→ link naar het formulier / GSZV online

Wanneer de ziekenhuisopname spoedeisend is...

In uitzonderingsgevallen kan het GSZV de kosten overnemen. Daartoe moeten uw naam en adres, uw personeelsnummer en de naam van het ziekenhuis (door uzelf of namens u) per e-mail of telefoon (antwoordapparaat) worden meegedeeld aan de persoon die voor uw afwikkelingsbureau de kostenovernamen regelt.

Het PMO stelt in dat geval het ziekenhuis waar u verblijft, ervan in kennis dat het GSZV de kosten overneemt.

Na de ziekenhuisopname...

Wanneer het GSZV de kosten heeft overgenomen:

Uw afwikkelingsbureau zendt u een afrekening van de kosten. Het gedeelte van de kosten dat te uwen laste blijft (+/- 15%), wordt ingehouden op de toekomstige vergoedingen waarop u recht hebt, en eventueel op uw salaris, pensioen of elk ander bedrag dat u door de instelling verschuldigd is.

Wanneer u zelf uw ziekenhuisfactuur betaald hebt:

- vul een verzoek om terugbetaling in en voeg daarbij:
 - de gedetailleerde factuur van de verstrekkingen (volgens de officiële nationale nomenclatuur);
 - in voorkomend geval, het bewijs van het bij de opname betaalde voorschot
- en zend deze documenten naar uw afwikkelingsbureau.

2.3. HOOGTE VAN DE VERGOEDING

De kosten worden voor **85%** vergoed. Zij omvatten ook de honoraria van de chirurg, zijn assistenten en de anesthesist.

De vergoeding wordt verhoogd tot **100%**:

- in geval van een erkende ernstige ziekte.
- voor een verblijf van ten minste 3 opeenvolgende dagen op de afdeling intensieve zorg
- voor een verblijf op de afdeling palliatieve zorg
- voor de verblijfkosten na het verstrijken van 30 opeenvolgende dagen, na advies van de raadgevend arts

Bij een vergoeding van **85%** variëren de plafonds van 535 tot 10 000 €, afhankelijk van de categorie waartoe de operatie behoort. Een volledige lijst van operaties, ingedeeld in categorieën, is opgenomen in bijlage I van de algemene uitvoeringsbepalingen.

→ zie rubriek *Voor meer informatie...*

De kosten van een operatie die niet in deze lijst is opgenomen maar met een operatie van vergelijkbaar belang kan worden gelijkgesteld, worden vergoed na advies van de raadgevend arts.

Logieskosten:

deze kosten worden vergoed tot ten hoogste de prijs van de goedkoopste eenpersoonskamer van het ziekenhuis, uitsluitend voor de periode van opname die medisch noodzakelijk is. De vergoeding geschiedt op basis van een naar behoren opgestelde factuur.

Diagnose- en behandelingskosten:

de vergoeding bedraagt **85%** of **100%** (erkende ernstige ziekte) voor de kosten voor de operatiekamer en andere kosten van verzorging die verband houden met de operatie, de doktershonoraria, en de kosten van analyses, laboratoriumonderzoek en andere instrumenten die rechtstreeks verband houden met de operatie of de ziekenhuisopname.

Verblijfkosten van een begeleidend gezinslid:

bij wijze van uitzondering kan, op voorschrift van de behandelend arts en na voorafgaande goedkeuring, een vergoeding van **85%** (met een plafond van 40 €/dag) worden toegekend voor de verblijfkosten van een gezinslid dat een in het ziekenhuis opgenomen rechthebbende vergezelt die nog geen 14 jaar is geworden of die wegens een medisch verantwoorde noodzaak bijzondere hulp van een gezinslid behoeft. Deze vergoeding kan ook worden toegekend voor de verblijfkosten van een zuigeling die zijn moeder moet vergezellen.

2.4. KOMEN NIET VOOR VERGOEDING IN AANMERKING

Plastische operaties die als zuiver esthetisch worden beschouwd.

3. BEHANDELINGEN VANWEGE HULPBEHOEVENDHEID

De vergoeding voor behandelingen van hulpbehoevende personen (verblijf in een zorginstelling en kosten van ziekenopvang, met uitzondering van verblijf voor een ontwenningbehandeling) hangt af van de graad van hulpbehoevendheid. Deze wordt vastgesteld door de behandelend arts aan de hand van twee vragenlijsten. Alleen de graden 1 tot en met 4 geven recht op een vergoeding (zie hoofdstuk 3, titel II, van de algemene uitvoeringsbepalingen).

→ zie rubriek *Voor meer informatie...*

In alle gevallen moet het verzoek om voorafgaande goedkeuring vergezeld gaan van:

- het medisch rapport waarin de noodzaak van het verblijf in het tehuis of de instelling wordt aangetoond en de aard van de verzorging wordt gepreciseerd
- de twee vragenlijsten die door de behandelend arts moeten zijn ingevuld, om de graad van hulpbehoevendheid van de patiënt vast te stellen

Zend deze documenten per post of via GSZV online naar uw afwikkelingsbureau.

3.1. CONTINU OF LANGDURIG VERBLIJF

3.1.1. Rusthuizen en zorginstellingen

De goedkeuring geldt voor een (verlengbare) periode van 12 maanden.

Verblijfkosten worden voor **85%** of **100%** (erkende ernstige ziekte) vergoed met een plafond van 36 €/dag.

Indien de kosten van verzorging en verblijf niet afzonderlijk op de factuur zijn vermeld, geldt een plafond van 36 € en worden de kosten (van verzorging of verblijf) verdeeld volgens de graad van hulpbehoevendheid.

3.1.2. Instelling voor psychiatrische verzorging

De kosten van verblijf en verzorging worden voor **85%** of **100%** (erkende ernstige ziekte) vergoed. De goedkeuring kan, op basis van een uitvoerig rapport van de behandelend arts, worden verlengd met perioden die door het afwikkelingsbureau worden vastgesteld.

3.1.3. Instelling voor functionele re-educatie of revalidatie en psychiatrisch ziekenhuis

De voorwaarden voor vergoeding zijn dezelfde. Indien de kosten van verzorging en verblijf echter niet afzonderlijk op de factuur zijn vermeld, worden deze forfaitair verdeeld volgens graad 1 van hulpbehoevendheid.

