

# Hulpkas voor ziekte- en Invaliditeitsverzekering



Editie 2011

Kennismakingsbrochure

Voordelen & vergoedingen

## Woord vooraf

---

Net zoals de ziekenfondsen biedt de HZIV de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering aan. Wie bij de HZIV verzekerd is, kan een tegemoetkoming krijgen in de kosten van geneeskundige verzorging (artsen, tandartsen, kinesisten, logopedisten, verpleegkundige verzorging, geneesmiddelen, hospitalisatie...). De HZIV betaalt ook een uitkering bij ziekte of invaliditeit.

De inschrijving bij de HZIV is gratis. Aangezien de HZIV enkel de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering aanbiedt, betaalt u geen aanvullende bijdragen. De HZIV verwelkomt iedereen die een beroep doet op haar diensten, ongeacht het medisch, economisch, cultureel of filosofisch profiel van de verzekerde.

In deze brochure vindt u meer informatie over de voordelen en vergoedingen waarop u recht hebt als u verzekerd bent bij de HZIV. Als u meer informatie wenst over de HZIV, kunt u zich wenden tot een van onze gewestelijke diensten (zie bijlage 1) of contact opnemen met onze communicatiedienst (zie hoofdstuk 8).

De HZIV is een openbare instelling van sociale zekerheid en wordt bestuurd door een Beheerscomité (dat samengesteld is uit vertegenwoordigers van de werkgevers- en werknemersorganisaties en 2 regeringscommissarissen). De HZIV staat onder voogdij van de Minister van Sociale Zaken. Haar werking wordt gecontroleerd door het RIZIV, de Controledienst voor de ziekenfondsen en het Rekenhof. Zo garanderen we u een kwaliteitsvolle en transparante dienstverlening.

Luc Goutry  
Voorzitter Beheerscomité

Christine Miclotte  
Adjunct-administrateur-generaal

## Inhoudstafel

Woord vooraf.....	2
1. Ontstaan en nut van de sociale zekerheid.....	6
2. Kennismaking met de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV) .....	7
3. Toetreding tot de HZIV.....	8
3.1. <u>Inschrijving</u> .....	8
3.2. <u>Mutatie</u> .....	9
3.3. <u>Schoolverlaters</u> .....	9
4. Verzekering voor geneeskundige verzorging .....	10
4.1. <u>Wie kan een verzekeringstegemoetkoming genieten?</u> .....	10
4.1.1. Gerechtigden .....	10
4.1.2. De personen ten laste van een gerechtigde .....	10
4.1.3. Recht op geneeskundige verzorging? Wachtijd? .....	12
4.1.4. Hoe lang ben ik verzekerd? .....	12
4.1.5. De sociale identiteitskaart (SIS-kaart) .....	13
4.2. <u>Vergoeding van geneeskundige verstrekkingen</u> .....	14
4.2.1. Terugbetaalbare prestaties door de ziekteverzekering .....	14
4.2.2. Beknopt overzicht van terugbetaalbare prestaties.....	14
4.2.3. Hoeveel bedraagt de verzekeringstegemoetkoming? .....	15
4.2.4. Hoe vraagt u de terugbetaling van uw medische kosten? .....	16
4.3. <u>Verhoogde tegemoetkoming</u> .....	17
4.3.1. De verhoogde tegemoetkoming op basis van een voordeel...	17
4.3.2. De verhoogde tegemoetkoming op basis van een hoedanigheid.....	17
4.3.3. Verhoogde tegemoetkoming op basis van het Omnio-statuu	18
4.3.4. Welke voordelen biedt de verhoogde tegemoetkoming? .....	19
4.4. <u>Geneesmiddelen</u> .....	20
4.4.1. Magistrale bereidingen .....	20
4.4.2. Farmaceutische specialiteiten .....	21
4.5. <u>Ziekenhuisverpleging</u> .....	22
4.5.1. Aandeel in de kosten .....	22
4.5.2. Geneesmiddelen .....	23
4.5.3. Opnameverklaring .....	23
4.5.4. Voorschotten .....	24
4.6. <u>Functionele en professionele revalidatie</u> .....	25
4.7. <u>Rust- en verzorgingstehuizen</u> .....	25
4.8. <u>Rustoorden voor bejaarden</u> .....	26
4.9. <u>Thuisverpleging</u> .....	26
4.10. <u>Het stelsel van de derdebetaler</u> .....	26
4.11. <u>De Maximumfactuur</u> .....	28
4.11.1. De sociale MAF .....	29

4.11.2. De inkomens-MAF.....	30
4.11.3. De MAF chronisch zieke.....	30
4.12. <u>Maatregelen in het voordeel van chronisch zieken</u> .....	31
4.12.1. Forfait voor chronisch zieken.....	31
4.12.2. Maatregelen ten voordele van chronisch zieken.....	31
4.13. <u>Forfait voor incontinente zieken</u> .....	33
4.14. <u>Forfaitaire tegemoetkoming voor palliatieve thuispatiënten</u> .....	33
4.15. <u>Het Globaal Medisch Dossier (GMD)</u> .....	34
4.16. <u>Doorverwijzing naar een geneesheer-specialist</u> .....	35
4.17. <u>Extra terugbetaling anticonceptiemiddelen voor vrouwen jonger dan 21 jaar</u> .....	36
4.18. <u>Hulp bij tabaksontwenning</u> .....	36
4.19. <u>Tegemoetkoming voor coeliakie</u> .....	37
4.20. <u>Tegemoetkoming in de kosten voor dringend ziekenvervoer</u> .....	37
4.21. <u>Wat als u geen terugbetaling krijgt?</u> .....	37
<b>5. Uitkeringsverzekering</b> .....	<b>38</b>
5.1. <u>Wie heeft recht op uitkeringen bij arbeidsongeschiktheid en bij moederschap?</u> .....	38
5.1.1. Werknemers.....	38
5.1.2. Zelfstandigen.....	38
5.2. <u>Aan welke administratieve voorwaarden moet u voldoen?</u> .....	39
5.2.1. Een wachttijd van 6 maanden vervuld hebben of ervan vrijgesteld zijn.....	39
5.2.2. Voldoende bijdragen voor de sociale zekerheid betaald hebben.....	39
5.2.3. Geen onderbreking van meer dan 30 dagen.....	39
5.3. <u>Medische voorwaarden</u> .....	40
5.3.1. Werknemers.....	40
5.3.2. Zelfstandigen.....	40
5.3.3. Mag u tijdens een periode van arbeidsongeschiktheid een deeltijdse activiteit hervatten?.....	41
5.4. <u>Uw rechten en verplichtingen</u> .....	42
5.4.1. Als werknemer of als werkloze.....	42
5.4.2. Als zelfstandige.....	50
5.4.3. De bedrijfsvoorheffing.....	52
5.5. <u>Uitkering voor begrafenkosten</u> .....	54
5.5.1. Werknemers.....	54
5.5.2. Zelfstandigen.....	54
<b>6. U hebt niet altijd recht op uitkeringen</b> .....	<b>55</b>
6.1. <u>Andere betaler of uitkering door andere wetgeving</u> .....	55
6.2. <u>Opzettelijke fout</u> .....	55
6.3. <u>Geen controle of inlichtingen</u> .....	55
<b>7. In het buitenland verblijven of wonen</b> .....	<b>56</b>

7.1.	<u>De verzekering voor geneeskundige verzorging</u> .....	56
7.1.1.	Tijdelijk verblijf .....	56
7.1.2.	Wonen in het buitenland .....	60
7.2.	<u>De uitkeringsverzekering</u> .....	60
7.2.1.	U ontvangt uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid of invaliditeit en u wenst zich voor een verblijf naar het buiten- land te begeven of er te gaan wonen .....	60
7.2.2.	U ontvangt een invaliditeitsuitkering in België maar hebt ook in het buitenland gewerkt .....	61
7.3.	<u>De ziekte- en invaliditeitsverzekering ten voordele van de grensarbeiders</u> .....	61
7.3.1.	U bent grensarbeider (EER) en woont in België .....	62
7.3.2.	U werkt in België maar woont in het buitenland (EER) .....	62
7.3.3.	De rechten van de personen te uwen laste .....	63
<b>8.</b>	<b>Communicatiedienst</b> .....	<b>63</b>
<b>9.</b>	<b>Dienst Klachtenbeheer</b> .....	<b>64</b>
9.1.	<u>Wat is de rol van de Dienst Klachtenbeheer?</u> .....	64
9.2.	<u>Waarover kunt u geen klacht indienen?</u> .....	64
9.3.	<u>Hoe dient u een klacht in?</u> .....	64
9.4.	<u>Hoe zal uw klacht behandeld worden?</u> .....	65
<b>10.</b>	<b>Informatie voor zorgverstrekkers</b> .....	<b>66</b>
<b>Bijlage 1</b>	<b>Adressen, telefoonnummers en openingstijden</b> .....	<b>67</b>
	Gewestelijke dienst 601 Antwerpen .....	67
	Gewestelijke dienst 602 der Brabanten .....	68
	Gewestelijke dienst 603 West-Vlaanderen .....	70
	Gewestelijke dienst 604 Oost-Vlaanderen .....	72
	Gewestelijke dienst 605 Henegouwen .....	73
	Gewestelijke dienst 606 Luik .....	75
	Gewestelijke dienst 607 Limburg .....	76
	Gewestelijke dienst 608 Luxemburg .....	78
	Gewestelijke dienst 609 Namen .....	79
	Gewestelijke dienst 610 Eupen .....	80
<b>Bijlage 2</b>	<b>Tabel van uitkeringsbedragen en inkomensgrenzen</b> .....	<b>82</b>
<b>Bijlage 3</b>	<b>Tabel van persoonlijk aandeel in de verpleegdagprijs (zieken- huis) en persoonlijk aandeel bij verblijf in een revalidatiecen- trum</b> .....	<b>84</b>
<b>Bijlage 4</b>	<b>Statuut van de HZIV</b> .....	<b>86</b>
<b>Bijlage 5</b>	<b>Afkorting en woordenlijst (alfabetisch)</b> .....	<b>87</b>
<b>Bijlage 6</b>	<b>Klachtenformulier</b> .....	<b>92</b>
<b>Bijlage 7</b>	<b>Aanvraagformulier tot inschrijving bij de HZIV</b> .....	<b>94</b>

## 1. Ontstaan en nut van de sociale zekerheid

Wie in de Middeleeuwen financieel verlies leed door ziekte of door een arbeidsongeval, moest zichzelf maar zien te redden. Wie te oud of te ziek was om te werken, wie veel kinderen had of wie geen werk vond, kon zelf volledig opdraaien voor de zware financiële gevolgen. Dergelijke geneeskundige verzorging was voor bijna niemand betaalbaar.

Meer dan 100 jaar geleden begon de industrialisatie. Sommige groepjes arbeiders begonnen regelmatig en op *vrijwillige basis* een deel van hun loon af te staan. Collega's met financiële tegenslagen (ten gevolge van bijv. ziekte of ouderdom) kregen - als ze een bijdrage hadden geleverd aan de gemeenschappelijke spaarpot - een deel van het geld uitbetaald om de kosten te vergoeden. Eigenlijk waren dergelijke initiatieven de voorlopers van de sociale zekerheid.

In 1945, vlak na de Tweede Wereldoorlog, werd in België een *verplicht* systeem van sociale zekerheid ingevoerd. Omdat sindsdien iedereen verplicht is om een bijdrage te betalen, kunnen veel meer risico's worden opgevangen. Op die manier hebben de mensen meer "zekerheid" over hun inkomen, zelfs als ze zware tegenslagen moeten verwerken.

Eén van de takken van de sociale zekerheid is de ziekte- en invaliditeitsverzekering. De andere takken zijn pensioenen, arbeidsongevallen en beroepsziekten, kinderbijslag en werkloosheid.

## 2. Kennismaking met de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV)

Er zijn 2 mogelijkheden om te kunnen genieten van de ziekte- en invaliditeitsverzekering:

- ofwel wordt u lid van één van de 5 ziekenfondsen;
- ofwel sluit u zich aan bij de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV);
- ofwel bent u tewerkgesteld bij de Nationale Maatschappij van de Belgische Spoorwegen (NMBS) en dan bent u aangesloten bij de kas van de NMBS.

Net zoals de ziekenfondsen neemt de HZIV alle prestaties op zich i.v.m. de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen:

- tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige verstrekkingen: in België (zie hoofdstuk 4) en in bepaalde gevallen ook in het buitenland (zie hoofdstuk 7);
- uitkering ter vergoeding van loonverlies door moederschap, ziekte of invaliditeit (zie hoofdstuk 5);
- uitkering voor begrafeniskosten aan degene die de kosten van de begrafenis heeft gedragen (zie 5.5).

Indien nodig verdedigt de HZIV de belangen van zijn verzekerden.

De HZIV biedt enkel de verplichte verzekering aan. De afwezigheid van aanvullende verzekeringen betekent dat er geen aanvullende bijdragen gevraagd worden.

Aangezien de HZIV over een voldoende financiële reserve beschikt, hoeft u geen speciale bijdragen te betalen voor de financiële verantwoordelijkheid.

## 3. Toetreding tot de HZIV

### 3.1. Inschrijving

Iedereen die officieel in België verblijft (werknemer, zelfstandige, ambtenaar, gepensioneerde, werkloze, student, gehandicapte, grensarbeider, vreemdeling<sup>1</sup>, leefloner, invalide, erkende vluchteling, lid van een kloostergemeenschap...) kan zich inschrijven bij de HZIV.

Wanneer voldoende bijdragen voor sociale zekerheid werden ingehouden op uw loon als werknemer, uw bedrijfsinkomen als zelfstandige of op uw vervangingsinkomen, dan betaalt u geen bijdrage. Dat is ook zo als u in een moeilijke sociale situatie verkeert en een leefloon ontvangt of als u kunt aantonen dat uw inkomen niet hoger ligt dan het leefloon. Andere personen zullen naargelang van hun situatie ook nog een wettelijke driemaandelijke bijdrage moeten betalen.

Voor uw inschrijving neemt u het best contact op met één van onze gewestelijke diensten. Het personeel van uw gewestelijke dienst zal graag al uw vragen over de ziekte- en invaliditeitsverzekering beantwoorden. Bij uw inschrijving moet u uw sociale identiteitskaart (SIS-kaart) voorleggen. Hebt u nog geen SIS-kaart? Dan zal uw gewestelijke dienst u er een bezorgen. Bijlage 1 bevat alle nodige informatie (postadressen, e-mailadressen, telefoonnummers, faxnummers en openingstijden) over de gewestelijke diensten.

---

<sup>1</sup> Volgende categorieën "vreemdelingen" komen in aanmerking: (1) personen die van rechtswege toegelaten zijn tot een verblijf van meer dan 3 maanden in het rijk; (2) personen die gemachtigd zijn tot een verblijf van onbepaalde duur; (3) personen die, in afwachting van hun inschrijving in het rijksregister, mits een verklaring van de gemeentelijke overheid als dusdanig worden erkend door de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV.

## 3.2. Mutatie

Als u al ten minste een jaar lid bent van een ander ziekenfonds en uw bijdragen betaald hebt, kunt u zich inschrijven bij de HZIV.

U dient de formulieren "Inschrijving bij de HZIV" en "Mutatie" in bij één van onze gewestelijke diensten, die dan alle formaliteiten afhandelt met uw vroeger ziekenfonds. Zodra het andere ziekenfonds de mutatie ("verandering van ziekenfonds") aanvaardt, kan de gewestelijke dienst uw SIS-kaart bijwerken.

Mutaties gebeuren op 1 januari, 1 april, 1 juli of 1 oktober. Om praktische redenen moeten ze wel een maand voordien worden aangevraagd. Een voorbeeld: als uw gewestelijke dienst uw formulieren ontvangt op 20 februari, dan zult u ingeschreven worden bij de HZIV op 1 april. Als uw gewestelijke dienst uw formulieren ontvangt op 8 maart, zult u ingeschreven worden op 1 juli.

## 3.3. Schoolverlaters

Als u student bent en jonger dan 25 jaar, bent u normaal ingeschreven als persoon ten laste van één van uw ouders.

U bent verplicht zich als gerechtigde te laten inschrijven van zodra u:

- begint te werken;
- wachtgeld ontvangt;
- 25 wordt.

In die gevallen bent u verplicht zich in te schrijven, ook als u nog bij uw ouders woont.