3.1.4. Dagopvang

- verblijf uitsluitend tijdens de dag in een rusthuis of zorginstelling voor bejaarden of in een neurologisch of psychiatrisch dagcentrum: de kosten van verblijf en verzorging worden vergoed volgens dezelfde voorwaarden als een permanent verblijf in een rusthuis of zorginstelling met een plafond van 18 €/dag voor de verblijfkosten.
- verblijf in een medisch-pedagogisch instituut: alleen de verzorging wordt vergoed.

3.1.5. Ontwenningencentrum buiten het ziekenhuis

De kosten van verzorging en verblijf worden uitsluitend voor **85%** vergoed, met een plafond van 36 €/dag voor de verblijfkosten.

Indien de kosten van verzorging en verblijf niet afzonderlijk op de factuur zijn vermeld, worden deze forfaitair verdeeld volgens graad 1 van hulpbehoevendheid; de vergoeding is beperkt tot een verblijfsduur van 6 maanden over een periode van 12 maanden.

3.2. ZIEKENOPPAS

= verpleegkundige zorg die verscheidene keren per dag, of gedurende de hele dag en/of nacht, bij de zieke thuis wordt verleend. Ziekenoppassers moeten wettelijk tot de uitoefening van dit beroep gerechtigd zijn.

Er moet een verzoek om voorafgaande goedkeuring worden ingediend, vergezeld van twee door uw arts ingevulde [formulieren voor de beoordeling van de graad van hulpbehoefendheid](#) alsmede een **medisch rapport** waarin de duur, de aard en de frequentie van de verstrekking worden gepreciseerd. Ook het bewijs van de contractuele relatie met de ziekenoppas moet worden bijgevoegd.

3.2.1. VERGOEDING

Bij een verzoek tot vergoeding van de kosten voor ziekenoppas moeten de volgende documenten worden ingediend: de factuur per kalendermaand overeenkomstig de nationale wetgeving en, in voorkomend geval, het bewijs van socialezekerheidsbijdragen overeenkomstig de nationale wetgeving.

De kosten worden voor **80%** of **100%** (erkende ernstige ziekte) vergoed.

- **Tijdelijke oppas thuis (ten hoogste 60 dagen):** wordt vergoed voor **80%** met een plafond van 72 €/dag of voor **100%** (erkende ernstige ziekte) met een plafond van 90 €/dag
- **Langdurige oppas thuis:** wordt vergoed volgens de graad van hulpbehoefendheid
- **Oppas in een verpleeginrichting:** komt niet voor vergoeding in aanmerking, behalve wanneer het gaat om een openbare instelling waar de infrastructuur voor gezondheidszorg ontoereikend is om de courante zorgen te verstrekken. In dat geval worden de kosten voor oppas op voorschrift van de behandelend arts en na voorafgaande goedkeuring vergoed voor **80%** met een plafond van 60 €/dag, of voor **100%** met een plafond van 75 €/dag.

3.2.2. KOMEN NIET VOOR VERGOEDING IN AANMERKING

- vervoer, kost en inwoning of andere bijkomende kosten van de ziekenoppas
- toezicht van een volwassene op een kind dat ziek thuis is terwijl de ouders afwezig zijn (zie sociale diensten voor gezinshulp)

→ zie rubriek *Voor meer informatie...*

4. FARMACEUTISCHE PRODUCTEN

Om voor vergoeding in aanmerking te komen, moet een farmaceutisch product (geneesmiddel, door een apotheker bereid geneesmiddel of homeopathische bereiding) zijn voorgeschreven door een arts in een aanvaardbare dosis (dat wil zeggen in overeenstemming met de gebruikelijke therapeutische aanbevelingen).

4.1. AANVRAAG VAN DE VERGOEDING

Farmaceutische producten worden vergoed op grond van **kwitanties** of **facturen** die de volgende gegevens moeten bevatten:

- de naam van de voorschrijvend arts
- de volledige naam van de patiënt
- de benaming van het voorgeschreven geneesmiddel of, in geval van generieke geneesmiddelen, die van het afgegeven product, of de samenstelling van de bereiding in geval van volgens magistrale receptuur bereide geneesmiddelen (het nummer van de bereiding volstaat niet)
- de prijs van elk product
- de volledige prijs en, voor rechthebbenden op de aanvullende dekking, de daadwerkelijk betaalde prijs
- de datum waarop de geneesmiddelen werden verstrekt
- het stempel en de handtekening van de apotheker

Deze vermeldingen zijn ook in geval van herhalingsrecepten absoluut noodzakelijk.

Tip:

De lijst met de belangrijkste producten die voor vergoeding in aanmerking komen en de producten die niet voor vergoeding in aanmerking komen wordt regelmatig bijgewerkt. Producten die niet op deze lijst voorkomen, kunnen worden vergoed na positief advies van de raadgevend arts.

→ zie rubriek *Voor meer informatie...*

De volgende producten worden pas na **voorafgaande goedkeuring** (op basis van een medisch rapport) vergoed:

- vermageringsproducten
- hormoonbehandelingen ter vertraging van het verouderingsproces
- groeihormonen
- producten die worden gebruikt bij de behandeling van erectiestoornissen die het gevolg zijn een prostaatoperatie, een ongeval of een erkende ernstige ziekte (plafond van 400 €/jaar)
- verdovende middelen in het kader van een ontwenningsskuur (100% gedurende 6 maanden)
- farmaceutische producten die niet in het kader van de voor het product erkende medische indicatie worden gebruikt
- dieetproducten en hygiënische producten die levensnoodzakelijk worden geacht

4.2. HOOGTE VAN DE VERGOEDING

De vergoeding bedraagt in de meeste gevallen **85%** of **100%** (erkende ernstige ziekte). Andere percentages gelden voor:

- verdovende middelen in het kader van een ontwenningsskuur (100%, onder voorwaarden)
- dieetproducten (85% of 100% van 40% van de kosten)
- producten tegen nicotineverslaving (200 €, eenmalig, met of zonder succes)

→ zie rubriek *Voor meer informatie...*

4.3. KOMEN NIET VOOR VERGOEDING IN AANMERKING

- producten voor cosmetische, hygiënische, esthetische, diëtetische doeleinden of voor comfortdoeleinden, uitzonderingen daargelaten
- versterkende wijnen en likeuren, producten voor opotherapeutisch gebruik, sporelementen waarvan de doeltreffendheid niet is aangetoond

5. TANDVERZORGING EN –BEHANDELING

5.1. AANVRAAG EN HOOGTE VAN DE VERGOEDING

Preventieve verzorging en behandeling

Om vergoed te worden, moet u een verzoek om terugbetaling indienen bij het afwikkelingsbureau.