Ook als u na 25 jaar nog student bent, moet u zich laten inschrijven als gerechtigde. Meer info? Zie de hoofdstukken 4.1.1 en 4.1.2.

## 4. Verzekering voor geneeskundige verzorging

De Belgische ziekteverzekering is een “ziektelkostenverzekering”. Uw verzekeringsinstelling betaalt uw medische kosten terug voor zover er terugbetaling mogelijk is. Soms moet u de kosten niet voorschieten, bijvoorbeeld voor ziekenhuisverpleging. Dat is het “derdebetalerssysteem” (zie 4.10).

Hierna wordt uitgelegd wie waarop recht kan hebben en onder welke voorwaarden.

### 4.1. Wie kan een verzekeringstegemoetkoming genieten?

Samengevat komt het er op neer dat vrijwel iedereen recht heeft op geneeskundige verzorging, ofwel als **gerechtigde**, ofwel als **persoon ten laste**.

#### 4.1.1. Gerechtigden

De gerechtigden zijn de personen die het “recht op geneeskundige verzorging openen”. Dat betekent dat gerechtigden personen zijn die in eigen naam recht hebben op geneeskundige verzorging en eventueel uitkeringen.

#### 4.1.2. De personen ten laste van een gerechtigde

Iemand kan recht krijgen op geneeskundige verzorging op basis van een verwantschaps- of samenlevingsband met de gerechtigde. Er zijn voorwaarden in verband met leeftijd, verblijfplaats en inkomen.

De regeling die bepaalt of iemand al dan niet persoon ten laste is, is ingewikkeld; er zijn veel uitzonderingen. Het is onze taak om u hieromtrent wegwijs te maken. Neem gerust contact op met onze diensten. Op de volgende pagina vindt u een korte samenvatting.

➤ **Categorieën personen ten laste**

- ❑ De samenwonende echtgeno(o)t(e) van de gerechtigde
- ❑ In bepaalde gevallen: de feitelijk gescheiden of van tafel en bed gescheiden echtgeno(o)t(e) van de gerechtigde
- ❑ De persoon die met de gerechtigde samenwoont op voorwaarde dat:
  - de echtgeno(o)t(e) van de gerechtigde niet zelf persoon ten laste is; **OF**
  - de echtgeno(o)t(e) van de gerechtigde, die zelf gerechtigde is, niet onder hetzelfde dak woont.
- ❑ De kinderen en kleinkinderen van de gerechtigde of van zijn echtgeno(o)t(e) (of van de persoon die met hem of haar samenwoont of van de ascendent), als ze jonger dan 25 jaar zijn
- ❑ De ascendenten van de gerechtigde of van zijn/haar echtgeno(o)t(e) en eventueel hun schoonvaders of –moeders

➤ **Voorwaarden**

- ❑ De personen ten laste, met uitzondering van de kinderen en van de gescheiden echtgeno(o)t(e), moeten dezelfde verblijfplaats als de gerechtigde hebben. Deze voorwaarde is ook vervuld wanneer de samenwoning tijdelijk geschorst is voor de duur van:
  - de opnemng in een verplegingsinrichting;
  - het verblijf in een erkend rustoord voor bejaarden;
  - het verblijf in een erkend rust- en verzorgingstehuis;
  - het verblijf in een psychiatrisch verzorgingstehuis;
  - in andere gevallen: ten hoogste 3 maanden.
- ❑ De personen ten laste, uitgezonderd van de kinderen, moeten bewijzen dat ze geen beroeps- of vervangingsinkomen hebben dat hoger is dan een bepaald driemaandelijks bedrag (zie bijlage 2: inkomensgrenzen).

- De kinderen moeten jonger zijn dan 25 jaar (of 20 jaar<sup>2</sup> voor de kinderen die hun zelfstandige ouders helpen).

#### 4.1.3. Recht op geneeskundige verzorging? Wachtijd?

Er is geen wachtijd voorzien voor de geneeskundige verzorging. U hebt in principe **onmiddellijk** recht op de verzekeringsprestaties voor geneeskundige verzorging.

#### 4.1.4. Hoe lang ben ik verzekerd?

Het recht dat werd geopend bij de inschrijving, wordt behouden **tot 31 december van het jaar dat volgt**. Nadien wordt het recht behouden van jaar tot jaar, op voorwaarde dat de vereiste bijdragen voor de sociale zekerheid werden betaald voor het refertejaar. Het refertejaar is altijd het voorlaatste jaar dat aan het jaar van het recht voorafgaat.

*Voorbeeld: het is op basis van de bijdragen betaald in 2010 dat het recht op geneeskundige verzorging in het jaar 2012 wordt behouden.*

2010	2011	2012
Jaar X	Jaar X + 1	Jaar X + 2
Refertejaar	Jaar van controle van de rechten van X	Jaar van het recht

De verzekerden die geen persoonlijke bijdragen betalen, hoeven niets te doen om hun recht op geneeskundige verzorging te behouden.

De gegevens die verband houden met de bijdragen ingehouden op de lonen, de uitkeringen wegens arbeidsongeval of beroepsziekte, de bijdragen aan de sociale verzekeringskassen en de gegevens over de werkloosheidsdagen ontvangt de HZIV rechtstreeks van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ).

Alleen de verzekerden die nog niet bij de KSZ zijn geregistreerd, ontvangen

<sup>2</sup> Kinderen van meer dan 18 jaar die hun zelfstandige ouders helpen zijn enkel persoon ten laste als ze de zelfstandige helpen bij of vervangen in het uitoefenen van zijn beroep en géén arbeidsovereenkomst hebben. Deze kinderen verliezen de hoedanigheid van persoon ten laste vanaf 1 januari van het jaar waarin ze 20 jaar worden, of, als ze gehuwd zijn vóór die datum, vanaf de eerste dag van het kalenderkwartaal waarin het huwelijk werd gesloten.

een document dat zij bij hun gewestelijke dienst moeten afgeven als bewijs dat zij hun socialezekerheidsbijdragen hebben betaald.

- ⇒ **Wanneer het recht op geneeskundige verzorging wordt verlengd, zullen de verzekerden worden verzocht zich bij hun gewestelijke dienst te melden om hun SIS-kaart bij te werken (zie volgende rubriek).**

---

#### 4.1.5. De sociale identiteitskaart (SIS-kaart)

---

Iedere sociaal verzekerde moet in het bezit zijn van een sociale identiteitskaart (SIS-kaart: **S**ociaal **I**nformatie **S**ysteem). Aan de hand van de SIS-kaart kan iedere sociaal verzekerde op een betrouwbare manier geïdentificeerd worden door alle instellingen van de sociale zekerheid.

De HZIV reikt van ambtswege een SIS-kaart uit aan haar leden. Zij reikt ook een SIS-kaart uit aan iedere sociaal verzekerde die erom vraagt, zonder dat zijn inschrijving wordt vereist. De kaart is voor alle verzekeringsinstellingen dezelfde. Zij bevat twee soorten informatie:

- **zichtbare** gegevens ingebracht in het geheugen van de kaart: naam, voornaam, geboortedatum, geslacht, identificatienummer bij de sociale zekerheid, kaartnummer en geldigheidsduur van de kaart;
- **niet-zichtbare** gegevens die elektronisch beveiligd zijn: het nummer van de gewestelijke dienst, uw inschrijvingsnummer bij de HZIV, ziekteverzekeringsstatuut, begin- en einddatum van uw recht op terugbetaling van uw ziektekosten en de “derdebetalersregeling”.

U dient de kaart voor te leggen bij de apotheker, in het ziekenhuis en bij uw gewestelijke dienst. De **oranje kleefbriefjes** blijven nog altijd nuttig om u te identificeren bij het uitwisselen van documenten met uw gewestelijke dienst of bij sommige zorgverstrekkers (laboratoria bijvoorbeeld).

U kunt geen dubbel krijgen van uw SIS-kaart. Iedereen heeft slechts één SIS-kaart. De gegevens blijven voor drie maanden geldig bij uw apotheker.

De instellingen van de sociale zekerheid, de fiscale administraties en uw werkgever kunnen de kaart opvragen als persoonsbewijs. Uw werkgever moet ze gebruiken om zijn verplichtingen inzake de sociale en fiscale wetgeving te vervullen. De eerste uitreiking van de SIS-kaart, de uitreiking van de vernieuwde kaart en de vervanging van de kaart waarvan de

geldigheidsduur verstrijkt zijn gratis voor de sociaal verzekerde.

Uw gewestelijke dienst staat in voor de latere bijwerking van uw SIS-kaart of voor vervanging bij verlies, diefstal of beschadiging. In dat geval wordt wel een vergoeding van **2,50 EUR** gevraagd. Als uw beroeps- of familiale toestand wijzigt, licht u uw gewestelijke dienst zo snel mogelijk in. Tijdige mededeling voorkomt latere problemen.

De SIS-kaart heeft een geldigheidsduur van 10 jaar. Ze mag niet meer gebruikt worden na het jaar waarin de geldigheidsduur verstrijkt. De SIS-kaart moet worden vernietigd of terugbezorgd aan de HZIV als ze vervangen of vernieuwd is of bij overlijden.

## 4.2. Vergoeding van geneeskundige verstrekkingen

### 4.2.1. Terugbetaalbare prestaties door de ziekteverzekering

De gewestelijke dienst kan een verzekeringstegemoetkoming verlenen voor medische prestaties die voorkomen in de "nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen". De nomenclatuur is een lijst van alle geneeskundige prestaties die in aanmerking komen voor een terugbetaling door de verplichte ziekteverzekering. Deze lijst is vastgesteld bij koninklijk besluit en wordt gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad.

Wij geven hier een beknopt overzicht van de **belangrijkste prestaties** die terugbetaalbaar zijn door de ziekteverzekering. U kunt aan uw gewestelijke dienst een volledig overzicht vragen.

### 4.2.2. Beknopt overzicht van terugbetaalbare prestaties

- Ziekenhuisverpleging en tijdens de opname geleverde geneesmiddelen
- Genees- en verloskundige verzorging bij bevalling
- Behandelingen bij de opname in een erkend psychiatrisch ziekenhuis
- Heelkundige ingrepen, anesthesie en reanimatie voor zware ingrepen
- Verstrekkingen van röntgendiagnose, radiotherapie, radiumtherapie en nucleaire geneeskunde
- Inwendige geneeskunde
- Een aantal algemene verstrekkingen door specialisten
- Klinische biologie
- Hemodialyse en peritoneale dialyse thuis

- Reiskosten van en naar een sanatorium, antikankercentrum of dialysecentrum
- Prestaties op het vlak van functionele en professionele revalidatie (onder bepaalde voorwaarden)
- Transfusie van bloed, plasma of derivaten aan een persoon die lijdt aan een aangeboren deficiëntie van bloedstollingsfactoren
- Geneesmiddelen, toegediend door middel van een intraveneuze infusie in het kader van een ambulante chemotherapeutische behandeling
- Bijzondere kinesithérapie (in specifieke gevallen)
- Sommige verstrekkingen verleend door bandagisten of orthopedisten mits aan bijzondere voorwaarden voldaan wordt
- Verpleging in rust- en verzorgingstehuizen
- Implantaten, het afleveren van organen en weefsels van menselijke oorsprong
- Enterale voeding via sonde
- Incontinentiemateriaal
- Sommige producten voor thuisverzorging van rechthebbenden met een zware aandoening
- Palliatieve verzorging
- Opname in een centrum voor dagverzorging
- Raadplegingen, bezoeken en adviezen van geneesheren
- Verstrekkingen van verpleegkundigen en kinesitherapeuten
- Tandheelkundige verzorging
- Geneesmiddelen buiten ziekenhuisopname
- Een aantal prothesen en orthopedische toestellen
- Kleine heelkundige ingrepen
- Een klein deel van de kosten voor dringend ziekenvervoer na een oproep via de dienst 100

---

#### **4.2.3. Hoeveel bedraagt de verzekeringstegemoetkoming?**

---

Als u het origineel "getuigschrift voor verstrekte hulp" indient, betaalt uw gewestelijke dienst u een verzekeringstegemoetkoming.

Het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming is afhankelijk van de aard van de geneeskundige verstrekking en van uw persoonlijke situatie. Enkel de geneeskundige verstrekkingen om een ziekte te voorkomen of te behandelen zijn vergoedbaar. Esthetische ingrepen zijn dus niet vergoedbaar.

Om de toegang tot de ziektekostenverzekering betaalbaar te houden voor

iedereen, ook voor mensen die over minder middelen beschikken, werden correctiemechanismen ingebouwd zoals de verhoogde tegemoetkoming en de Maximumfactuur.

Als u in aanmerking komt voor de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, betaalt u minder remgeld. Het remgeld is dat deel van de medische kosten dat niet terugbetaald wordt door uw gewestelijke dienst.

De **Maximumfactuur** werkt als een 'drempel' om het totaal aan remgelden niet te hoog te laten worden. Die drempel houdt rekening met uw financiële middelen. Het gaat hier om **een 'rem' op de remgelden** (zie 4.11).

U kunt aan een huisarts vragen om een **Globaal Medisch Dossier (GMD)** bij te houden. Vanaf dan krijgt u 30% remgeldverlaging voor ieder huisbezoek of iedere raadpleging bij uw huisarts (zie ook 4.15).

#### ➤ **Aard van de geneeskundige verstrekking**

De honoraria van de zorgverleners worden vastgelegd in overeenkomsten (conventies) tussen de zorgverleners en de verzekeringsinstellingen. Van dit **conventietarief** vergoeden wij een bepaald reglementair percentage (soms tot 100%). Het restbedrag (=remgeld) blijft te uwen laste.

Niet geconventioneerde zorgverleners zijn niet gebonden door het conventietarief. Als u zo'n zorgverlener raadpleegt, betalen wij enkel de verzekeringstegemoetkoming op grond van het conventietarief. Naast het remgeld zult u dus ook het verschil moeten betalen tussen het conventietarief en het u gevraagde ereloon (=supplement).

---

#### **4.2.4. Hoe vraagt u de terugbetaling van uw medische kosten?**

---

De terugbetaling van getuigschriften voor verstrekte hulp verloopt zeer snel en eenvoudig. Een bezoek aan het plaatselijk kantoor is niet nodig. U kunt uw getuigschriften per post opsturen en hiervoor gebruik maken van de gratis portbetaalde omslagen. Vergeet niet om een kleefbriefje op het getuigschrift en de omslag te kleven. Enkele dagen later staat het geld op uw rekening. U mag de getuigschriften uiteraard ook nog steeds aan het loket afgeven.

U kunt extra kleefbriefjes of enveloppes op onze website **www.hziv.be** aanvragen.

### 4.3. Verhoogde tegemoetkoming

Er bestaan 3 manieren om het recht op de verhoogde tegemoetkoming te openen:

1° Op basis van het daadwerkelijk genot van een **sociaal voordeel**

2° Op basis van de **hoedanigheid** en een inkomensonderzoek door de verzekeringsinstelling dat aantoont dat de belastbare brutojaarinkomens waarover het gezin in kwestie beschikt, het vigerende plafond niet overschrijden.

3° Op basis van het **OMNIO-statuut**: voor het gezin (samenstelling op 1 januari op basis van de informatie van het rijksregister) waarvan het belastbaar brutojaarinkomen van het voorgaande jaar, het vigerende plafond niet bereikt, op basis van een inkomensonderzoek uitgevoerd door de verzekeringsinstelling.

#### 4.3.1. De verhoogde tegemoetkoming op basis van een voordeel

De verzekerden die van de volgende voordelen genieten, hebben recht op een verhoogde tegemoetkoming:

- Integratietegemoetkoming verleend door het OCMW en vergelijkbare hulp
- Inkomensgarantie voor ouderen (IGO) of een verhoogd pensioen
- Erkend zijn als gehandicapte en een vergoeding vanwege de Federale Overheidsdienst van Sociale Zekerheid ontvangen
- Verhoogde kinderbijslag voor gehandicapte kinderen
- Niet-begeleide minderjarigen

#### 4.3.2. De verhoogde tegemoetkoming op basis van een hoedanigheid

Om van dit recht te genieten moeten de rechthebbenden twee voorwaarden vervullen:

- De voorwaarde van de hoedanigheid
- De voorwaarde van het inkomen

**Voorwaarde van de hoedanigheid:**

- Weduw(naar)(e), invalide, gepensioneerde of wees zijn<sup>3</sup>
- Erkend zijn als gehandicapte (en geen tegemoetkoming ontvangen)<sup>3</sup>
- Volledig langdurig werkloos en minstens 50 jaar oud zijn<sup>3</sup>
- Lid zijn van een kloostergemeenschap<sup>3</sup>
- Deel uitmaken van het vroegere personeel van de openbare sector in Afrika<sup>3</sup>
- Ambtenaar zijn die in disponibiliteit gesteld werd<sup>3</sup>
- Als resident ingeschreven zijn en de leeftijd van 65 jaar bereikt hebben<sup>3</sup>

**Voorwaarde van het inkomen:**

- Inkomsten opgegeven op **de verklaring op erewoord** - belastbaar bruto-inkomen van het gezin op het ogenblik van de ondertekening van de verklaring op erewoord.
- Gezin dat in aanmerking komt: de gerechtigde en de personen te zijnen laste en de echtgeno(o)t(e) (of partner) en de personen ten laste.