Vergoeding van 80% voor de courante kosten van mond- en tandverzorging, radiologisch onderzoek, verzorging en extractie (plafond van 750 € per kalenderjaar).

Vergoeding van 100% (plafond van 1 500 €): in geval van bepaalde erkende ernstige ziekten.

De volgende behandelingen vereisen een **voorafgaande goedkeuring** die moet worden verleend door het afwikkelingsbureau, na overlegging van een gedetailleerde kostenraming en na advies van de raadgevend tandarts:

- Parodontie:** wordt vergoed voor **80%** (plafond van 350 € per zesde deel van het gebit, dat wil zeggen 2 100 € voor het hele gebit over een periode van 16 jaar).
- Orthodontie:** wordt vergoed voor **80%** (plafond van 3 300 €). De behandeling moet beginnen vóór de 18e verjaardag (behalve in geval van een erkende ernstige ziekte). Een tweede behandeling is mogelijk onder bepaalde voorwaarden.
- Gnathologie:** wordt vergoed voor **80%** (plafond van 450 €). Deze behandeling kan slechts één keer worden vergoed.
- Tandprothesen:** worden vergoed voor **80%** (verschillende plafonds volgens de aard van de verstrekking). De vervanging van prothesen komt slechts om de 6 jaar voor vergoeding in aanmerking (behalve in geval van een traumatisch ongeval of van een erkende ernstige ziekte, na advies van de raadgevend tandarts en na overlegging van een medische rechtvaardiging en van een kostenraming).
- Implantologie:** wordt vergoed voor **80%** (plafond van 550 € per implantaat). De vergoeding is beperkt tot 4 implantaten per kaak, of ten hoogste 8 implantaten per rechthebbende en dit gedurende zijn hele leven.

In geval van een erkende ernstige ziekte die leidt tot een aantasting van de mondholte, worden de kosten voor deze behandelingen, na gezamenlijk advies van de raadgevend arts en de raadgevend tandarts, voor **100%** vergoed (tweemaal het plafond dat voor elke behandeling is vastgesteld).

Ter info:

Voor de verstrekkingen die een voorafgaande goedkeuring vereisen, moet, behalve in geval van urgentie of van overmacht, het officiële kostenramingsformulier van het GSZV worden gebruikt.

5.2. KOMEN NIET VOOR VERGOEDING IN AANMERKING

De kosten voor esthetische behandelingen:

- het bleken van de tanden
- de systematische vervanging van vullingen van zilveramalgaam
- facetten (facings) op intacte snijtanden
- tandversieringen...

6. MEDISCHE ONDERZOEKEN EN ANALYSEN

= medische beeldvorming, analyses, laboratoriumonderzoeken en andere middelen tot het stellen van diagnoses

6.1. AANVRAAG VAN DE VERGOEDING

- vul een verzoek om terugbetaling in,
- voeg daarbij de gedetailleerde factuur van de verstrekkingen (volgens de officiële nationale nomenclatuur)
- en zend deze documenten naar uw afwikkelingsbureau.

Bepaalde diagnosemiddelen vereisen een **voorafgaande goedkeuring**: Dit geldt voor:

- analyses uitgevoerd in het kader van:
 - de antiverouderingsgeneeskunde
 - hormoontests
 - voedselallergieën en -intoleranties
 - genetische onderzoeken die niet zijn bedoeld voor het opsporen van een bepaalde aandoening
- nieuwe analyse- en onderzoekstechnieken en nieuwe technieken voor medische beeldvorming waarvan de kosten in ten minste één lidstaat van de Europese Unie niet voor vergoeding in aanmerking komen

6.2. HOOGTE VAN DE VERGOEDING

De vergoeding bedraagt **85%** of **100%** (erkende ernstige ziekte).

Ter info:

Er wordt regelmatig een lijst bijgewerkt met alle diagnosemiddelen die voor vergoeding in aanmerking komen en die welke niet voor vergoeding in aanmerking komen. → zie rubriek *Voor meer informatie...*

6.3. KOMEN NIET VOOR VERGOEDING IN AANMERKING

- analyses uitgevoerd in het kader van:
 - het meten van "oxidatieve stress"
 - microvoeding
 - flocculatietests
- de kosten van analyses en onderzoeken die na advies van de Medische Raad niet functioneel en/of niet noodzakelijk worden geacht

7. ZWANGERSCHAP, BEVALLING EN ONVRUCHTBAARHEID

7.1. ZWANGERSCHAP

= de periode tussen de conceptie en de bevalling

7.1.1. AANVRAAG EN HOOGTE VAN DE VERGOEDING

Consulten, behandelingen en alle andere onderzoeken en behandelingen die worden uitgevoerd door artsen, vroedvrouwen, fysiotherapeuten/kinesitherapeuten en/of andere zorgverleners worden vergoed overeenkomstig de voor elk van die behandelingen vastgestelde voorschriften.

De vergoeding bedraagt:

- - **85%** voor alle kosten van medische consulten en visites
- - **80%** voor **individuele** sessies (plafond van 25 €/sessie) of **groepsessies** (plafond van 15 €/sessie) ter voorbereiding op de bevalling door een fysiotherapeut/kinesitherapeut of een vroedvrouw, op medisch voorschrift. Deze sessies zijn niet inbegrepen in het maximale aantal behandelingen van algemene fysiotherapie/kinesitherapie.

7.1.2. KOMEN NIET VOOR VERGOEDING IN AANMERKING

- haptonomiesessies en sessies ter voorbereiding op de bevalling in het zwembad
- honoraria voor beschikbaarheidsdiensten van artsen/specialisten

7.2. BEVALLING

= elke geboorte vanaf de 22ste zwangerschapsweek

Sinds juli 2013 zijn er voor 8 lidstaten plafonds voor buitensporig hoge kosten voor bevallingen vastgesteld. Als gevolg daarvan bedraagt de maximumvergoeding (voor verblijf, honoraria, enz.) 7 171 € voor België, 9 591 € voor Italië, 5 446 € voor Duitsland, 6 203 € voor Spanje, 6 616 € voor Frankrijk, 7 246 € voor Luxemburg, 6 466 € voor Nederland en 16 713 € voor het Verenigd Koninkrijk.

7.2.1. AANVRAAG EN HOOGTE VAN DE VERGOEDING

7.2.1.1. Bevalling in een ziekenhuis

De vergoeding bedraagt **100%** voor:

- de honoraria van artsen die assistentie verlenen bij een bevalling
- de honoraria van vroedvrouwen en anesthesisten, de kosten van de verloskamer, de kosten van assistentie van een fysiotherapeut/kinesitherapeut tijdens de bevalling alsmede de andere kosten van rechtstreeks met de bevalling verband houdende behandelingen
- de kosten van verblijf en verzorging van moeder en kind in het ziekenhuis gedurende ten hoogste 10 dagen of tijdens de hele duur van de ziekenhuisopname in geval van medische complicaties die rechtstreeks verband houden met de bevalling. Bij een opname van langer dan 10 dagen – zonder complicaties – bedraagt de vergoeding **85%**
- de kosten van verblijf en verzorging van het kind op neonatologie

Opgelet:

Wanneer u een kamer reserveert, vergeet dan niet dat de vergoeding beperkt is tot de prijs van de goedkoopste eenpersoonskamer van het ziekenhuis.

Na de bevalling...

Wanneer u zelf uw ziekenhuisfactuur of bijkomende facturen betaald hebt, moet u een verzoek om terugbetaling invullen, de gedetailleerde factuur van de behandelingen (volgens de officiële nationale nomenclatuur) bijvoegen en deze documenten naar uw afwikkelingsbureau zenden.

7.2.1.2. Bevalling thuis

De honoraria van de arts, de vroedvrouw en ander medisch hulppersoneel (met uitzondering van gezinshulp) worden (gedurende 10 dagen) voor **100%** vergoed.

7.2.1.3. Bevalling een geboortehuis of in een erkend centrum dat geen ziekenhuis is

Vul een **verzoek om terugbetaling** in, voeg daarbij de gedetailleerde factuur van de behandelingen en zend deze documenten naar uw afwikkelingsbureau.

De honoraria van de arts, de vroedvrouw en ander medisch hulppersoneel (met uitzondering van gezinshulp) worden (gedurende 10 dagen) voor **100%** vergoed.

De bijkomende kosten in verband met de follow-up en het verblijf in het geboortehuis worden vergoed voor een periode van ten hoogste 24 uur na de bevalling.

In geval van medische **complicaties** bij de moeder en/of het kind die rechtstreeks verband houden met de bevalling, worden de kosten, na advies van de raadgevend arts, voor een langere periode vergoed. Indien deze complicaties tot een ziekenhuisopname leiden, worden de kosten van verblijf en verzorging voor **100%** vergoed.

Individuele **postnatale fysiotherapeutische/kinesitherapeutische** behandelingen op medisch voorschrift worden vergoed voor **80%** (plafond van 25 €/behandeling) en zijn niet inbegrepen in het maximale aantal behandelingen.

7.3. ONVRUCHTBAARHEID

= pathologisch vruchtbaarheidsprobleem bij de aangeslotene, zijn/haar echtgeno(o)t(e) of partner.

Er moet een verzoek om voorafgaande goedkeuring worden ingediend, vergezeld van een medisch verslag.

De kosten van een vruchtbaarheidsbehandeling worden onder voorwaarden vergoed:

- in-vitrofertilisatie:
 - ten hoogste 5 pogingen per kind
 - de behandeling moet beginnen vóór de 45ste verjaardag van de moeder
- behandeling van onvruchtbaarheid bij de man: de onvruchtbaarheid mag niet het gevolg zijn van een eerdere vrijwillige sterilisatie

In geval van in-vitrofertilisatie:

De eventuele kosten van genetisch onderzoek bij embryo's voorafgaand aan de implantatie (pre-implantatie genetische diagnostiek) en van eiceldonatie komen – onder voorwaarden - na voorafgaande goedkeuring in aanmerking voor vergoeding.

8. DIVERSE THERAPEUTISCHE BEHANDELINGEN

Voorbeelden: kinesithérapie/fysiotherapie, osteopathie, infrarode stralen, ultrageluiden, aerosoltherapie, acupunctuur, logopedie, psychotherapie, psychomotoriek, logopedie/orthofonie, podologie...

8.1. AANVRAAG VAN DE VERGOEDING

De **medische behandelingen** moeten:

- door een arts zijn voorgeschreven
- indien nodig voorafgaand zijn goedgekeurd
- zijn verricht door een wettelijk erkende zorgverlener die daartoe uit hoofde van zijn beroep bevoegd is (kinesitherapeut/fysiotherapeut, osteopaat, acupuncturist enz.) en die wettelijk bevoegd is voor de uitoefening van het medisch of paramedisch beroep of in een door de bevoegde autoriteiten erkende instelling.

In België mogen alleen psychologen die zijn ingeschreven bij de [psychologencommissie](#) dat beroep uitoefenen. In andere landen daarentegen zijn naast psychologen ook psychotherapeuten erkend en wettelijk bevoegd. Hun sessies komen dus wel voor vergoeding in aanmerking.

De **medische voorschriften**:

- moeten vóór het begin van de behandeling opgesteld zijn
- mogen ten hoogste 6 maanden oud zijn
- moeten de naam van de patiënt bevatten
- moeten de reden van de behandeling vermelden
- moeten het soort behandeling en het aantal behandelingen vermelden

De bewijsstukken moeten voldoen aan de wettelijke voorschriften van het land waarin de verstrekking heeft plaatsgevonden.

8.2. HOOGTE VAN DE VERGOEDING

De medische behandelingen worden voor **80%** vergoed tot ten hoogste het plafond dat voor de verstrekking is vastgesteld, en voor **100%** in geval van een erkende ernstige ziekte, waarbij in bepaalde gevallen wel een plafond geldt. In geval van een erkende ernstige ziekte kan de vergoeding voor een therapeutische behandeling tweemaal het normale plafond bedragen.

Voor iedere behandeling bestaat er een maximaal aantal behandelingen per kalenderjaar. Voor zover niet anders vermeld, kan bij een erkende ernstige ziekte, bij postoperatieve of posttraumatische revalidatie of bij verminderde mobiliteit na voorafgaande goedkeuring een groter aantal sessies vergoed worden.