---

**4.3.3. Verhoogde tegemoetkoming op basis van het OMNIO-statuut**

---

**Wat is OMNIO?**

Het gaat om een beschermingsmaatregel via de uitbreiding van het recht op het voorkeurtarief inzake geneeskundige verzorging voor verzekerden uit gezinnen met een laag inkomen.

**Voor wie is het OMNIO statuut bedoeld?**

Dit statuut kan toegekend worden aan gezinnen waarvan het belastbaar brutojaarinkomen (beroepsinkomen, roerende en onroerende inkomsten, uitkeringen, pensioenen, ...) van alle gezinsleden voor 2010 lager is dan

---

<sup>3</sup> Deze rechthebbenden moeten bovendien de inkomensvoorwaarde vervullen. Het belastbare brutogezinsinkomen van de persoon die de verhoogde tegemoetkoming wenst te genieten mag het plafond van 15.364,99 EUR niet overstijgen (plus 2.844,47 EUR per persoon ten laste, bedragen vanaf september 2010).

15.163,96 EUR. Dit plafond wordt vermeerderd met 2.807,26 EUR per bijkomend gezinslid bovenop de aanvrager. Onder gezin verstaat men alle personen die officieel gedomicilieerd zijn op hetzelfde adres op 1 januari 2011.

### **Vanaf wanneer en hoe?**

Om ervan te genieten moet u een aanvraag indienen bij uw gewestelijke dienst. U ontvangt een verklaring op erewoord die uzelf en **al uw gezinsleden** moeten invullen.

Opgelet, bij deze verklaring moet u de nodige bewijsstukken voegen:

- Het aanslagbiljet van de personenbelasting dat betrekking heeft op het belastingjaar dat het jaar van de invoering van de verklaring op erewoord voorafgaat, of het laatst ontvangen aanslagbiljet als u niet over het eerstgenoemde beschikt.
- De bewijskrachtige documenten om het jaarinkomen vast te stellen (voorbeeld fiche 281.10). Bij het ontbreken ervan, moeten de bewijskrachtige documenten betrekking hebben op het bedrag van het maandinkomen voor de 12 laatste maanden van het referentiejaar (strook van assignatie of overschrijving, loonfiche, ...).

Daarna zal uw dossier onderzocht worden, teneinde na te gaan of u daadwerkelijk de vereiste voorwaarden vervult om van dit nieuwe statuut te genieten.

### **Wanneer wordt het recht op OMNIO geopend?**

Het recht wordt geopend op **de eerste dag van het kwartaal volgend op de indiening van uw volledig dossier** bij uw gewestelijke dienst. Dit recht blijft in principe geldig tot 31 december van het volgende jaar.

---

#### **4.3.4. Welke voordelen biedt de verhoogde tegemoetkoming?**

***Ze geeft recht op een vermindering van uw persoonlijk aandeel voor:***

- bezoeken en raadplegingen van geneesheren;
- verzorging door verpleegkundigen of kinesitherapeuten;

- technische verstrekkingen van diagnose en behandeling die niet de bekwaaming van geneesheer-specialist vereisen;
- tandheelkundige hulp;
- verpleegdagprijs bij opname in een ziekenhuis;
- geneesmiddelen.

**Opmerking:** soms volstaat het dat u slechts uw remgeld betaalt aan de zorgverlener (informeer bij uw gewestelijke dienst). Wij betalen dan het verzekeringsaandeel rechtstreeks aan de verstrekker (=derdebetalersregeling).

## 4.4. Geneesmiddelen

Er zijn drie types geneesmiddelen:

- **magistrale bereidingen;**
- **farmaceutische specialiteiten beschermd door een octrooi;**
- **farmaceutische specialiteiten waarvan het octrooi vervallen is;** zij worden ingedeeld in volgende twee categorieën (beide categorieën zijn goedkooper):
  - ❖ **merkspecialiteiten;**
  - ❖ **generische specialiteiten.** Dergelijke geneesmiddelen zijn vaak minder duur dan de originele maar ze hebben wel dezelfde therapeutische waarde. Zo betaalt u bijvoorbeeld voor de referentiespecialiteit Imodium Cat C (capsules van 60 x 2 mg) 6,60 EUR<sup>4</sup>, terwijl u voor het generisch geneesmiddel Loperamide (capsules van 60 x 2 mg) slechts 3,01 EUR<sup>5</sup> betaalt.

### 4.4.1. Magistrale bereidingen

Magistrale geneesmiddelen worden door de apotheker zelf gemaakt volgens de voorschriften van de geneesheer. Daarvoor ontvangt de apotheker een

<sup>4</sup> Bedrag op 1 januari 2011; bedrag op vertoon van uw SIS-kaart

<sup>5</sup> Bedrag op 1 januari 2011; bedrag op vertoon van uw SIS-kaart

honorarium. Uw persoonlijk aandeel voor 10 capsules, 50 gr zalf, 100 gr siroop of 5 zetpillen is *in de regel* beperkt tot 1,12 EUR per schijf. Verzekerden met verhoogde tegemoetkoming (BVT, zie 4.3) betalen 0,30 EUR.

Voor 1 flesje oogdruppels of 1 doos steriele kompressen is uw persoonlijk aandeel 2,24 EUR en 0,60 EUR voor verzekerden met verhoogde tegemoetkoming. De magistrale bereidingen waarvoor momenteel geen enkele actieve werkstof opgenomen is in de beperkende lijst komen echter niet in aanmerking voor een verzekeringstegemoetkoming. Als de magistrale bereiding daarentegen echter een of meerdere specialiteiten van categorie A bevat, dan moet u niets betalen.

#### 4.4.2. Farmaceutische specialiteiten

De industrieel bereide geneesmiddelen werden in de volgende categorieën ingedeeld.

##### Tarieven op 1 januari 2011 (niet gehospitaliseerde)

Categorie	Benaming	Concrete voorbeelden	Remgeld	
			Begunstigden van een verhoogde tegemoetkoming (BVT)	Gewoon verzekerden
A	Levensnoodzakelijke geneesmiddelen voor sommige zware en langdurige ziekten	Middelen tegen kanker, suikerziekte, epilepsie	100% terugbetaald Geen remgeld	100% terugbetaald Geen remgeld
B	Nuttige geneesmiddelen op sociaal en geneeskundig vlak	Antibiotica, middelen tegen astma of hoge bloeddruk	85% terugbetaald Remgeld: 15%, met een maximum van 7,30 EUR	75% terugbetaald Remgeld: 25%, met een maximum van 11,00 EUR

<b>B grote verpakking<sup>6</sup></b>			85% terugbetaald Remgeld: 15%, met een maximum van 9,00 EUR	75% terugbetaald Remgeld: 25%, met een maximum van 13,70 EUR
<b>C</b>	Minder nuttige geneesmiddelen op sociaal en geneeskundig vlak	Hormonaal versterkende middelen, middelen tegen allergieën of krampen	50% terugbetaald Remgeld: 50%, met een maximum van 9,00 EUR	50% terugbetaald Remgeld: 50%, met een maximum van 13,70 EUR
<b>Cs</b>	Minder nuttige geneesmiddelen op sociaal en geneeskundig vlak	Bloeddoorstromers, vaatverwijders, griepvaccins	40% terugbetaald Remgeld: 60%, zonder maximum	40% terugbetaald Remgeld: 60%, zonder maximum
<b>Cx</b>	Minder nuttige geneesmiddelen op sociaal en geneeskundig vlak	Anticonceptiepil	20% terugbetaald Remgeld: 80%, zonder maximum	20% terugbetaald Remgeld: 80%, zonder maximum
<b>D</b>	Niet-terugbetaalbare geneesmiddelen	Slaapmiddelen, kalmeermiddelen, pijnstillers, vitamines	Volledige prijs	Volledige prijs

## 4.5. Ziekenhuisverpleging

### 4.5.1. Aandeel in de kosten

Het persoonlijk aandeel van de patiënt in de ligdagprijs verschilt naargelang van de categorie van de rechthebbende, de aard van de kamer (gemeenschappelijke kamer, twee- of éénpersoonskamer) en de periode van opname in het ziekenhuis.

De bedragen in bijlage 3 zijn van toepassing voor een verblijf in een gemeenschappelijke kamer of in een tweepersoonskamer. Vanaf 2010 moet u

<sup>6</sup> Een grote verpakking is een verpakking die meer dan 60 eenheden bevat.

enkel een supplement voor een éénpersoonskamer betalen, tenzij deze kamer om medische redenen noodzakelijk is of als er geen ander type beschikbaar is. In dit laatste geval mag het ziekenhuis geen kamersupplement aanrekenen.

De keuze van het type kamer is echter nog steeds belangrijk om het percentage van de honorariasupplementen van een niet-geconventioneerde arts te bepalen.

Bij elke ziekenhuisopname moet de patiënt ook een aantal forfaits betalen (klinische biologie, radiologie, technische prestaties). De begunstigden van een verhoogde tegemoetkoming (BVT, zie 4.3) genieten naargelang van het geval een vrijstelling of een verminderd tarief en zijn ook beschermd tegen de honorariasupplementen in een 2-persoonskamer.

Er is geen persoonlijk aandeel voor het chirurgisch daghospitaal en daghospitalisatie<sup>7</sup>.

Bij een gewoon hospitaal of een chirurgisch daghospitaal worden het bedrag per opname en de bedragen per dag aangerekend door het hospitaal. Bij daghospitalisatie wordt een forfaitair bedrag aangerekend dat afhankelijk is van de prestatie.

---

#### **4.5.2. Geneesmiddelen**

---

Ongeacht het type kamer betaalt u voor de vergoedbare geneesmiddelen een persoonlijk aandeel van 0,62 EUR per dag. Vergoedbare geneesmiddelen zijn geneesmiddelen die voorkomen op de lijsten van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). Andere geneesmiddelen moet u zelf betalen.

---

#### **4.5.3. Opnameverklaring**

---

Als u in een ziekenhuis wordt opgenomen dan moet u een opnameverklaring invullen en ondertekenen. Hierop dient u duidelijk aan te geven of u verzorgd wil worden tegen het tarief van de conventie of niet en welk type kamer u kiest. Bij de opnameverklaring wordt een document gevoegd met alle nodige informatie over de tarieven in functie van uw keuzes (kamer en


---

<sup>7</sup> Onder chirurgisch dagziekenhuis verstaat men dat u in het ziekenhuis opgenomen wordt, er geopereerd wordt en nog dezelfde dag het ziekenhuis verlaat. Een daghospitalisatie is een hospitalisatie gedurende één dag voor verstrekkingen die geen chirurgische ingreep zijn.

ereloon-supplementen) uitgedrukt in EUR en in % van de tarieven van de overeenkomst. Deze tarieven verschillen naargelang het ziekenhuis.

De keuze van de kamer heeft geen enkele invloed op de kwaliteit van de medische verzorging. Het is niet omdat u een eenpersoonskamer neemt dat u beter verzorgd zult worden. De keuze voor een eenpersoonskamer kan wel tot gevolg hebben dat ereloon-supplementen aan u worden doorgerekend.

Of de arts ereloon-supplementen aanrekent, hangt af van het type van de kamer waarin u verblijft en van het feit of de arts al dan niet geconventioneerd is<sup>8</sup>. In de praktijk moeten er voor twee- en meerpersoonskamers geen ereloon-supplementen betaald worden als de arts geconventioneerd is.

 **Let op!** Als u beslist in een éénpersoonskamer te verblijven, dan is de geconventioneerde arts niet verplicht de tarieven van het RIZIV na te leven (in een tweepersoonskamer wel!).

Als u tot de beschermde sociale categorieën behoort en u hebt niet gevraagd om in een eenpersoonskamer te verblijven, kan men u geen enkel ereloon-supplement aanrekenen, of de arts nu geconventioneerd is of niet.

De supplementen zijn in de praktijk **redelijk hoog**. De maxima van de honorariumsupplementen die kunnen worden aangerekend staan vermeld op de opnameverklaring. De regels i.v.m. honoraria zijn in voortdurende evolutie. Het is dan ook belangrijk om dit document aandachtig te lezen.

➔ **Informeer vooraf bij uw gewestelijke dienst of de arts die u zult raadplegen een akkoord heeft gesloten met de verzekeringsinstellingen.**

---

#### 4.5.4. Voorschotten

---

Een voorschot van maximum 150 EUR kan gevraagd worden aan de recht-hebbende die gehospitaliseerd is in een gemeenschappelijke kamer, ongeacht de dienst en dit ten vroegste op het moment van de opname.

---

<sup>8</sup> Op uw verzoek is het ziekenhuis verplicht u een lijst te overhandigen met de geconventioneerde artsen. U hebt het recht te eisen verzorgd te worden door een geconventioneerde arts tegen de tarieven van het RIZIV.

Dat maximum bedraagt slechts 75 EUR voor de kinderen die persoon ten laste zijn en geen recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming. Voor wie recht heeft op een verhoogde tegemoetkoming en de personen te hunnen laste bedraagt het maximum slechts 50 EUR.

Aan de rechthebbende die gehospitaliseerd is in een tweepersoonskamer kan een bijkomend voorschot gevraagd worden dat maximum 7 maal het bedrag van het supplement voor een twee- of een éénpersoonskamer bedraagt.

Er kan geen voorschot gevraagd worden voor een daghospitalisatie (tenzij de patiënt een een- of een tweepersoonskamer eist waarvoor een supplement vereist is).

#### **4.6. Functionele en professionele revalidatie**

Uw gewestelijke dienst kan u een verzekeringstegemoetkoming verlenen als u deelneemt aan een programma voor functionele of professionele revalidatie. Daarvoor moet u in ieder geval een voorafgaande aanvraag richten aan de adviserend geneesheer. Hij zal zich uitspreken over uw aanvraag, of zal deze, samen met zijn advies, voorleggen hetzij aan het College van geneesheren-directeurs van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), hetzij aan de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit van het RIZIV.

Mits voorafgaande goedkeuring is ook een verzekeringstegemoetkoming mogelijk voor behandelingen en toestellen die bepaald zijn in de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkings (bijvoorbeeld hartdefibrillatoren).

Voor nadere uitleg en bespreking van uw concrete problemen kunt u steeds terecht bij de medische dienst van uw gewestelijke dienst.

#### **4.7. Rust- en verzorgingstehuizen**

Uw gewestelijke dienst komt tegemoet in de kosten voor verblijf en verzorging in een erkend rust- en verzorgingstehuis. Dit bedrag wordt rechtstreeks aan het rustoord betaald. Het is een forfaitair dagbedrag dat gelijk is voor alle "graden van zorgbehoefendheid".

## 4.8. Rustoorden voor bejaarden

Ook voor zorgbehoevende patiënten in erkende rustoorden is een verzekeringstegemoetkoming mogelijk.

## 4.9. Thuisverpleging

De verzekeringstegemoetkoming verschilt naargelang de graad van uw afhankelijkheid.

## 4.10. Het stelsel van de derdebetaler

Dankzij het systeem van de derdebetaler bestaat de **mogelijkheid** dat u het bedrag voor bepaalde geneeskundige verstrekkingen niet meer volledig moet voorschieten. Concreet betaalt u enkel uw persoonlijk aandeel. De HZIV betaalt het bedrag van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering rechtstreeks aan de zorgverstreker. Deze procedure is verplicht voor de verstrekkingen die in het ziekenhuis verleend worden!

➤ De volgende categorieën van verzekerden kunnen aanspraak maken op het stelsel van de derdebetaler op voorwaarde dat de betrokken verstreker dat stelsel wil toepassen.

- 1) De volgende rechthebbenden op een verhoogde tegemoetkoming en de personen te hunnen laste:
  - gepensioneerden, weduwnaars, weduwen, wezen en invaliden;
  - leefloontrekkers;
  - de rechthebbenden aan wie het OCMW steun verleent die gelijkwaardig is aan het leefloon;
  - de rechthebbenden op het Omnio-statuuT;
  - de rechthebbenden met een inkomensgarantie voor ouderen (IGO) of die het recht op de rentebijslag behouden;
  - de rechthebbenden die genieten van een tegemoetkoming voor gehandicapten;

- de gehandicapte gerechtigden;
- de kinderen die een verhoogde kinderbijslag genieten;
- de gerechtigden in gecontroleerde werkloosheid van ten minste 50 jaar en die minimum één jaar de hoedanigheid hebben van volledig werkloze;
- de gerechtigden van minimum 65 jaar die ingeschreven zijn in het Rijksregister.

Voor deze rechthebbenden kan de derdebetaler toegekend worden voor de periode waarin zij recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming.

- 2) Voor de rechthebbenden waarvan het gezin een belastbaar bruto-inkomen heeft dat lager is dan het bedrag dat recht geeft op het leefloon. Zij worden hierdoor vrijgesteld van de betaling van de verplichte bijdrage.
- 3) De rechthebbenden op kinderbijslag die geen verhoogde tegemoetkoming genieten.

Voor de rechthebbenden 1), 2), en 3) vermeldt de HZIV op de SIS-kaart dat het stelsel van de derdebetaler van toepassing is. U kunt in uw gewestelijke dienst ook een attest verkrijgen waarop dit vermeld wordt. Het attest wordt voorgelegd aan de zorgverstrekkers die de SIS-kaart niet gebruiken.

➤ **Toepassing van het stelsel van de derdebetaler voor bepaalde verstrekkingen en onder bepaalde voorwaarden**

- 1) Voor de verstrekkingen verleend aan rechthebbenden die zich in een individuele financiële noodsituatie bevinden.

In dit geval gaat de HZIV over tot de toepassing van het stelsel van de derdebetaler op basis van:

- ofwel een verklaring op erewoord, ondertekend door de patiënt, waarin hij verklaart te verkeren in een individuele financiële noodsituatie, waar de wetgeving de mogelijkheid biedt het stelsel van de derdebetaler te genieten;

- ofwel een attest van een zorgverstreker met een verklaring van de patiënt dat hij zich in een individuele financiële noodsituatie bevindt, waar de wetgeving de mogelijkheid biedt van het stelsel van de derdebetaler te genieten.
- 2) Voor de verstrekkingen verleend in medische huizen in het kader van een overeenkomst die voorziet in de forfaitaire betaling van bepaalde verstrekkingen.
  - 3) Voor de verstrekkingen verleend in centra voor mentale gezondheid, centra voor familiale planning en seksuele voorlichting en centra voor de opvang van verslaafden.
  - 4) Voor de verstrekkingen verleend in inrichtingen die gespecialiseerd zijn in de zorgverstrekking aan kinderen, bejaarden of gehandicapten.
  - 5) Voor de verstrekkingen verleend aan rechthebbenden in geval van overlijden of die zich in een comateuze toestand bevinden.
  - 6) Voor de raadplegingen bij een tandarts verleend aan kinderen onder de 18 jaar.
  - 7) Voor de bezoeken, consultaties, raadplegingen van de adviserend geneesheer in het kader van de sociale derdebetaler.
  - 8) Voor alle prestaties verleend in het kader van een algemene medische wachtdienst.

➔ **Vraag gerust informatie aan uw gewestelijke dienst!**

#### 4.11. De Maximumfactuur

De **Maximumfactuur (MAF)** biedt elk gezin de garantie dat het niet meer moet uitgeven aan kosten voor geneeskundige verzorging dan een bepaald maximumbedrag (plafond). Dat plafond wordt bepaald op basis van het gezinsinkomen.

Onder gezondheidskosten verstaan wij onder andere het remgeld voor:

- erelonen van artsen, tandartsen, kinesitherapeuten en verpleegkundigen;

- kosten voor technische prestaties (bijv. radiografieën, chirurgische ingrepen, technische testen en laboratoriumonderzoek);
- geneesmiddelen A, B en C;
- enterale voeding via sonde of stoma voor jongeren t.e.m. 18 jaar;
- forfaitair persoonlijk aandeel voor de geneesmiddelen tijdens een hospitalisatie;
- endoscopisch en viscerosynthesemateriaal;
- alle hospitalisatiekosten in een algemeen ziekenhuis en de hospitalisatiekosten voor de eerste 365 dagen in een psychiatrisch ziekenhuis;
- afleveringsmarges en veiligheidsmarges van implantaten en magistrale bereidingen.

Er bestaan 3 soorten Maximumfacturen:

- de Maximumfactuur op basis van de sociale categorie waartoe de rechthebbende behoort of de "sociale MAF";
- de Maximumfactuur op basis van het gezinsinkomen van de rechthebbende of de "inkomens-MAF";
- de maximumfactuur voor de gezinnen met (een) chronisch zieke(n); wordt **gecombineerd** met bovenstaande types.

---

#### 4.11.1. De sociale MAF

---

Om van de sociale MAF te kunnen genieten, moeten twee voorwaarden vervuld zijn.

1. Het gezin moet minimum 450 EUR persoonlijke aandelen (remgeld) betaald hebben.
2. De persoon moet recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming en het voorwerp zijn van een controle van de inkomsten voorafgaand aan de verwerving van het recht.

#### 4.11.2. De inkomens-MAF

Gezinnen met een bescheiden inkomen (<25.299,80 EUR per jaar) worden terugbetaald van zodra wij vernemen dat ze voor het betreffende jaar meer dan 450 of 650 EUR aan remgeld betaald hebben. Voor de andere gezinnen is het plafond afhankelijk van de inkomensschijf waartoe zij behoren.

In de MAF 2011 wordt rekening gehouden met de inkomens van het jaar 2008 (X-3). Als uw gezin een belangrijke financiële tegenslag kent, kunt u verklaren dat u van een hoog naar een bescheiden of laag inkomen teruggevallen bent en een versnelde terugbetaling van de persoonlijke aandelen aanvragen. Het gaat om de "Verklaring op erewoord". U kunt het formulier aan uw gewestelijke dienst vragen.

De inkomens-MAF omvat de volgende categorieën:

Netto inkomen van belastbare gezinnen <sup>9</sup>	Grensbedrag van de remgelden
Kinderen jonger dan 19 jaar	650 EUR
Van 0 tot 16.457,15 EUR	450 EUR
Van 16.457,16 EUR tot 25.299,79 EUR	650 EUR
Van 25.299,80 EUR tot 34.142,46 EUR	1.000 EUR
Van 34.142,47 EUR tot 42.616,66 EUR	1.400 EUR
Vanaf 42.616,67 EUR	1.800 EUR

#### 4.11.3. De MAF chronisch zieke

Verzekerden met belangrijke uitgaven voor geneeskundige verzorging kunnen **vanaf de MAF 2009** genieten van een nieuwe bijkomende maatregel. Als het remgeld, gedurende **twee opeenvolgende jaren, meer bedraagt dan 450 EUR (ongeacht de inkomsten)**, wordt, vanaf het derde jaar, een lineaire vermindering van het grensbedrag voor het MAF-gezin van **100 EUR** toegestaan zodat deze personen sneller kunnen genieten van de terugbetaling tegen 100% van de kosten inzake geneeskundige verzorging. Ze worden dan automatisch beschouwd als „chronische zieken“.

Dit betekent dus dat men voor een verzekerde die in 2009 480 EUR aan remgeld betaald heeft en in 2010 670 EUR, men voor 2011, 100 EUR zal aftrekken van het plafond.

<sup>9</sup> Referentiebedragen voor het MAF-jaar 2011

Opgelet! Als het gezin meerdere chronische zieken telt, zal eenmalig een forfaitaire vermindering van 100 EUR toegepast worden.

## **4.12. Maatregelen in het voordeel van chronisch zieken**

### **4.12.1. Forfait voor chronisch zieken**

Een jaarlijks forfaitair bedrag wordt toegekend aan rechthebbenden die zich in een bepaalde sociale situatie bevinden (handicaps, verpleegkundige verzorging, verhoogde kinderbijslag, 6 maanden kinesitherapie voor een E-pathologie, hulp van derden...). Het bedrag in 2011 (279,69 EUR; 419,54 EUR; 559,37 EUR) varieert in functie van de categorie die recht geeft op het forfait. Via uw gewestelijke dienst kunt u vernemen of u de voorwaarden vervult om een forfait als chronisch zieke te genieten.

U moet bovendien 450 EUR aan persoonlijk aandeel betaald hebben tijdens het vorige jaar en 365 EUR voor het lopende jaar als u deel uitmaakt of uitgemaakt hebt van een voorkeurencategorie gedurende minstens 1 dag tijdens het referentiejaar.

### **4.12.2. Maatregelen ten voordele van chronisch zieken**

#### **4.12.2.1. Actieve verbandmiddelen**

Er zijn twee types tegemoetkomingen voor verzekerden met chronische wonden die na 6 weken onvoldoende genezen zijn:

- een forfaitaire tegemoetkoming van 21,34 EUR per maand;
- een bijkomende tegemoetkoming van 0,25 EUR per verpakking voor een aantal verbanden die afgeleverd worden door openbare officina op vertoon van voorschriften met de vermelding "derdebetaler van toepassing".

#### **4.12.2.2. Pijnstillers**

Voortaan is er een tegemoetkoming van 20% voorzien voor een aantal pijnstillers (op basis van paracetamol). Het bedrag dat voor deze pijnstillers te uwen laste is, wordt opgenomen in de Maximumfactuur.

Om van deze tegemoetkoming te kunnen genieten, moet men zich in een situatie van aanhoudende chronische pijn bevinden (bijvoorbeeld: kanker, fibromyalgie...).

#### 4.12.2.3. Reiskosten van de begeleidende voogden in het kader van een therapie tegen kanker voor hun gehospitaliseerd kind

Naast de tegemoetkoming van 0,25 EUR/km (+ volledige terugbetaling van het openbaar vervoer) voor de personen met een ambulante therapie tegen kanker, worden de kosten van de ouders of wettelijke voogden van een kind van minder dan 18 jaar dat gehospitaliseerd is (het is te zeggen een dagverblijf van minimum 1 nacht in een hospitaal) in het kader van een therapie tegen kanker voortaan vergoed aan **0,25 EUR/km met een maximum van 75 EUR per dag**.

Het aanvraagformulier moet ingevuld worden door de arts van het centrum en vervolgens aan uw gewestelijke dienst terugbezorgd worden.

#### 4.12.2.4. Syndroom van Sjögren

Uw gewestelijke dienst betaalt u **maandelijks** een forfaitaire tegemoetkoming van **21,34 EUR**, als tussenkomst in de kosten voor ooggel en kunsttranen.

Dit recht wordt geopend op vertoon aan uw gewestelijke dienst van een formulier dat uw reumatoloog volledig invult en waaruit blijkt dat u de criteria vervult voor het syndroom van Sjögren.

#### 4.12.2.5. Diabetes

U kunt een "Diabetespas" aanvragen bij uw gewestelijke dienst. De arts die u als patiënt volgt, krijgt daardoor een centrale plaats. Indien nodig verwijst hij u naar een podoloog of diëtist.

Diabetespatiënten kunnen thuis van een verpleegkundige een opleiding krijgen om zelfregulering toe te passen en de leefregels (voethygiëne, glycemiecontrole...) na te volgen.

Naast thuisverzorging is ook verzorging mogelijk in ziekenhuizen via gespecialiseerde revalidatiecentra en via curatieve voetklinieken. Het verzorgingsaanbod hier is gericht op de patiënten voor het leren kennen van hun ziekte, de gevolgen, de behandeling en het dieet dat voorgeschreven wordt.

#### 4.12.2.6. Zorgtrajecten

Een zorgtraject is een schriftelijke verbintenis voor minimum 4 jaar tussen de patiënt, zijn huisarts en de geneesheer-specialist.

Er worden zorgtrajecten ingevoerd voor de volgende gevallen:

- een zorgtraject werd ingevoerd vanaf 1 juni 2009 voor personen die lijden aan chronische nierinsufficiëntie;
- de zorgtrajecten voor de patiënten met diabetes type 2 werden sinds 1 september 2009 ingevoerd, bij het starten met insuline-injecties of waarbij 2 insuline-injecties per dag nodig zijn.

Het zorgtraject beoogt de coördinatie van de verzorging te garanderen en de aanpak en de opvolging van de patiënt te organiseren.

In het kader van de zorgtrajecten wordt de verzekerde tegen 100% terugbetaald voor alle raadplegingen bij artsen die betrokken zijn bij de behandeling van de chronische aandoening. De opvolging van een verzekerde in een zorgtraject verzekert tevens de bevoorrading in materiaal (strips, lancetten en glucosemeter voor diabetespatiënten en bloeddrukmeter voor patiënten die lijden aan nierinsufficiëntie), en ander materiaal dat nodig is in het kader van de behandeling.

#### 4.13. Forfait voor incontinentie zieken

Een forfaitaire tegemoetkoming van 459,59 EUR voor incontinentiemateriaal kan jaarlijks worden toegekend onder vastgestelde voorwaarden (forfait B of C gedurende 4 maanden op 12 van het betreffende jaar en incontinentiescore). U kunt meer inlichtingen krijgen bij uw gewestelijke dienst.

#### 4.14. Forfaitaire tegemoetkoming voor palliatieve thuispatiënten

Er bestaat een forfaitaire vergoeding van 603,12 EUR<sup>10</sup> voor geneesmiddelen, verzorgingsmateriaal (sondes, spuitaandrijvers, pijnpomp enz.) en de bijkomende hulpmiddelen (speciale matrassen en bedden, zelfoprichters, urinalen enz.). De bedoeling is om de financiële nadelen voor wie thuis (en niet in het ziekenhuis) wil sterven te verzachten.

---

<sup>10</sup> Bedrag op 1 januari 2011

Als u deze tegemoetkoming wilt genieten, moet uw huisarts een formulier invullen en terugsturen naar de adviserend geneesheer. De gewestelijke dienst betaalt onmiddellijk na ontvangst van het akkoord van de adviserend geneesheer. Een periode van 30 dagen wordt gedekt te rekenen vanaf de datum van het akkoord van de geneesheer. De tegemoetkoming is een tweede keer hernieuwbaar na het verstrijken van de periode.

Alle persoonlijke aandelen voor de verstrekkingen die door de huisarts verleend werden kunnen terugbetaald worden, zowel thuis als in een dienst voor palliatieve zorgen en op voorwaarde dat een palliatief forfait aangevraagd en goedgekeurd werd. Sinds 1 mei 2009, moeten de palliatieve patiënten, andere dan die die het "palliatieve statuut" genieten, geen persoonlijk aandeel meer betalen. Dit geldt eveneens voor de patiënten die in een instelling met gemeenschappelijke woonplaats verblijven (ROB-RVT, PVT, ...).

#### 4.15. Het Globaal Medisch Dossier (GMD)

Iedereen kan bij de huisarts een **Globaal Medisch Dossier (GMD)** aanvragen. Het bijhouden van een GMD verbetert de opvolging van uw dossier. **Uw medische gegevens worden gecentraliseerd** zodat de arts die uw GMD bijhoudt een overzicht heeft van uw gezondheidstoestand. Dit voorkomt onnodige onderzoeken en dubbele behandelingen.

##### Wat is uw voordeel?

Dankzij het GMD krijgt u een **vermindering van 30% op uw remgeld** voor huisbezoeken en raadplegingen in het kabinet van uw geneesheer. De terugbetaling voor de bezoeken met een GMD hangt af van de categorie van gerechtigde waartoe u behoort: jonger dan 10 jaar, tussen 10 en 75 jaar, ouder dan 75 jaar, chronisch zieke of palliatieve patiënt.

##### Hoe een GMD aanvragen?

U vraagt uw **huisarts** om een GMD te openen tijdens een volgende raadpleging in zijn spreekkamer of tijdens een huisbezoek. U hoeft daarvoor dus niet speciaal naar uw arts te gaan. De opening van het GMD kost u **28,15 EUR<sup>11</sup>**, maar dat bedrag wordt **volledig terugbetaald** door uw gewestelijke dienst.

---

<sup>11</sup> Bedrag op 1 januari 2011

### **Hoe lang blijft een GMD geldig?**

Een GMD dat u in de loop van een kalenderjaar aanvraagt, blijft geldig t.e.m. **31 december van het tweede daaropvolgende kalenderjaar**. Als u bijvoorbeeld op 11 april 2011 een GMD laat openen, blijft het geldig t.e.m. 31 december 2013.