→ zie verder onder punt 8.4. *Overzicht van de verschillende behandelingen*

8.3. KOMEN NIET VOOR VERGOEDING IN AANMERKING

- esthetische behandelingen
- zwembadabonnementen
- kosten van inschrijving in sport- en fitness- of wellnesscentra

8.4. OVERZICHT VAN DE VERSCHILLENDE BEHANDELINGEN

MV = medisch voorschrift

VG = voorafgaande goedkeuring

A. BEHANDELINGEN WAARVOOR EEN MEDISCH VOORSCHRIFT VEREIST IS						
	Aard van de behandeling	MV	VG	Maximumaantal behandelingen per jaar/(12 maanden)	Plafond 80% (€)	Opmerkingen
A1	Aerosoltherapie	x		30	--	
A2	Raadpleging van een diëtist(e)	x		10	25	
A3	Kinesithherapie, fysiotherapie en vergelijkbare behandelingen²	x		60	25	
A4	Medische pedicure	x		12	25	

B. BEHANDELINGEN DIE DOOR EEN ARTS OF IN HET ZIEKENHUIS MOETEN WORDEN VERSTREKT						
	Aard van de behandeling	MV	VG	Maximumaantal behandelingen per jaar/(12 maanden)	Plafond 80% (€)	Opmerkingen
B1	Acupunctuur	x		30	25	Indien de behandeling wordt verstrekt door een zorgverlener die daartoe wettelijk bevoegd is
B2	Mesotherapie	x	x	30	45	- Indien de behandeling wordt verstrekt door een arts of in een ziekenhuis (de honoraria van de arts zijn in het maximumbedrag van 45 € per behandeling inbegrepen) - Een hoger aantal behandelingen/jaar kan niet worden toegestaan
B3	Ultraviolette stralen	x	x		35	

² Vergelijkbare behandelingen: medische massage, heilgymnastiek, mobilisatie, re-educatie, mechanotherapie, tractie, modderbaden (fangobaden), hydromassage, hydrotherapie, elektrotherapie, diadynamische stromen, radartherapie, ionisatie, kortegolftherapie, speciale stromen, infrarode stralen, ultrageluiden enz.

C. BEHANDELINGEN WAARVOOR EEN MEDISCH VOORSCHRIFT EN, IN BEPAALDE GEVALLEN, EEN VOORAFGAANDE GOEDKEURING VEREIST IS						
	Aard van de behandeling	MV	VG	Maximumaantal behandelingen per jaar/(12 maanden)	Plafond 80% (€)	Opmerkingen
C1	Volledige psychologische diagnose/volledig psychologisch onderzoek verricht door één enkele persoon	x			150	
C2	Chiropraxie/osteopathie	x		24	40	Een hoger aantal behandelingen/jaar kan slechts na voorafgaande goedkeuring worden toegestaan. Cranio-sacraalbehandelingen (craniale osteopathie), energetische behandelingen en viscerale manipulaties worden niet vergoed
	Personen van 12 jaar of ouder					
	Kinderen jonger dan 12 jaar	x	x	24		
C3	Logopedie/orthofonie (medisch rapport opgesteld door een oor-, neus- en keelarts of een neuroloog)				35	Ernstige neurologische aandoeningen: meer dan 180 behandelingen na voorafgaande goedkeuring Betreft: - zwaar dove kinderen of kinderen met een neurologische aandoening - volwassenen met een neurologische aandoening of een strottenhoofdaandoening
	· Kinderen tot en met 12 jaar	x		180 over een of meer jaren 30 voor de hele behandeling		
	· Kinderen van 13 tot en met 17 jaar	x	x			
	· Personen ouder dan 18 jaar	x	x			
	Logopedische/orthofonische diagnose				40	
C4	Psychomotoriek, grafomotoriek	x		60	35	
C5	Psychotherapie	x		30 alle soorten behandelingen bij mekaar genomen	60 90 25	<ul style="list-style-type: none"> · ·Individuele therapie · ·Gezinstherapie · ·Groepstherapie <p>Het maximaantal behandelingen/jaar kan na voorafgaande goedkeuring worden overschreden</p> <ul style="list-style-type: none"> o Voorgeschreven door een psychiater, neuropsychiater of neuroloog o De eerste 10 behandelingen mogen door een huisarts worden voorgeschreven o Voor kinderen jonger dan 15 jaar mag het voorschrift door een kinderarts worden opgesteld
	verstrekt					
	· door een arts gespecialiseerd in psychiatrie, neuropsychiatrie of neurologie					
	· door een psycholoog of een psychotherapeut	x	x			

D. BEHANDELINGEN WAARVOOR ALTIJD EEN VOORAFGAANDE GOEDKEURING VEREIST IS						
	Aard van de behandeling	MV	VG	Maximumaantal behandelingen per jaar/(12 maanden)	Plafond 80% (€)	Opmerkingen
D1	Multidisciplinaire neuropsychologische diagnose	x	x		600	Op grond van een medisch rapport van een kinderneuroloog of een psychiater
D2	Drukkamer	x	x		--	
D3	Lymfdrainage	x	x	20/12 maanden	25	In geval van een erkende ernstige ziekte: geen beperking van het aantal behandelingen en geen plafond
D4	Endermologie, niet om esthetische redenen	x	x	5/12 maanden	--	Behandeling van misvormende littekens
D5	Epilatie	x	x		Te vergoeden maximumbedrag gelijk aan dat voor een operatie - cat. A1 - cat. A2	Uitsluitend in geval van pathologische hypertrichose in het aangezicht - cat. A1 indien weinig uitgebreid - cat. A2 indien uitgebreid
D6	Ergotherapie	x	x	--	--	
D7	Laser: laserbehandeling of dynamische fotherapie in de dermatologie	x	x	20	--	
D8	Orthoptie	x	x	20/12 maanden	35	Voorschrift van een oogarts waarop de identiteit van de orthoptist is vermeld
D9	Ambulante multidisciplinaire functionele revalidatie in een ziekenhuis	x	x	--	--	
D10	Revalidatie met MDX-apparaat, behandelingen volgens de methode "David Back Clinic" of rugschool	x	x	24 kan in principe één keer worden herhaald	40	
D11	Behandeling met schokgolven in de reumatologie	x	x	--	--	
D12	Andere niet-gespecificeerde behandelingen	x	x	--	--	N.B: Of de kosten buitensporig hoog zijn, wordt per geval bepaald

9. MEDISCH HULPPERSONEEL

De diensten van verplegend personeel worden vergoed voor **80%**, of voor **100%** in geval van een erkende ernstige ziekte, op voorwaarde dat zij zijn voorgeschreven door een arts en zijn verricht door een wettelijk tot de uitoefening van het beroep gemachtigde persoon.