## **4.16. Doorverwijzing naar een geneesheer-specialist**

U hebt recht op een vermindering van remgeld als uw huisarts u doorverwijst naar de geneesheer-specialist en op voorwaarde dat u over een Globaal Medisch Dossier beschikt (zie 4.15).

### **Hoeveel bedraagt de vermindering?**

De vermindering op de raadpleging van de geneesheer-specialist bedraagt 2 EUR voor wie recht heeft op een verhoogde tegemoetkoming en 5 EUR voor de andere rechthebbenden.

De vermindering geldt slechts één keer per specialisme per jaar!

### **Hoe kunt u deze vermindering genieten?**

U moet eerst en vooral in het bezit zijn van een Globaal Medisch Dossier. Vervolgens moet u het verwijzingsdocument dat uw huisarts volledig ingevuld heeft en het getuigschrift voor verstrekte hulp van uw geneesheer-specialist aan uw gewestelijke dienst bezorgen.

### **Over welke specialismen gaat het?**

U kunt een vermindering krijgen voor de volgende disciplines: interne geneeskunde, cardiologie, neurologie, gastro-enterologie, psychiatrie, pneumologie, neuropsychiatrie, reumatologie, pediatrie, dermatovenerologie, endocrino-diabetologie, gynaecologie, geriatrie, oftalmologie, otorhinolaryngologie, stomatologie en urologie.

## 4.17. Extra terugbetaling anticonceptiemiddelen voor vrouwen jonger dan 21 jaar

Er is een bijkomende terugbetaling voor de aankoop van anticonceptiemiddelen voor **vrouwen jonger dan 21 jaar**. Deze tussenkomst bedraagt ongeveer **3 EUR per maand**.

Enkele voorbeelden van anticonceptiemiddelen: orale combinatiepillen met oestrogeen en progestageen, prikpillen en minipillen, anticonceptiepleisters, hormoonhoudende en koperhoudende spiraaltjes, intravaginale ringen, hormoonhoudende staafjes of implantaten, noodpillen (**er is geen terugbetaling voor het condoom**).

### Hoe tegemoetkoming verkrijgen?

Om recht te hebben op deze tegemoetkoming tonen deze vrouwen hun voorschrift voor een anticonceptiemiddel en hun SIS-kaart bij hun apotheker.

## 4.18. Hulp bij tabaksontwenning

Sinds 1 oktober 2009 is een gedeeltelijke terugbetaling voorzien van raadplegingen bij een arts/tabacoloog in het kader van de hulp bij tabaksontwenning.

De tegemoetkoming bedraagt:

- 30 EUR voor een eerste zitting over een periode van twee kalenderjaren;
- 20 EUR voor de volgende zittingen met een maximum van 7 zittingen in een periode van twee kalenderjaren;
- 30 EUR per zitting voor zwangere vrouwen met een maximum van 8 zittingen per zwangerschap.

### Wie heeft recht op deze tegemoetkoming?

Alle rokers zonder uitzondering en niet meer enkel zwangere vrouwen en hun partner, zoals in de oude reglementering.

### Bij wie kan ik terecht voor hulp bij tabaksontwenning?

U kan terecht bij uw huisarts, bij een specialist of bij een tabacoloog. De lijst van de tabacologen kan verkregen worden op de site van de VRGT

[www.vrgt.be](http://www.vrgt.be).

### Hoe krijgt u de zittingen terugbetaald?

U moet enkel uw getuigschriften voor geneeskundige verzorging bezorgen aan uw Gewestelijke Dienst, of het factureringsdocument indien uw tabacoloog geen RIZIV-nummer heeft. De artsen/tabacologen moeten een follow-updocument invullen.

#### 4.19. Tegemoetkoming voor coeliakie

Als u aan coeliakie (glutenallergie) lijdt, kunt u een tegemoetkoming van 38 EUR per maand krijgen. Het is niet meer nodig om uw facturen voor te leggen want de betaling gaat automatisch naar uw bankrekening. U moet wel een voorafgaande toestemming hebben van de adviserend geneesheer.

#### 4.20. Tegemoetkoming in de kosten voor dringend ziekenvervoer

Tegen afgifte van een getuigschrift of een factuur, betalen wij u de kosten terug voor dringend ziekenvervoer per ziekenwagen tegen 50% van de officiële tarieven en voor zover een beroep gedaan werd **op de eenvormige dienst 100**.

#### 4.21. Wat als u geen terugbetaling krijgt?

Voor "uitzonderlijke" geneeskundige verstrekkingen die niet terugbetaald worden, kunt u een tegemoetkoming krijgen van het **Bijzonder Solidariteitsfonds** van het RIZIV.

Het betreft enkel dure verstrekkingen die doeltreffend een zeldzame aandoening behandelen van een vitale functie. De verpleegster of maatschappelijke assistente van uw gewestelijke dienst zal u de voorwaarden toelichten en u helpen bij het indienen van uw aanvraag.


Voor kinderen **jonger dan 19** die lijden aan een **levensbedreigende chronische ziekte** is ook een tussenkomst van het Bijzonder Solidariteitsfonds mogelijk. Er zijn wel heel strenge voorwaarden aan verbonden.

## 5. Uitkeringsverzekering

Zowel werknemers als zelfstandigen hebben hetzelfde recht op prestaties van de ziektekostenverzekering. Voor de twee groepen is er echter een andere regeling van toepassing in de uitkeringsverzekering.

**Werknemers** krijgen een uitkering die afhangt van hun vroegere loon en hun gezinssituatie. De uitkering heeft tot doel om het loonverlies te compenseren.

**Zelfstandigen** krijgen een forfaitaire uitkering afhankelijk van hun gezinssituatie en het al dan niet stopzetten van hun bedrijf.

 **Opgelet! Vastbenoemde ambtenaren** komen niet in aanmerking voor de uitkeringsverzekering. Een aparte regeling is voor hen van toepassing. Eerst worden de zogenaamde ziektedagen uitgeput. Vervolgens kan een ambtenaar op "disponibiliteit" gezet worden. Een vastbenoemde ambtenaar kan dus niet "op de ziekenkas staan".

### 5.1. Wie heeft recht op uitkeringen bij arbeidsongeschiktheid en bij moederschap?

#### 5.1.1. Werknemers

- Werknemers en gelijkgestelden waarvoor voldoende bijdragen voor sociale zekerheid worden betaald (sector uitkeringen)
- Gecontroleerde werklozen
- Werkneemsters die, na een periode van arbeid, werkloosheid of arbeidsongeschiktheid, het werk onderbreken of niet hervatten om ten vroegste vanaf hun 5<sup>de</sup> maand zwangerschap te rusten

#### 5.1.2. Zelfstandigen

- Zelfstandigen en helpers onderworpen aan het sociaal statuut, die voldoende bijdragen hebben betaald voor de sector uitkeringen
- Meewerkende echtgenoten onderworpen aan de sector uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid en moederschap
- Zelfstandigen toegelaten tot de voortgezette verzekering onder bepaalde voorwaarden

## **5.2. Aan welke administratieve voorwaarden moet u voldoen?**

### **5.2.1. Een wachttijd van 6 maanden vervuld hebben of ervan vrijgesteld zijn**

Het recht op uitkeringen wordt geopend nadat een wachttijd is volbracht. Sommige personen kunnen vrijgesteld zijn, zoals schoolverlaters. Deze wachttijd bedraagt in principe 6 maanden, waarin minstens 120 arbeidsdagen (zesdagenstelsel) of daarmee gelijkgestelde dagen (ziektedagen gelden niet als gelijkgestelde dagen) moeten voorkomen. Tijdens die periode moeten voldoende bijdragen voor de sociale zekerheid zijn ingehouden. Voor interimarbeiders, seizoenarbeiders en arbeiders bij tussenpozen kan een aangepaste regeling toegepast worden.

Via een document van de sociale verzekeringskas bewijzen zelfstandigen dat zij de sociale bijdragen betaald hebben gedurende een periode van 6 maand die het kwartaal voorafgaat waarin het risico optrad.

### **5.2.2. Voldoende bijdragen voor de sociale zekerheid betaald hebben**

Zodra het recht is geopend (na eventuele wachttijd), moeten voor het tweede en derde kwartaal die voorafgaan aan dat waarin de arbeidsongeschiktheid is begonnen, voldoende bijdragen voor de sociale zekerheid zijn betaald.

Werknemers moeten ook aantonen dat zij gedurende 120 arbeidsdagen de hoedanigheid van gerechtigde hadden.

### **5.2.3. Geen onderbreking van meer dan 30 dagen**

Er mag geen onderbreking zijn van meer dan 30 dagen tussen de aanvang van de arbeidsongeschiktheid en het verlies van de hoedanigheid van gerechtigde.

## 5.3. Medische voorwaarden

---

### 5.3.1. Werknemers

---

Om te kunnen worden erkend als arbeidsongeschikt moeten de volgende voorwaarden vervuld zijn:

- **Stopzetting** van **alle** arbeid. Enkel met voorafgaande toelating van de adviserend geneesheer mag u deeltijdse arbeid hernemen. Uw uitkering zal dan wel aangepast worden.
- De arbeidsstopzetting moet **rechtstreeks** toe te schrijven zijn aan het optreden of verergeren van letsels of functionele stoornissen.
- Door die letsels of functionele stoornissen wordt uw vermogen tot verdienen verminderd tot een derde van wat een vergelijkbare persoon kan verdienen (u moet **tenminste 66% arbeidsongeschikt** zijn).

Tijdens de eerste zes maanden wordt voor de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid enkel rekening gehouden met uw vorige activiteit. Nadien wordt rekening gehouden met de beroeps categorie waartoe uw arbeid behoort, en met de verschillende beroepen die u vroeger hebt uitgeoefend of zou kunnen uitoefenen gelet op uw opleiding.

Tijdens het eerste jaar van de ongeschiktheid bent u onderworpen aan de medische beoordeling van de adviserend geneesheer. Nadien beslist de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit van het RIZIV. De adviserend geneesheer is ook bevoegd om een einde te maken aan de invaliditeit.

---

### 5.3.2. Zelfstandigen

---

Tijdens het eerste jaar spreekt de adviserend geneesheer zich uit over de arbeidsongeschiktheid: u moet uw beroepsactiviteiten hebben stopgezet wegens ziekte of letsels. De adviserend geneesheer kan u een voorafgaande toelating verlenen tot hervatting van activiteiten om u opnieuw in te schakelen in uw vroeger of in een ander beroep, met tijdelijk behoud van uw uitkeringen.

Na het eerste jaar oordeelt de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit van het RIZIV. U moet niet alleen voor uw vroeger beroep arbeidsongeschikt zijn, maar ook voor alle andere beroepsbezigheden, waarmee u ook zou kunnen

worden belast, met inachtneming van uw beroepsopleiding en leeftijd.

---

### 5.3.3. Mag u tijdens een periode van arbeidsongeschiktheid een deeltijdse activiteit hervatten?

---

Als u wilt werken tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid, dan moet u contact opnemen met onze adviserend geneesheer **voordat** u de arbeid aanvat. Dat geldt ook voor vrijwilligerswerk. Het doet er niet toe of de bezigheid slechts uitzonderlijk wordt verricht. **Zoniet loopt u immers het risico om alle uitkeringen te moeten terugbetalen.**

U hebt in elk geval (schriftelijke) toestemming van de adviserend geneesheer nodig voordat u het werk aanvat. Neem altijd contact op met ons als u van plan bent het werk te hervatten.

## 5.4. Uw rechten en verplichtingen

### 5.4.1. Als werknemer of als werkloze

#### 5.4.1.1. Uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid

##### ➤ Bedragen

**1. Tijdens het eerste jaar: een daguitkering van 60% van uw begreemd gederfd loon, met inachtneming van het door de werkgever te betalen gewaarborgd loon (maximumbedrag per dag: 72,95 EUR)**

**2. Tijdens het eerste jaar arbeidsongeschiktheid: de primaire uitkeringen**

Dagbedrag	Gezinslast	Alleenstaand	Samenwonend
Principe	60%	60%	60%
● Maximum <sup>12</sup>	72,95 EUR	72,95 EUR	72,95 EUR
● Minimum regelmatig werknemer (na 6 maanden)	49,26 EUR	39,42 EUR	33,80 EUR
● Minimum niet regelmatig werknemer (na 6 maanden)	37,96 EUR	28,47 EUR	28,47 EUR

**3. Na één jaar arbeidsongeschiktheid: de periode van invaliditeit**

Dagbedrag	Gezinslast	Alleenstaand	Samenwonend
Principe	65%	55%	40%
● Maximum (invalide vanaf 1/1/2011)	79,03 EUR	66,87 EUR	48,63 EUR
● Minimum regelmatige werknemer	49,26 EUR	39,42 EUR	33,80 EUR
● Minimum niet regelmatige werknemer	37,96 EUR	28,47 EUR	28,47 EUR

Situatie en bedragen op 1/1/2011. Voor info over geactualiseerde bedragen: neem contact op met uw gewestelijke dienst of zie [www.riziv.be](http://www.riziv.be). Dit overzicht is indicatief. De berekening van uitkeringen is een complexe aangelegenheid. Neem contact op met uw gewestelijke dienst voor meer informatie.

##### Opmerkingen

1. Werklozen genieten geen gewaarborgd loon. Tijdens de eerste zes maanden van de arbeidsongeschiktheid ontvangen werklozen een bedrag dat gelijk is aan de werkloosheidsvergoeding. Vanaf de 1<sup>ste</sup> dag van de 7<sup>de</sup>

<sup>12</sup> Begin arbeidsongeschiktheid vanaf 1/1/2011

maand van de arbeidsongeschiktheid worden de uitkeringen berekend volgens de hiervoor vermelde percentages.

2. De uitkeringen worden voor alle gerechtigden beperkt tot een reglementair vastgelegd maximumbedrag. Vanaf het begin van de 7<sup>de</sup> maand van arbeidsongeschiktheid geldt een minimum toe te kennen bedrag (zie bijlage 2).

3. Gerechtigden die een erkenning hebben gekregen voor hulp van derden, kunnen, vanaf de 4<sup>de</sup> maand van hun arbeidsongeschiktheid, naast hun normale daguitkering, een forfaitaire dagelijkse toelage krijgen (zie bijlage 2).

➤ **Hoe vraagt u uw uitkering aan?**

U moet van uw arbeidsongeschiktheid aangifte doen. Om geldig te zijn, moet de aangifte gebeuren aan de hand van het document "**Aangifte van arbeidsongeschiktheid**" (ook bekend als het document "Vertrouwelijk"). Let op: werknemers en zelfstandigen hebben elk hun specifiek formulier (de regeling voor zelfstandigen vindt u terug onder 5.4.2.). U kunt het document bij uw gewestelijke dienst of op onze website [www.hziv.be](http://www.hziv.be) aanvragen. Zorg ervoor dat u altijd een voorraad van dit document hebt!


Vul de rubrieken in die voor u bestemd zijn en laat het medische gedeelte door uw arts invullen. Stuur het vervolgens naar de adviserend geneesheer van uw gewestelijke dienst of overhandig het hem tegen ontvangstbewijs.


De aangifte van arbeidsongeschiktheid moet gebeuren **binnen volgende termijn**.

- **Arbeiders:** binnen de 14 kalenderdagen vanaf begindatum arbeidsongeschiktheid
- **Bedienden:** binnen de 28 kalenderdagen vanaf begindatum arbeidsongeschiktheid
- Personen **die niet of niet meer gebonden zijn door een arbeidsovereenkomst voor arbeiders of bedienden:** binnen de 2 kalenderdagen vanaf begindatum arbeidsongeschiktheid
- In geval van **herval**, indien die niet valt in bovengenoemde termijn van

14 of 28 dagen.

- Ook wanneer u **uit het ziekenhuis** wordt ontslagen, moet u uw arbeidsongeschiktheid binnen 2 dagen na het ontslag melden, indien de opname buiten de bovenvermelde termijnen van 14 of 28 dagen valt.

 **Opgelet!** Over het algemeen raden wij u aan om altijd onmiddellijk aangifte te doen van elke arbeidsongeschiktheid. Bij laattijdige indiening van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid wordt als sanctie 10% op het bedrag van de uitkering ingehouden.

 In bepaalde gevallen die in de wet beschreven worden als “behartigenswaardig” of in geval van overmacht, bestaat er bij het RIZIV een procedure om deze sanctie van 10% op te heffen. Hiertoe moet u een aanvraag bij uw gewestelijke dienst indienen, die voor de opvolging van het dossier zal zorgen.

Vanaf de toezending van de aangifte van arbeidsongeschiktheid moet u, op het aangeduide adres, ter beschikking blijven van de adviserend geneesheer van uw gewestelijke dienst of van de geneesheer-inspecteur van het RIZIV tot de kennisgeving van de beslissing.

Met de erkenning van de arbeidsongeschiktheid, ontvangt u het formulier: “inlichtingenblad door de gerechtigde in te vullen”. Uw werknemer zal de nodige inlichtingen elektronisch of op papier overmaken. Als u werkloos bent, zal ons een papieren of elektronisch document overgemaakt worden.

Van zodra onze dienst over alle documenten beschikt, zal uw dossier onderzocht worden en op basis van de verkregen inlichtingen wordt besloten of u een uitkering ontvangt of niet.

#### 5.4.1.2. Moederschapsuitkering

---

##### ➤ **Moederschapsrust**

De werknemers in loondienst en de werklozen hebben recht op een moederschapsuitkering.

- **De voorbevallingsrust** begint op verzoek van de gerechtigde ten vroegste te lopen 6 weken (8 weken als u een meerling verwacht) en ten laatste 7 dagen vóór de voorziene bevallingsdatum. Om voor deze periode een uitkering te ontvangen, moeten de werkneemsters en werklozen de voorwaarden vervullen van de uitkeringsverzekering (stage, ...) en een medisch getuigschrift bezorgen met de begindatum van de moederschapsrust en de vermoedelijke bevallingsdatum als deze nog moet plaatshebben. Daarna hoeft u enkel nog de geboortecte van uw kind aan de Gewestelijke Dienst te bezorgen. U krijgt dit document op het Gemeentebestuur als u de geboorte gaat aangeven.
- **De nabevallingsrust** omvat de periode van 9 weken (11 weken als u een meerling verwacht) na de bevalling. Die periode begint te lopen op de dag van de bevalling. Ze kan worden verlengd met het tijdvak waarin de gerechtigde is blijven werken of stempelen van de 6<sup>de</sup> week (de 8<sup>ste</sup> wanneer een meerling wordt verwacht) tot en met de 2<sup>de</sup> week vóór de bevalling. De verlenging van de nabevallingsrust gaat in na verloop van de 9 weken die volgen op de bevalling op verzoek van de betrokkene.

Werkneemsters die bevallen kunnen onder bepaalde voorwaarden en op verzoek de laatste 2 weken van de facultatieve nabevallingsrust omzetten in verlofdagen van postnatale rust. Deze dagen moeten opgenomen worden binnen 8 weken vanaf de datum van werkhervatting. Als een pasgeborene langer dan 7 dagen wordt gehospitaliseerd vanaf de dag van geboorte, verlengt de moederschapsrust met het aantal opnamedagen die de eerste 7 overschrijden. ⚠ Deze verlenging mag niet meer dan 24 weken bedragen.

Postnataal verlof kan op vraag van de verzekerde **met 1 week extra verlengd** worden. Dat is mogelijk **als de moeder gedurende de volledige periode van 6 weken (of 8 weken bij meerlingen) vóór de werkelijke bevallingsdatum arbeidsongeschikt was** wegens ziekte. Tijdens die extra week ontvangt zij verder moederschapsuitkeringen. Ze kan de arbeidsongeschiktheid aantonen met een medisch attest van de behandelende geneesheer.

- **Het tijdvak tijdens hetwelke de zwangere of de werkneemster die borstvoeding geeft, onder een maatregel valt als bedoeld in artikelen 42§1, 43 of 43bis van de arbeidswet van 16 maart 1971.** Het gaat om de periode gedurende dewelke de werkneemster die borstvoeding geeft of die zwanger is, van de arbeidsplaats wordt verwijderd of het voorwerp

uitmaakt van een maatregel tot aanpassing van de arbeidsomstandigheden of van de werktijden, omdat die een gevaar vormen voor haar toestand.

### Opmerkingen

1. Bij hospitalisatie van de moeder (meer dan 7 dagen) kan de vader vanaf de 8<sup>ste</sup> dag en tot de moeder het ziekenhuis verlaat of tot het einde van de moederschapsrust, aanspraak maken op verlof wegens vaderschap, op voorwaarde dat de pasgeborene het ziekenhuis heeft verlaten. De moeder behoudt haar moederschapsuitkering. De vader ontvangt 60% van zijn begrensde gederfde loon. Als hij werkloos is, is het bedrag van de uitkering beperkt tot het bedrag van de werkloosheidsvergoeding.
2. Bij overlijden van de moeder kan de vader in plaats van de moeder het resterende deel van het moederschapsverlof opgebruiken. Het loon van de vader dient als basis voor de berekening van de vaderschapsuitkering. Voor de berekeningswijze: zie bedrag van de moederschapsuitkering.

### ➤ Borstvoedingspauze

Vanaf 13 oktober 2010, hebben de werknemers die borstvoeding geven aan hun baby tot de 9de maand te rekenen vanaf de geboortedag van het kind, recht op borstvoedingspauzes om melk te trekken of hun uurregeling aan te passen.

Als de betrokkene 4 uur of meer per dag werkt, heeft zij die dag recht op een borstvoedingspauze van een half uur. Als zij ten minste 7u30 werkt, heeft zij die dag recht op een pauze van één uur. De duur van de borstvoedingspauze wordt in aanmerking genomen om de duur van de arbeidsprestaties vast te stellen.

- Het uur borstvoeding kan worden genomen in één pauze van 1 uur of in 2 pauzes van een halfuur. Het moment van de dag waarop de werknemer een pauze neemt, wordt afgesproken met de werkgever.
- Ze wordt vergoed in het kader van de uitkeringsverzekering voor 82% van het bruto bedrag van het onbegrensd gederfd loon, voor de desbetreffende uren of halfuren borstvoedingspauze. Neem contact op met uw gewestelijke dienst voor meer informatie.

➤ Vergoeding van deze periodes

▼ **Bedrag van de moederschapsuitkering**

**Moederschapsrust (15 of 17 weken)**

Toestand van de gerechtigde	Tijdens de eerste 30 kalenderdagen van de moederschapsrust	Vanaf de 31 <sup>ste</sup> kalenderdag van de periode van moederschapsrust
Met arbeidsovereenkomst	82% van het onbegrensd brutoloon	75% van het begrensd brutoloon
Zonder arbeidsovereenkomst gedurende max. 14 dagen	79,5% van het begrensd gederfd loon	75% van het begrensd gederfd loon
Werkloze	60% (=basisuitkering <sup>13</sup> ) + 19,5% (=aanvullende uitkering) =79,5%	60% (=basisuitkering <sup>13</sup> ) + 15% (=aanvullende uitkering) =75%

▼ **Het tijdvak tijdens hetwelk de zwangere of de werkneemster die borstvoeding geeft, onder een maatregel valt als bedoeld in artikelen 42§1, 43 of 43bis van de arbeidswet van 16 maart 1971.**

- De zwangere gerechtigde ontvangt tijdens een periode van volledige werkverwijdering 78,237% van het begrensd gederfd loon. De gerechtigde die bevallen is of borstvoeding geeft, ontvangt daarentegen 60%.
- Als de gerechtigde wegens de aanpassing van de arbeidsomstandigheden of werktijden, een lager loon ontvangt dan het loon uit haar gewone beroepsactiviteit, kan zij aanspraak maken op een uitkering die 60% bedraagt van het gederfde loon dat zij verdiende voordat die maatregel werd getroffen. De aldus berekende uitkering wordt echter vervolgens beperkt in functie van het beroepsinkomen dat de gerechtigde nog ontvangt.

---

<sup>13</sup> De basisuitkering bedraagt 60% van het begrensd loon. Voor werklozen is de basisuitkering gelijk aan hun werkloosheidsuitkering (als de duur van de arbeidsongeschiktheid minder is dan 7 maanden).

### ➤ hoe moederschapsuitkering aanvragen?

Het moederschapsverlof kan op uw verzoek beginnen vanaf de 6<sup>de</sup> week (de 8<sup>de</sup> week als een meerling wordt verwacht) vóór de vermoedelijke bevallingsdatum. Verschuiving van de voorbevallingsrust tot na de bevalling is evenwel mogelijk met uitzondering van de laatste 7 kalenderdagen voor de bevalling. U bezorgt een medisch attest met vermelding van de vermoedelijke bevallingsdatum en de begindatum van de moederschapsrust aan de adviserend geneesheer van uw gewestelijke dienst. Om de uitkering te krijgen voor een periode van moederschapsbescherming moet u een attest van de werkgever indienen waaruit de beschermingsmaatregel blijkt.

Ook voor de omzetting van moederschapsrust in vaderschapsrust (in geval van hospitalisatie of overlijden van de moeder) moet u een aanvraag bij de gewestelijke dienst indienen.

### 5.4.1.3. Vaderschap en adoptieverlof

#### ➤ Vaderschapsverlof

Dit verlof wordt toegekend aan de loontrekkende werknemers die verbonden zijn door een arbeidsovereenkomst voor dagen die normaal te presteren waren.

Uw **werkgever** zal voor de **eerste 3 dagen uw volledige loon** uitbetalen. Voor de **volgende 7 dagen** komt uw **gewestelijke dienst** tussen. Die tegemoetkoming bedraagt **82% van uw dagloon, begrensd tot 121,5808 EUR in het zesdagenstelsel** (index op 1/1/2011).

Vanaf 1 april 2009, kunnen deze 10 dagen vaderschapsverlof genomen worden **binnen een termijn van 4 maanden** na de geboorte van het kind.

#### ➤ Adoptieverlof

Het adoptieverlof bedraagt maximum 6 weken voor de adoptie van een kind van minder dan 3 jaar en 4 weken voor de adoptie van een kind van 3 tot 8 jaar.

De maximumduur van het verlof wordt verdubbeld in geval van adoptie van een kind met een fysieke of mentale handicap van tenminste 66% of dat lijdt aan een aandoening die aanleiding geeft tot het toekennen van ten minste 4

punten in de eerste pijler van de medisch-sociale schaal bedoeld in de reglementering van de kinderbijslag.

Het verlof moet beginnen in de 2 maanden die volgen op de inschrijving van het kind in het bevolkings- of het vreemdelingenregister.

Het adoptieverlof mag niet onderbroken worden. Men is niet verplicht de maximale verlofperiode op te nemen op voorwaarde dat minimum 1 week of een veelvoud daarvan opgenomen wordt. De dag vóór de 8<sup>ste</sup> verjaardag van het kind loopt dit verlof af.

De eerste 3 werkdagen zijn ten laste van de werkgever. De dienst uitkeringen van uw gewestelijke dienst vergoedt de rest van de periode. De uitkering van uw gewestelijke dienst bedraagt 82% van het begrensd bruto bedrag.

➤ **Hoe vraagt u een vaderschaps- of adoptieuitkering aan uw gewestelijke dienst?**

- **Vraag de verlofdagen aan bij uw werkgever**
- Dien een **schriftelijke aanvraag** in **bij uw gewestelijke dienst** en voeg er een **uittreksel van de geboorteakte** (in geval van vaderschapsverlof) of een **bewijs van inschrijving in het bevolkingsregister** (in geval van adoptieverlof) aan toe. Beide documenten kunt u krijgen bij de **Dienst bevolking** (of burgerlijke stand) van uw gemeente. Als u adoptieverlof aanvraagt voor een gehandicapt kind, moet u een attest toevoegen.
- Uw gewestelijke dienst zal een **“inlichtingenblad”** aan uw **werkgever** bezorgen. Uw werkgever zal er uw verlofdagen op vermelden en het loon waarop de uitkeringen berekend moeten worden. U ontvangt vervolgens een formulier dat “inlichtingenblad” genoemd wordt, dat u ingevuld naar uw gewestelijke dienst terugstuurt.
- Als u voldoet aan alle voorwaarden, zal uw gewestelijke dienst u de uitkering waarop u recht hebt, uitbetalen.

---

## 5.4.2. Als zelfstandige

---

### 5.4.2.1. Uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid

---

#### ➤ Uw rechten

Als u zelfstandige bent, bedraagt de niet-vergoedbare periode (zogenoemde "carezperiode") 1 maand. Na die periode kunnen de gerechtigden gedurende 11 maanden aanspraak maken op een "primaire daguitkering" en daarna op een dagelijkse invaliditeitsuitkering (zie bedrag bijlage 2).

Het is heel belangrijk om zo spoedig mogelijk de arbeidsongeschiktheid aan te geven.

#### ➤ Hoe aangifte doen van arbeidsongeschiktheid?

Zelfstandigen moeten de aangifte van arbeidsongeschiktheid **binnen 28 kalenderdagen** opsturen naar de adviserend geneesheer. Deze termijn begint te lopen de dag na de begindatum van de arbeidsongeschiktheid. Bij laattijdige aangifte zal voor de periode tussen de eerste dag waarop een uitkering verschuldigd is en de dag van verzending of afgifte van deze verklaring een vermindering van 10% van het dagbedrag van de uitkering worden toegepast.

### 5.4.2.2. Moederschapsuitkering

---

Als u zelfstandige bent, ontvangt u een forfaitair bedrag dat **een periode van maximum 8 weken inactiviteit** vergoedt of van 9 weken bij de geboorte van een meerling (zie bedrag bijlage 2). Deze periode kan beperkt worden naar keuze van de titularis, tot een minimumperiode van 3 verplichte weken (één week verplichte voorbevallingsrust en twee weken verplichte nabevallingsrust). De overige 5 facultatieve weken (of 6 ingeval van een meerling) kunnen al dan niet achtereenvolgens genomen worden binnen 21 weken volgend op het einde van de verplichte periode.

Als een pasgeborene langer dan 7 dagen wordt gehospitaliseerd vanaf de dag van geboorte, verlengt de moederschapsrust met het aantal volledige weken hospitalisatie die de eerste 7 dagen overschrijden. ⚠ Deze verlenging mag niet meer dan 24 weken bedragen.

➤ **Hoe vraagt u uw moederschapsuitkering?**

Als u zelfstandige bent, kunt u op 2 manieren een moederschapsuitkering aanvragen bij uw gewestelijke dienst:

- de aanvraag opsturen **per post** (de poststempel geldt dan als bewijs);
- de aanvraag afgeven aan het loket tegen **ontvangstbewijs**.

Op de aanvraag voor moederschapsrust moet o.a. de gewenste begindatum staan (ten vroegste vanaf de 3<sup>de</sup> week en uiterlijk 7 dagen vóór de vermoedelijke bevallingsdatum), of het de geboorte van een meerling betreft, de vermoedelijke bevallingsdatum, hoeveel weken u wenst te nemen en wanneer.

Voeg bij deze aanvraag een medisch getuigschrift met de vermoedelijke bevallingsdatum. Bezorg nadien een uittreksel uit de geboorteakte of een medisch getuigschrift dat de bevalling bevestigt. Deel **binnen 2 dagen** de hervatting van uw beroepsactiviteit mee aan uw gewestelijke dienst.

### **5.4.2.3. Adoptie-uitkering**

Zelfstandigen die aan de voorwaarden voldoen, hebben recht op een uitkering gedurende de periode van adoptieverlof. Het adoptieverlof bedraagt maximaal 4 weken bij adoptie van een kind tussen 3 en 8 jaar en maximaal 6 weken bij adoptie van een kind jonger dan 3 jaar. Bij adoptie van een gehandicapt kind, kan de duur verdubbeld worden. Het bedrag van de wekelijkse uitkering is gelijk aan 383,24 EUR (bedrag op 1/9/2010). Tijdens deze periode mag men geen enkele beroepsactiviteit uitoefenen.

➤ **Hoe vraagt u uw adoptie-uitkering?**

Dien een aanvraag in bij uw gewestelijke dienst. Vermeld onder andere de gewenste begindatum en het aantal weken dat u wenst te nemen. Voeg bij deze aanvraag een bewijs van inschrijving van het kind in het bevolkingsregister. Indien het kind een handicap heeft, moet eveneens een attest bijgevoegd worden dat de handicap aantoont.

---

### 5.4.3. De bedrijfsvoorheffing

---

Bedrijfsvoorheffing wordt onder andere ingehouden bij de betaling van de volgende arbeidsongeschiktheidsuitkeringen: primaire ongeschiktheid, moederschapsverlof, vaderschapsverlof en adoptieverlof voor zover de rechthebbende onderworpen is aan het Belgische belastingsstelsel.