Voor alle aanvullende diensten die niet door een ziekenoppas mogen worden verricht, is een voorafgaande goedkeuring vereist.

KOMEN NIET VOOR VERGOEDING IN AANMERKING

vervoerskosten van de dienstverlener

10. HERSTELKUREN EN KUREN NA EEN OPERATIE

Kuren komen voor vergoeding in aanmerking op twee voorwaarden (enkel na voorafgaande goedkeuring), namelijk dat:

- zij onder medisch toezicht plaatsvinden in herstelcentra die beschikken over een aangepaste medische en paramedische infrastructuur
- zij beginnen binnen drie maanden na de operatie of de ziekte waarvoor zij zijn voorgeschreven, behalve in geval van medische tegenindicatie die naar behoren is gemotiveerd in het rapport dat bij het medisch voorschrift is gevoegd, en die door de raadgevend arts is aanvaard

De goedkeuring kan opnieuw worden verleend in geval van terugval of van een andere ziekte.

10.1. HOOGTE VAN DE VERGOEDING

De kosten van verblijf: worden vergoed voor **80%** (met een plafond van 36 €/dag) voor een periode van ten hoogste 28 dagen/jaar of voor **100%** (met een plafond van 45 €/dag).

De kosten van verzorging: worden afzonderlijk vergoed overeenkomstig de voorschriften van de algemene uitvoeringsbepalingen.

Verblijfkosten van een begeleidend gezinslid: worden bij wijze van uitzondering, op medisch voorschrift en na voorafgaande goedkeuring, voor **85%** vergoed (met een plafond van 40 €/dag), in de volgende gevallen:

- voor een gezinslid dat een rechthebbende van nog geen 14 jaar die een kuur volgt of die wegens de aard van de aandoening of een andere verantwoorde medische noodzaak bijzondere hulp van een gezinslid behoeft, in de kamer of in de kuurinrichting vergezelt
- voor een borstvoedingskind dat de moeder tijdens de kuur moet vergezellen

In alle andere gevallen worden de verblijfkosten van een begeleidend gezinslid niet vergoed.

10.2. KOMEN NIET VOOR VERGOEDING IN AANMERKING

reiskosten

11. THERMALE KUREN

= een verblijf van **10 tot 21 dagen** in een gespecialiseerde inrichting waar onder medisch toezicht behandelingen met water worden verstrekt voordat dit bepaalde eigenschappen verliest, of in een gespecialiseerd paramedisch centrum dat door de nationale autoriteiten voor de gezondheidszorg is erkend

De kuur moet ten minste **2 adequate behandelingen per dag** omvatten en mag **niet worden onderbroken**. In geval van onderbreking van de kuur moet een attest van de arts van de kuurinrichting worden overgelegd waarin wordt aangetoond dat de onderbreking noodzakelijk is om gezondheidsredenen of om een dringende familiale reden (overlijden, ernstige ziekte van een gezinslid enz.).

De goedkeuring van de kuur is beperkt tot:

- - *1 kuur per jaar, met een maximum van 8 kuren in de loop van het hele leven*, voor de volgende aandoeningen:
 - reuma en de gevolgen van letsels aan beenderen of gewrichten
 - flebologie en hart- en vaatziekten
 - neurologie
 - ziekten van het spijsverteringsstelsel, van de bijbehorende organen en stofwisselingsziekten
 - gynaecologie en aandoeningen van de nieren en urinewegen
 - dermatologie en stomatologie
 - ademhalingswegen
- - 1 kuur per jaar op voorwaarde dat deze wordt gevolgd ter behandeling van een erkende ernstige ziekte of in geval van ernstige psoriasis die niet reageert op de gebruikelijke behandelingen

Opgelet:

Er wordt alleen goedkeuring verleend wanneer:

- de thermale kuur door de raadgevend arts als noodzakelijk is erkend
- u in de loop van het jaar de voorgeschreven behandelingen hebt gevolgd en deze behandelingen ontoereikend zijn gebleken
- de kuur een bewezen therapeutische waarde heeft

11.1. AANVRAAG VAN DE VERGOEDING

Voor de kuur...

Dien ten minste zes weken vóór de aanvangsdatum van de kuur een verzoek om voorafgaande goedkeuring in, vergezeld van de volgende documenten:

- het medisch voorschrift van de behandelend arts die onafhankelijk is van een kuurcentrum
- het uitvoerig medisch rapport, dat minder dan drie maanden eerder is opgesteld, met:
 - de ziektegeschiedenis van de patiënt en een gedetailleerde beschrijving van de behandelingen die het voorbije jaar zijn gevolgd voor de ziekte waarvoor de kuur noodzakelijk is
 - de duur van de kuur, de aard van de te volgen thermale behandeling en het soort erkend thermaal centrum dat voor de betrokken aandoening in aanmerking komt
- in voorkomend geval, het medisch voorschrift ter rechtvaardiging van de begeleiding van een gezinslid

Na de kuur...

Wanneer u voorafgaande goedkeuring hebt **gekregen**:

- vul een **verzoek om terugbetaling** in en voeg daarbij:
 - de betaalde gedetailleerde factuur
- en zend deze documenten naar uw afwikkelingsbureau.

Wanneer u **geen voorafgaande goedkeuring hebt gekregen**, kunnen de kosten van verzorging toch nog worden vergoed:

- vul een **verzoek om terugbetaling** in en voeg daarbij:
 - een origineel voorschrift van de behandelend arts die onafhankelijk is van het kuurcentrum, dat minder dan 6 maanden oud is en waarin de diagnose, het aantal behandelingen en het soort verzorging zijn vermeld
 - een gedetailleerde factuur die in overeenstemming is met het medisch voorschrift en waarin de data, het aantal behandelingen en de prijs van de behandeling zijn vermeld
- en zend deze documenten naar uw afwikkelingsbureau

11.2. HOOGTE VAN DE VERGOEDING

Kosten van de behandeling en medische controle: **80%** (met een plafond van in totaal 64 €/dag) of **100%** (met een bijzonder plafond van in totaal 80 €/dag) in geval van een ernstige erkende ziekte.