Het tarief van de voorheffing bedraagt 11,11%. Voor de werklozen die aan de voorheffing zijn onderworpen, bedraagt het tarief 10,09% tijdens de zes eerste maanden arbeidsongeschiktheid.

De inhouding van de voorheffing mag niet tot gevolg hebben dat de netto uitkering wegens primaire arbeidsongeschiktheid lager is dan het gewaarborgd dagbedrag voor niet-regelmatige werknemers, namelijk<sup>14</sup>:

- 37,96 EUR voor gerechtigden met gezinslast;
- 28,47 EUR voor gerechtigden zonder gezinslast.

De drempelbedragen zijn echter niet van toepassing voor:

- werklozen onderworpen aan de bedrijfsvoorheffing tijdens de eerste zes maanden
- de gevallen van moederschapsbescherming, vaderschap en borstvoedingspauzes.

De reglementering op de bedrijfsvoorheffing op de uitkeringen inzake uitkeringen is complex. Bij twijfel of met vragen kunt u zich steeds tot uw gewestelijke dienst richten.

---

<sup>14</sup> Bedragen op 1/9/2010



### Controleverplichtingen

- ⇒ Laat het getuigschrift "Vertrouwelijk" volledig invullen door uw arts. Stuur het zo snel mogelijk na het begin van uw arbeidsongeschiktheid op naar de medische dienst van uw gewestelijke dienst.
- ⇒ Uw gewestelijke dienst stuurt u het "Inlichtingenblad uitkeringen" op. Dat moet u deels zelf invullen en deels laten invullen door uw werkgever of door andere diensten die op dit formulier vermeld worden. Stuur het zo spoedig mogelijk terug naar uw gewestelijke dienst.
- ⇒ Elke wijziging van de daarin vermelde gegevens moet u ons onmiddellijk mededelen.
- ⇒ U moet gevolg geven aan elke oproeping voor een controleonderzoek door de adviserend geneesheer van uw gewestelijke dienst, door de geneesheer-inspecteur of de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit van het RIZIV.
- ⇒ Stuur het "Bewijs van arbeidshervatting of van werkloosheid" binnen 8 dagen na het einde van uw arbeidsongeschiktheid naar uw gewestelijke dienst. Als u zelfstandig bent, moet u de hervatting van uw beroepsbezigheid melden binnen 2 dagen.

### Vrijstelling van aangifteverplichting

U bent vrijgesteld van aangifte van arbeidsongeschiktheid in uw gewestelijke dienst bij:

- ⇒ opname in een erkend ziekenhuis en tot het einde van die opname;
- ⇒ een arbeidsongeval, voor zover aangifte werd gedaan bij de verzekeraar arbeidsongevallen;
- ⇒ afzondering wegens contact met bepaalde besmettelijke ziekten.

De vrijstelling van de aangifteverplichting moet aangetoond worden door een getuigschrift afgegeven door de betrokken instelling of door de zorgverlener.

## 5.5. Uitkering voor begrafeniskosten

---

### 5.5.1. Werknemers

---

In geval van overlijden van een gerechtigde, betaalt de verplichte ziekteverzekering een forfaitair bedrag van 148,74 EUR voor de begrafeniskosten.

#### Voor welke verzekerden?

Het gaat om de gerechtigden van het algemeen stelsel die bijdragen betaald hebben voor de sector "uitkeringen" van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Bijvoorbeeld bij het overlijden van een actieve loontrekkende, een gepensioneerde loontrekkende, maar niet voor het overlijden van de personen ten laste, statutaire ambtenaren, studenten.

#### Ten gunste van welke personen?

In de regel degene die de begrafeniskosten heeft gedragen. Voor meer informatie neemt u het best contact op met uw gewestelijke dienst.

#### Hoe aanvragen?

Vraag het formulier "begrafenisuitkeringen" aan uw gewestelijke dienst en vul het in. Bij de aanvraag voegt u een uittreksel uit de overlijdensakte en de originele, betaalde factuur.

---

### 5.5.2. Zelfstandigen

---

In het stelsel van de zelfstandigen kan geen begrafenisuitkering worden toegekend.

## 6. U hebt niet altijd recht op uitkeringen

### 6.1. Andere betaler of uitkering door andere wetgeving

De ziekteverzekering verleent geen uitkeringen of tegemoetkoming voor geneeskundige verzorging als uw uitgaven kunnen verhaald worden op een **aansprakelijke derde** (bijv. u bent slachtoffer van een verkeersongeval en de tegenpartij beging een fout) of worden vergoed door een **andere wetgeving** (bijv. arbeidsongevallenwetgeving, wetgeving beroepsziekten).

Wel kunnen betalingen toegekend worden in afwachting dat de schade door de derde vergoed wordt. Wij nemen dan uw rechten over tot beloop van het bedrag van de door ons betaalde geneeskundige verstrekkingen en uitkeringen.

**Het is daarom belangrijk dat u het formulier "ongevalsaangifte" dat onze diensten u bezorgen zo nauwkeurig mogelijk invult. Aan de hand van dit formulier gaan wij na of er al dan niet voorlopige vergoedingen kunnen worden toegekend.**

Bij indiening van getuigschriften voor verstrekte hulp bent u ook verplicht de gewestelijke dienst mee te delen dat de geneeskundige verstrekkingen verband houden met een ongeval.

### 6.2. Opzettelijke fout

Uitkeringen worden geweigerd als de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een opzettelijke fout van de gerechtigde. Het gaat onder andere om gevallen waarbij iemand zich ziek maakt met als enig doel een verzekeringstegemoetkoming te genieten.

### 6.3. Geen controle of inlichtingen

Wij zullen ook genoodzaakt zijn alle betalingen stop te zetten als u zich niet onderwerpt aan de controle van de adviserend geneesheer of nalaat aan onze diensten de gevraagde inlichtingen te bezorgen (bijvoorbeeld het niet invullen van de ongevalsaangifte wanneer u daartoe verzocht wordt).

## 7. In het buitenland verblijven of wonen

In het algemeen geldt dat de prestaties van de ziekte- en invaliditeitsverzekering worden geweigerd als u zich buiten het Belgisch grondgebied bevindt. In sommige gevallen zijn er uitzonderingen voorzien om de terugbetaling van de geneeskundige verzorging te garanderen die u in het buitenland gekregen hebt. Die uitzonderingen vloeien voort uit de nationale wetgeving en vooral uit de internationale overeenkomsten tussen België en de andere staten.

Het is dus heel belangrijk dat u zich inlicht over het bestaan en de omvang van uw rechten vóór u naar het buitenland vertrekt. De dekking van de ziekte- en invaliditeitsverzekering in het buitenland is immers ingewikkeld. Ze varieert naargelang van het land waarin u woont of verblijft.

### 7.1. De verzekering voor geneeskundige verzorging

Op 01/05/2010 zijn nieuwe Europese bepalingen inzake sociale zekerheid in werking getreden. Wat betreft de verzekering voor ziekte en invaliditeit houden deze bepalingen wezenlijke veranderingen in met als gevolg de waaier aan rechten waarop u aanspraak kunt maken, uit te breiden of te beperken. De wijzigingen hebben vooral betrekking op de gepensioneerden en de grensarbeiders. Met deze nieuwe bepalingen gaan nieuwe formulieren gepaard waarmee u uw rechten kunt laten gelden in het buitenland.

Meer dan ooit is het belangrijk dat u, alvorens een verblijf te plannen of naar het buitenland te verhuizen, contact opneemt met uw gewestelijke dienst, om de reikwijdte van uw rechten te kennen.

#### 7.1.1. Tijdelijk verblijf

De omvang en de modaliteiten van de tenlasteneming van uw geneeskundige verzorging tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland hangen af van het land van verblijf.


### 7.1.1.1. De geneeskundige verzorging in de lidstaten van de EU<sup>15</sup> en van de EER<sup>16</sup>

#### ➤ Betrokken staten – rechthebbenden – vereiste documenten

Zoals hiervoor reeds aangehaald werd, wordt het recht op geneeskundige verzorging in de Europese Unie vanaf 1 mei 2010 geregeld door de nieuwe verordeningen 883/2004 en 987/2009 van de Raad van Europa. De bepalingen van deze nieuwe verordeningen gelden niet voor IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zwitserland. Voor deze 4 landen blijven de verordeningen 1408/71 en 574/72 van toepassing. Het fundamentele principe is dat ieder persoon die verzekerd is in een lidstaat waar deze verordeningen van toepassing zijn, recht heeft op geneeskundige verzorging en terugbetalingen in alle andere betrokken lidstaten alsof hij ter plaatse verzekerd was.

Het feit de nationaliteit te hebben van één van lidstaten van de EU is geen vereiste om van de toepassing van deze verordeningen te genieten. Het volstaat dat de persoon wettelijk verblijft in één van de lidstaten van de Europese Unie en er verzekerd is. Merk op, dat er vanaf 1 januari 2008 voor het bepalen van het recht op de terugbetaling geen rekening meer gehouden wordt met de werkregeling waartoe de persoon behoort (algemene of regeling der zelfstandigen).

Om toegang te krijgen tot de geneeskundige verzorging en een tegemoetkoming te genieten gedurende uw verblijf in de EER of in Zwitserland, moet u houder zijn van een **Europese ziekteverzekeringskaart**. Die kaart wordt u alleen op verzoek uitgereikt door uw gewestelijke dienst. Zij geeft u recht op alle geneeskundige verstrekkingen die medisch noodzakelijk blijken te zijn tijdens uw verblijf.

 **Opgelet!** Deze kaart is slechts geldig voor een ziekte die tijdens uw verblijf is opgetreden. Als het doel van uw reis het krijgen van verzorging is, heeft u een speciale toelating van de adviserend geneesheer nodig. Gelieve vóór uw vertrek contact op te nemen met uw gewestelijke dienst voor meer informatie.

<sup>15</sup> Europese Unie (EU): België, Bulgarije, Cyprus, Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Groot-Brittannië, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Zweden.

<sup>16</sup> Europese Economische Ruimte = EU + Noorwegen, IJsland, Liechtenstein.

➤ **Welke instelling voert de terugbetaling uit?**

Voor de terugbetaling van uw kosten kunt u zich rechtstreeks wenden tot een verzekeringsinstelling in het land waar u verblijft. Uitzonderlijk kunt u ook uw facturen meteen na uw terugkeer bij uw gewestelijke dienst indienen.

U wordt terugbetaald volgens het tarief van het bezochte land waarin de zorgen verstrekt werden. De terugbetaling via uw gewestelijke dienst zal dus niet altijd meteen uitgevoerd worden. Soms moet de HZIV immers contact opnemen met het bezochte land om de terugbetaling te berekenen.

U vraagt uw terugbetaling immers het best aan bij een verzekeringsinstelling in het land waar u verblijft. Mogelijk is de wachttijd dan korter en krijgt u meer terugbetaald.

➤ **Wat gebeurt er als u verzorging ontvangt in het buitenland zonder vooraf de vereiste toelating te hebben gevraagd?**

In dat geval en op voorwaarde dat u een aantal voorwaarden vervult, zal uw gewestelijke dienst u uitsluitend vergoeden tegen de tarieven die in België gelden op het ogenblik dat u de terugbetaling aanvraagt.

➤ **Opmerking in verband met de zelfstandigen**

In onze vorige edities hebben we er steeds op gewezen dat de verzorging, verstrekt aan een zelfstandige tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland, enkel terugbetaald werd als ze in het ziekenhuis verstrekt werd (grote risico's). Sedert 1 januari 2008 geldt deze beperking niet meer. Alle verzekerden, kunnen aanspraak maken op de terugbetaling van de verstrekkingen die hen in de EER of in Zwitserland verleend werden.

**7.1.1.2. Geneeskundige verzorging buiten de EER maar in een staat waarmee België een overeenkomst heeft gesloten**

België heeft inzake geneeskundige verzorging bilaterale akkoorden gesloten met Algerije, Kroatië, Marokko, Tunesië, Turkije, San Marino, Bosnië-Herzegovina, Macedonië, Servië, Montenegro, Australië en Québec.

Als u naar een van deze staten wilt reizen, is het belangrijk om weten dat er voor deze staten geen algemeen geldende regeling bestaat. Uw rechten inzake geneeskundige verzorging zullen door de betrokken overeenkomst

worden geregeld. Aangezien de overeenkomsten onderling verschillen zullen uw rechten afhankelijk zijn van uw bestemming.

Vóór u vertrekt, neemt u het best contact op met uw gewestelijke dienst, die u de bijzonderheden van iedere overeenkomst zal uitleggen en die u de nodige documenten zal overmaken.

➤ **Opmerking betreffende de zelfstandigen**

Met uitzondering van de overeenkomsten tussen België en Kroatië, Macedonië, Australië en Québec gelden de bilaterale overeenkomsten niet voor zelfstandigen. De verwerving van het recht op de "kleine risico's" door de zelfstandigen op 1 januari 2008 (of 1/7/2007 voor de "starters") heeft deze situatie niet gewijzigd. Concreet kunnen de zelfstandigen die zich in het buitenland bevinden, in een staat die een overeenkomst inzake geneeskundige verzorging met België gesloten heeft - met uitzondering van Kroatië, Macedonië, Australië of Québec - geen attesten ontvangen om hun zorgen te dekken. Bij hun terugkeer mogen ze hun facturen echter wel voorleggen aan hun gewestelijke dienst, die zal onderzoeken of een terugbetaling mogelijk is tegen het in België vigerende tarief.

### **7.1.1.3. Geneeskundige verzorging in staten zonder overeenkomst met België**

Terugbetaling van verzorging in een land buiten de EER waarmee België geen overeenkomst heeft gesloten is in principe uitgesloten.

Er bestaan echter enkele uitzonderingen. Zo zullen verzorging bij **dringende hospitalisatie** en verzorging tijdens een verblijf waarvoor de adviserend geneesheer van uw gewestelijke dienst vooraf zijn toestemming heeft gegeven, terugbetaald worden. Er bestaan andere, meer specifieke en restrictieve uitzonderingen. Vraag gerust meer info aan uw gewestelijke dienst.

De terugbetaling van verzorging in landen zonder overeenkomst is altijd aan voorwaarden onderworpen.

- Deze verzorging moet overeenstemmen met degenen die in België kunnen terugbetaald worden.
- De verzorging moet verstrekt zijn door een plaatselijk erkend persoon of een ziekenhuis.

- U moet bewijzen dat u de verzorging die u heeft gekregen, werkelijk heeft betaald.

De terugbetaling gebeurt steeds tegen het Belgische tarief.

---

### 7.1.2. Wonen in het buitenland

---

Als Belgische verzekerde kunt u uw woonplaats naar het buitenland overbrengen zonder een einde te maken aan uw rechten op geneeskundige verzorging. Het behoud en de omvang van uw rechten worden bepaald in functie van uw statuut (werknemer, gepensioneerde, invalide, werkloze), de reden van uw verhuis en uw toekomstige (of nieuwe) verblijfstaat.

We raden u aan om contact op te nemen met uw gewestelijke dienst alvorens uw woonplaats naar het buitenland over te brengen. Zo kunt u gerichte informatie ontvangen.

---

## 7.2. De uitkeringsverzekering

---

### 7.2.1. U ontvangt uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid of invaliditeit en u wenst zich voor een verblijf naar het buitenland te begeven of er te gaan wonen

---

#### 7.2.1.1. In de EER

---

U hebt het recht om te verblijven in één van de lidstaten van de EER zonder uw uitkeringen te verliezen, ongeacht of u zich in een periode van arbeidsongeschiktheid of invaliditeit bevindt. U kunt uw woonplaats ook verplaatsen naar het buitenland zonder uw verworven rechten in het gedrang te brengen. Bij een tijdelijk verblijf is het niet nodig om vooraf iets te doen; bij overbrenging van de woonplaats echter wel. In dat geval moet u uw gewestelijke dienst op de hoogte brengen. Zij doen het nodige om uw rechten te waarborgen.

In ieder geval zult u gevolg moeten geven aan de controleonderzoeken die door de adviserend geneesheer van de HZIV of door de instellingen van het verblijf- of woonland kunnen worden gevraagd.

### 7.2.1.2. Buiten de EER

Als u buiten de EER woont of verblijft, is het behoud van het recht op uitkeringen afhankelijk van een aantal beperkende voorwaarden, onder meer de voorafgaande goedkeuring van de adviserend geneesheer. Als u hierover meer info wilt, kunt u contact opnemen met uw gewestelijke dienst.