Verblijfkosten van een begeleidend gezinslid: **85%** (met een plafond van 40 €/dag) op medisch voorschrift en na voorafgaande goedkeuring, in de volgende gevallen:

- voor een gezinslid dat een kind van nog geen 14 jaar dat een kuur volgt of dat wegens de aard van de aandoening of een andere verantwoorde medische noodzaak bijzondere hulp van een gezinslid behoeft, in de kamer of in de kuurinrichting vergezelt
- voor een borstvoedingskind dat de moeder tijdens de kuur moet vergezellen

11.3. KOMEN NIET VOOR VERGOEDING IN AANMERKING

- kuren van thalassotherapie en fitness- of wellnessbehandelingen
- reiskosten
- verblijf-, logies- en maaltijdkosten
- de bijkomende kosten die verband houden met de verzorging
- behandelingen zoals:
 - zeebaden, baden in meren of in zand
 - sauna, solarium enz.

12. BRILLEN

worden vergoed:

- ieder jaar voor kinderen tot de leeftijd van 18 jaar
- om de twee jaar voor personen ouder dan 18 jaar
- sneller dan deze termijn in het geval van wijziging van dioptrie of as van 0,50 of meer, wat door een oogarts moet worden bevestigd

De vergoeding voor brillen is beperkt tot twee brillen, bestaande uit een montuur en corrigerende brillenglazen, ongeacht de kenmerken ervan:

- een bril met unifocale glazen om dichtbij te zien en een bril met unifocale glazen om ver te zien, of
- een bril met multifocale of progressieve glazen en, eventueel, een bril met unifocale glazen om dichtbij of veraf te zien

12.1. AANVRAAG VAN DE VERGOEDING

Op de **originele factuur moet vermeld staan:**

- het soort correctie (bijziendheid, verziendheid, multifocaal)
- de kenmerken van de brillenglazen (sterkte van elk brillenglas en dioptrie)
- de prijs van de brillenglazen
- de prijs van het montuur (afzonderlijk vermeld)

12.2. HOOGTE VAN DE VERGOEDING

De **vergoeding** bedraagt **85%**:

- - voor brilmonturen (plafond van 120 €)
- - voor brillenglazen (volgens de volgende criteria):

	Plafond per glas (in €)
Normale glazen	
tot 4 dioptrie	110
van 4,25 tot 6 dioptrie	140
van 6,25 tot 8 dioptrie	180
vanaf 8,25 dioptrie	300
Multifocale/progressieve glazen	350

12.3. KOMEN NIET VOOR VERGOEDING IN AANMERKING

- brillen met niet-corrigerende glazen
- zonnebrillen
- brillen om op het computerscherm te werken (deze worden eventueel vergoed door de medische dienst en niet door het GSZV)

13. CONTACTLENZEN

13.1. AANVRAAG VAN DE VERGOEDING

Op de **factuur** moet vermeld staan:

- het soort correctie (bijziendheid, verziendheid, multifocaal)
- de kenmerken van de lenzen (sterkte en dioptrie)
- het soort lenzen (wegwerplenzen of gewone lenzen)
- de prijs van de lenzen

13.2. HOOGTE VAN DE VERGOEDING

De aankoop van corrigerende gewone lenzen en/of wegwerplenzen en de aankoop van gebruiksproducten worden voor **85%** vergoed (met een plafond van in totaal 500 € per periode van 24 maanden).

Indien de contactlenzen via internet zijn aangekocht, kan de vergoeding alleen geschieden op basis van een naar behoren opgestelde factuur (zie "bewijstukken").

14. HOORAPPARATEN

= aankoop en reparatie van apparaten die door een oor-, neus- en keelarts of een audiometrist zijn voorgeschreven

14.1. AANVRAAG VAN DE VERGOEDING

- dien een verzoek om terugbetaling in en voeg daarbij het medisch voorschrift van de oor-, neus- en keelarts of de audiometrist en de betaalde factuur

14.2. HOOGTE VAN DE VERGOEDING

wordt vergoed voor **85%** (plafond van 1 500 € per oor).

Vervanging is slechts mogelijk om de 5 jaar, behalve bij wijziging van de gehoorscherppte.

14.3. KOMEN NIET VOOR VERGOEDING IN AANMERKING

onderhoud en batterijen

Ter info:

In geval van ernstige gehoorstoornissen of wanneer het apparaat bestemd is voor een kind van minder dan 18 jaar, kunnen de plafonds en de vervangingstermijnen na voorafgaande goedkeuring worden aangepast.

15. ORTHOPEDISCHE APPARATEN EN ANDERE MEDISCHE HULPMIDDELEN

Ter info:

In bijlage 2, titel II, van de algemene uitvoeringsbepalingen is een tabel met de verschillende soorten apparaten, de hoogte van de vergoeding, de maximale vergoeding en de voorwaarden voor de vergoeding opgenomen.

→ zie rubriek *Voor meer informatie...*

KOMEN NIET VOOR VERGOEDING IN AANMERKING

- de vaste kosten voor de aanpassing van de woning of een voertuig, domotica-, computer- en telebewakingsapparatuur, meubilair niet strikt voor medische doeleinden, zoals relaxfauteuils en andere vergelijkbare artikelen

16. VERVOERSKOSTEN VAN EEN RECHTHEBBENDE VAN HET GSZV

16.1. AANVRAAG VAN DE VERGOEDING

Vóór het vervoer...

vul een verzoek om **voorafgaande goedkeuring** in en voeg daarbij een medisch attest ter rechtvaardiging van de aard en noodzaak van het vervoer. Indien het vervoer regelmatig moet worden herhaald, moeten in het doktersvoorschrift de redenen daarvoor worden gepreciseerd en moet het aantal noodzakelijke trajecten worden aangegeven.

Bij het besluit wordt onder meer rekening met het feit dat de zorg niet kan worden verleend in de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende en/of dat de rechthebbende niet in staat is om openbare of particuliere vervoersmiddelen te gebruiken.

Na het vervoer...

vul een **verzoek om terugbetaling** in en voeg daarbij:

- de bewijsstukken met betrekking tot het vervoer (betaalde facturen, vervoerbewijzen/reisbiljetten enz.).

16.2. HOOGTE VAN DE VERGOEDING

De kosten worden voor **80%** of **100%** (erkende ernstige ziekte) vergoed.

Voor de gevallen waarin de vereiste bewijsstukken ontbreken, is de vergoeding vastgesteld op **80%** respectievelijk **100%** van de prijs van een treinkaartje eerste klas of, in voorkomend geval, van het plafond van 0,22 €/km.

Voor de vergoeding wordt alleen het aan de toestand van de rechthebbende aangepaste vervoermiddel voor het vervoer naar de dichtstbijzijnde instelling of zorgverlener die zijn ziekte op adequate wijze kan behandelen, in aanmerking genomen.

16.3. KOMEN NIET VOOR VERGOEDING IN AANMERKING

vervoerskosten:

- die worden gemaakt om familiale of taalkundige redenen of om redenen van persoonlijke aard
- voor het raadplegen van een huisarts
- voor een thermale kuur of een herstelkuur
- om naar het werk te gaan of om elke andere niet door het afwikkelingsbureau erkende reden
- van repatriëring in geval van ziekte of ongeval
- van opsporing in de bergen, op zee enz.
- van vervoer in een particulier voertuig binnen de agglomeratie van wonen, behalve bij zware, steeds terugkerende behandelingen, zoals radiotherapie, chemotherapie, dialyse enz., in welk geval de kosten na advies van de raadgevend arts worden vergoed

Opgelet:

Naar behoren gemotiveerd dringend vervoer (bijvoorbeeld bij een ongeval) kan zonder voorafgaande goedkeuring worden vergoed. In voorkomende geval kan de raadgevend arts echter wel advies uitbrengen.

De vrije keuze van zorgverlener of ziekenhuis houdt niet automatisch een vergoeding van de vervoerskosten in.

17. BEGRAFENISKOSTEN

Een vaste vergoeding voor begrafeniskosten wordt toegekend aan:

- **de aangeslotene** bij het overlijden van een uit zijnen/haren hoofde aangesloten persoon of in het geval van een doodgeboren kind (van ten minste 22 weken)
- **de echtgeno(o)t(e), erkende partner, kinderen of, bij ontstentenis daarvan, iedere andere persoon die de betaling van de begrafeniskosten staaft:** bij het overlijden van de aangeslotene

17.1. AANVRAAG VAN DE VERGOEDING

De aangeslotene (bij het overlijden van een uit zijnen/haren hoofde aangesloten persoon of in het geval van een doodgeboren kind): zend een uittreksel uit de overlijdensakte naar het afwikkelingsbureau van de aangeslotene.

De rechthebbenden: zend een uittreksel uit de overlijdensakte naar het afwikkelingsbureau van de aangeslotene.

Andere personen: zend het bewijs van betaling van de begrafeniskosten naar het afwikkelingsbureau van de aangeslotene.

17.2. HOOGTE VAN DE VERGOEDING

De vaste vergoeding voor begrafeniskosten bedraagt 2 350 €.

18. VAKANTIE

Het verdient aanbeveling:

- (via GSZV online) een certificaat te printen van de verzekeringsdekking voor u en uw gezinsleden: <https://webgate.ec.testa.eu/RCAM>
- Print ook een verzoek om overname van kosten
http://myintracomm.ec.testa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/form.aspx#1d
- en een ongevalsangifte
http://myintracomm.ec.testa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/form.aspx#4a

Opgelet:

Bepaalde ziekenhuizen accepteren het verzoek om overname van kosten niet en eisen een onmiddellijke betaling. Daarom verdient het aanbeveling een aanvullende verzekering af te sluiten bij een particuliere verzekeringsonderneming. Deze dekt ook de kosten die niet door onze ziektekostenverzekering worden vergoed zoals de vervoers- of repatriëringskosten of het deel van de kosten dat te uwen laste blijft, met name in landen waar de gezondheidszorg duur is.

VOOR MEER INFORMATIE...

INDIEN U TOEGANG HEBT TOT MY INTRACOMM...

https://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx
(toegang Commissie)

http://myintracomm.ec.testa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx
(toegang andere instellingen en agentschappen)

<https://myintracomm-ext.ec.europa.eu/retired>
(toegang voor gepensioneerden)

GSZV online

Met uw ECAS-paswoord heeft u gemakkelijk toegang tot GSZV online. U kunt de stand van uw dossier bij het gemeenschappelijk stelsel van ziektekostenverzekering volgen en uw verzoeken om terugbetaling en verzoeken om medische toestemming (kostenraming voor tandverzorging, ernstige ziekte, voorafgaande goedkeuring) indienen. Volg uw dossiers voor GSZV online met behulp van een kennisgeving per e-mail of door van tijd tot tijd in te loggen:

<https://webgate.ec.europa.eu/RCAM/>

Hier vindt u de laatste versie van de papieren formulieren:

https://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/form.aspx
(toegang Commissie)

http://myintracomm.ec.testa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/form.aspx
(toegang andere instellingen en agentschappen)

<https://myintracomm-ext.ec.europa.eu/retired>
(toegang voor gepensioneerden)

- verzoek om voorafgaande goedkeuring
- verzoek om terugbetaling van ziektekosten
- verzoek tot erkenning van een ernstige ziekte
- verzoek om overname van kosten
- verzoek om overname van kosten voor kosten van verzorging in een herstel- of verzorgingstehuis
- verzoek om voorschot voor hoge medische kosten
- ereloonnota voor tandheelkundige behandeling
- kostenraming voor tandheelkundige behandeling met het oog op voorafgaande goedkeuring
- kostenraming voor orthodontische behandeling met het oog op voorafgaande goedkeuring


Hebt u meer informatie of nodig of wilt u iets vragen? **Neem contact op met PMO.** Een simpele klik volstaat:

<https://ec.europa.eu/pmo/contact/>




OF BEL...



PMO Contact

 +(32)2-29.97777

Bijlagen

- [voorbeeld kwitantie pedicure](#) 
- [voorbeeld kwitantie podoloog](#) 
- [voorbeeld kwitantie osteopaat](#) 
- [voorbeeld kwitantie psycholoog](#) 

- [voorbeeld factuur Italië](#) 