### 7.2.2. U ontvangt een invaliditeitsuitkering in België maar hebt ook in het buitenland gewerkt

Hebt u uw beroepsloopbaan niet uitsluitend in België afgelegd? Dan moet u bij uw gewestelijke dienst een aanvraag indienen om een invaliditeitspensioen te ontvangen waarbij rekening gehouden wordt met alle verzekerings-tijdvakken in alle betrokken staten. U kunt dit pensioen alleen ontvangen als u uw beroepsloopbaan hebt vervuld in België en in een andere staat die de Europese reglementen toepast (lidstaten van de EER, Zwitserland) of in een van de volgende staten die hierover een bilaterale overeenkomst hebben afgesloten met België, namelijk de Verenigde Staten van Amerika, Canada, Chili, Kroatië, Australië, Zuid-Korea, Macedonië, Uruguay, de Filippijnen, Indië, Japan en Québec.

De nieuwe Europese reglementering voorziet en veralgemeent de verdeling van uw invaliditeitsuitkering over alle lidstaten van de EU waar u gewerkt hebt. Elk land moet u een deel van uw uitkering betalen in evenredigheid met de duur van uw tewerkstelling in het betreffende land.

### 7.3. De ziekte- en invaliditeitsverzekering ten voordele van de grensarbeiders

Verordening 883/2004 beschouwt als een grensarbeider, elke persoon, die al dan niet in loondienst, zijn beroepsactiviteit uitoefent op het grondgebied van een lidstaat (van de EER) en in een andere lidstaat woont, waarnaar hij in principe elke dag of ten minste één keer per week terugkeert.

Grensarbeiders zijn aangesloten bij de ziekte- en invaliditeitsinstelling van de Staat waar zij hun beroepsactiviteiten uitoefenen, maar hebben zowel in de staat van aansluiting als in de woonstaat recht op verstrekkingen.

### 7.3.1. U bent grensarbeider (EER) en woont in België

Vraag een document E106 (BL1 als u in Luxemburg werkt) of het nieuwe document S1 aan bij de verzekeringsinstelling van uw werkland. Op basis van één van deze documenten zal uw gewestelijke dienst u inschrijven. Zo kunt u alle ziekte- en invaliditeitsverstrekkingen ontvangen, zonder dat u zich telkens naar de bevoegde lidstaat (staat van tewerkstelling) moet begeven.

#### Opmerkingen

- Bent u een Luxemburgse grensarbeider (land van tewerkstelling= Luxemburg)? Er is een bilaterale overeenkomst om het verschil op te vangen tussen de vergoedingstarieven van beide landen. Daardoor is het mogelijk een aanvullende vergoeding te krijgen ten laste van Luxemburg. Bij de terugbetaling van uw verstrekkingen zal de gewestelijke dienst u de nodige documenten bezorgen en de nuttige stappen ondernemen ten aanzien van de Luxemburgse instelling waar u aangesloten bent, opdat u van een bijkomende terugbetaling kan genieten.
- Werkt u in Duitsland? U kunt geen formulier E106 DE of S1 krijgen als uw bruto jaarinkomen hoger is dan een bepaald bedrag. In dat geval moet u een privéverzekering nemen.
- Werkt u in Nederland? Door de invoering van de Zorgverzekeringswet in Nederland is het onderscheid verdwenen tussen de ziekenfondsverzekering enerzijds en de particuliere dan wel publiekrechtelijke verzekering anderzijds. Sinds 1 januari 2006 bestaat er één verplichte basisverzekering voor iedereen. U kunt zich inschrijven bij de HZIV (dus zowel de vroegere ziekenfondsverzekerden als de particuliere en publiekrechtelijke verzekerden) op grond van een Europees document. Zo kan Nederland een formulier E 106 of S1 afleveren zodat in België recht ontstaat op geneeskundige verzorging (ten laste van Nederland).

### 7.3.2. U werkt in België maar woont in het buitenland (EER)

Wij geven u het gepaste formulier, zodat u en de personen te uwen laste in uw woonland aanspraak kunnen maken op de prestaties van de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Indien nodig geven wij u advies om u uw rechten ten volle te laten gelden.

België heeft met bepaalde buurlanden overeenkomsten en

samenwerkingsakkoorden gesloten om grensarbeiders betere toegangsvoorwaarden en vergoedingsmodaliteiten te geven. Uw situatie kan dus variëren naargelang van uw woon- en arbeidsplaats. Wij raden u dan ook aan om contact op te nemen met uw gewestelijke dienst als u meer informatie wilt over uw grensoverschrijdende situatie.

---

### 7.3.3. De rechten van de personen te uwen laste

---

Dankzij de nieuwe Europese reglementering kunnen de gerechtigden en hun personen ten laste voortaan genieten van de verstrekkingen in natura zowel in de staat van aansluiting (werkland) als in de woonstaat.

---

## 8. Communicatiedienst

---

Voor meer informatie over de HZIV kunt u contact opnemen met de communicatiedienst.

Hoe kunt u uw vraag stellen?

- Via e-mail: [info@caami-hziv.fgov.be](mailto:info@caami-hziv.fgov.be)
- Via het gratis nummer: 0800/ 11 292
- Per telefoon: 02/229.35.62 of 02/504.66.38
- Per fax: 02/504.66.62
- Met de post:  
HZIV  
Communicatiedienst  
Troonstraat 30 A  
1000 Brussel
- Via de website: [www.hziv.be](http://www.hziv.be)

## 9. Dienst Klachtenbeheer

Als u ontevreden bent over de diensten van de HZIV of een zorgverstreker (bijv. een arts), kunt u een klacht indienen bij onze Dienst Klachtenbeheer. U moet wel eerst geprobeerd hebben om het probleem rechtstreeks met de dienst of de betrokken zorgverstreker op te lossen.

### 9.1. Wat is de rol van de Dienst Klachtenbeheer?

De dienst probeert te bemiddelen tussen de verzekerde en de HZIV of de zorgverstreker. Als u ontevreden bent over de werking van uw gewestelijke dienst (inhoudelijk, met betrekking tot het onthaal enz.), als u meent dat de doktersrekening te hoog is, bij klachten over een gebrekkige prothese, een laattijdig afgeleverd orthopedisch toestel enz. kunt u terecht bij de Dienst Klachtenbeheer.

### 9.2. Waarover kunt u geen klacht indienen bij de Dienst Klachtenbeheer?

U kunt geen klacht indienen bij de Dienst Klachtenbeheer wanneer u enkel informatie nodig hebt maar geen echte klacht heeft, of wanneer **u klaagt over een feit dat het voorwerp uitmaakt van een gerechtelijke procedure. De Dienst Klachtenbeheer komt nooit tussen in hangende rechtsgeschillen.** Het indienen van een klacht bij onze Dienst Klachtenbeheer is geen alternatief voor een gerechtelijke procedure.

### 9.3. Hoe dient u een klacht in?

Om onze klachtenprocedure te harmoniseren met de andere federale instellingen hebben we een klachtenformulier opgesteld dat beschikbaar is via onze website **www.hziv.be** en bij onze gewestelijke diensten. Dit formulier vindt u ook terug in de bijlagen van deze brochure (bijlage 6).

Wij vragen u dit formulier te gebruiken zodat we over de nodige informatie beschikken om uw dossier te behandelen.

Het formulier kan ons worden teruggestuurd:

- Via e-mail: [klachten@caami-hziv.fgov.be](mailto:klachten@caami-hziv.fgov.be)

- Fax: 02/504.66.99
- Met de post:

HZIV  
Dienst Klachtenbeheer  
Troonstraat 30 A  
1000 Brussel

#### 9.4. Hoe zal uw klacht behandeld worden?

De HZIV heeft een procedure ingevoerd om de klachten te verwerken. Deze procedure vervult een aantal criteria die door het federaal netwerk van klachtenbeheer vastgelegd zijn.

De Dienst Klachtenbeheer controleert eerst en vooral uw klacht om te bepalen of ze **ontvankelijk** is. Als dit niet het geval is, wordt u over de redenen van deze beslissing ingelicht (bijvoorbeeld omdat een rechtszaak hangende is). In elk geval wordt u een ontvangstmelding gestuurd.

Als de klacht ontvankelijk is, zal de Dienst Klachtenbeheer uw dossier **onderzoeken**. Teneinde over alle nodige inlichtingen voor dit onderzoek te beschikken, zullen de deskundigen van de betrokken diensten geconsulteerd worden om hun advies in te winnen over de technische aspecten van de klacht. Op basis van de vergaarde informatie wordt dan tenslotte een beslissing genomen.

Gaat uw klacht over de diensten van de HZIV, zal u binnen 30 kalenderdagen een antwoord ontvangen. Als er een externe dienst of een zorgverstreker betrokken is, zal u het antwoord binnen de 60 dagen ontvangen.

Alle antwoorden worden gemotiveerd.

## 10. Informatie voor zorgverstrekkers

U bent een zorgverstrekker of een professionele gezondheidswerker (arts, facturatedienst,...)? U kan hier de contactgegevens vinden voor al uw vragen over elektronische facturatie of (My)Carenet.

Helpdesk (My)CareNet	Helpdesk Elektronische Facturatie
CAAMI-HZIV Troonstraat 30A, 1000 Bruxelles	CAAMI-HZIV Troonstraat 30A, 1000 Bruxelles
helpdesk.carenet@caami-hziv.fgov.be FR: 02/229.34.35 NL: 02/229.34.36	elecfac@caami-hziv.fgov.be FR: 02/229.34.33 NL: 02/229.34.34

## Bijlage 1 Adressen, telefoonnummers en openingstijden

### Gewestelijke dienst 601 Antwerpen

**Gewestelijk beheerder:** Dhr. Paul SNELDERS  
E-mail: [beheerder601@caami-hziv.fgov.be](mailto:beheerder601@caami-hziv.fgov.be)

- ✉ Olijftakstraat 7-13 (bus 4)  
2060 Antwerpen
- ☎ 03/220.75.55
- ☎ 03/220.75.65

**Openingstijden:**

Maandag	9u – 12u
Dinsdag	9u – 12u en 13u – 16u
Woensdag	9u – 12u en 13u – 16u*
Donderdag	9u – 12u en 13u – 16u
Vrijdag	9u – 12u

\* Juli en augustus: 9u – 12u

**Sociale dienst (Antwerpen):**

Donderdag	9u30 – 12u en 13u – 15u
-----------	-------------------------

*U kan ook een afspraak maken voor een huisbezoek of een contact buiten de openingsuren.*

- ☎ 0476/21.14.10 - 0474/87.44.57
- E-mail: [dverbiest@caami-hziv.fgov.be](mailto:dverbiest@caami-hziv.fgov.be)  
[gceunen@caami-hziv.fgov.be](mailto:gceunen@caami-hziv.fgov.be)

**Permanenties\*:**

Plaats	Adres	Zitdagen
Mechelen	VDAB-kantoor H. Consciencestraat 5-7 2800 Mechelen	3 <sup>de</sup> dinsdag van 9u tot 12u
Lier	Werkwinkel VDAB F. Van Cauwenberghstraat 5 2500 Lier	3 <sup>de</sup> dinsdag van 13u30 tot 15u30

*Geen terugbetalingen tijdens de permanenties*

\* Niet in juli

## Gewestelijke dienst 602 der Brabanten

**Gewestelijk beheerder:** Mevr. Katty DE BEULE  
E-mail: beheerder602@caami-hziv.fgov.be

✉ Troonstraat 30 B  
1000 Brussel  
☎ 02/229.34.80  
☎ 02/229.34.99

### Openingstijden:

Maandag*	8u30 – 12u en 13u30 – 17u30
Dinsdag	8u30 – 12u
Woensdag**	8u30 – 12u en 13u30 – 16u
Donderdag	8u30 – 12u
Vrijdag	8u30 – 12u

\* In juli en augustus gesloten vanaf 16u

\*\* Juli en augustus: 8u30 – 12u

### Sociale dienst (Troonstraat):

Woensdag	9u – 12u30 en 13u30 – 15u30
Vrijdag	9u – 12u30

U kan ook een afspraak maken voor een huisbezoek of een contact buiten de openingsuren.

☎ 0473/43.00.28

E-mail: bdesmet@caami-hziv.fgov.be

### Plaatselijk bureau Louvain-la-Neuve (622):

✉ Place d'université 25 (5<sup>de</sup> verdieping)  
1348 Louvain-la-Neuve  
☎ 010/84.59.85  
☎ 010/84.62.18

### Openingstijden:

Maandag	Gesloten
Dinsdag	9u – 12u en 13u – 16u30
Woensdag	9u – 12u en 13u – 16u
Donderdag	Gesloten
Vrijdag	9u – 12u30 en 13u – 16u

**Plaatselijk bureau Leuven(632):** opening voorzien in de loop van 2011

✉ Brouwersstraat 1B/002

3000 Leuven

☎ 016/20.80.79

📠 016/20.55.76

**Permanenties:**

Plaats	Adres	Zitdagen
Brussel	HVV Plantenstraat 69 (1 <sup>ste</sup> verdieping) 1210 Brussel	Iedere dinsdag van 8u30 tot 11u30 behalve in juli en augustus

## Gewestelijke dienst 603 West-Vlaanderen

**Gewestelijk beheerder:** Mevr. Veerle VANHAUWAERT  
E-mail: beheerder603@caami-hziv.fgov.be

✉ Leemputstraat 14  
8000 Brugge  
☎ 050/33.28.52

**Telefoonnummer per dienst**

Verzekeraarheid ☎ 050/33.04.10  
Uitkeringen ☎ 050/34.77.31  
Ongevallen/derde betalers ☎ 050/34.55.38  
Medische dienst ☎ 050/34.42.93

**Openingstijden:**

Maandag*	8u30 – 12u30 en 14u – 18u
Dinsdag	8u30 – 12u30
Woensdag	8u30 – 12u30
Donderdag	8u30 – 12u30
Vrijdag	8u30 – 12u30

\* Geen terugbetaling na 17u, tijdens schoolvakanties gesloten vanaf 16u

**Sociale dienst (Brugge):**

Dinsdag	9u – 12u en 13u – 15u30*
---------	--------------------------

\*1ste en 3de dinsdag van de maand in de namiddag (maak best een afspraak)  
U kan ook een afspraak maken voor een huisbezoek of een contact buiten de openingsuren.

☎ 0476/21.14.10

E-mail: dverbiest@caami-hziv.fgov.be

**Plaatselijk bureau Oostende (613):**

✉ Rogierlaan 53A  
8400 Oostende  
☎ 059/50.00.28  
☎ 059/70.90.13

**Openingstijden:**

Maandag	Gesloten
Dinsdag	9u – 12u en 14u – 16u
Woensdag*	9u – 12u en 14u – 16u
Donderdag	9u – 12u en 14u – 16u
Vrijdag	Gesloten

\* Gesloten op woensdag in juli en augustus

**Sociale dienst (Oostende):**

Dinsdag	14u – 16u*
---------	------------

\*2de en 4de dinsdag van de maand (maak best een afspraak)

U kan ook een afspraak maken voor een huisbezoek of een contact buiten de openingsuren.

☎ 0476/21.14.10

E-mail: dverbiest@caami-hziv.fgov.be

**Permanenties:**

Plaats	Adres	Zitdagen
leper	Dienstencentrum "Hofland" Dikkebusseweg 15 A 8900 leper	ledere dinsdag van 10u tot 12u
Poperinge	Stadhuis Grote Markt 1 (ingang via de Guido Gezellestraat) 8970 Poperinge	ledere dinsdag van 13u30 tot 15u
Knokke	New Granny Lippenslaan 5 8300 Knokke	1 <sup>ste</sup> , 3 <sup>de</sup> en 5 <sup>de</sup> donderdag van 9u tot 11u30
Kortrijk	Magdalenastraat 15 8500 Kortrijk ☎ 056/31.37.95	ledere maandag van 8u30-12u en 13u30-15u en iedere dinsdag van 9u tot 12u*
Roeselare	OCMW Dienstencentrum Ten Elsberg Mandellaan 101 8800 Roeselare	2 <sup>de</sup> , 3 <sup>de</sup> , 4 <sup>de</sup> en 5 <sup>de</sup> maandag van 9u tot 11u45
Veurne	OCMW Dienstencentrum "Zonnebloem" Zuidstraat 67 8630 Veurne	4 <sup>de</sup> donderdag om de 2 maanden (januari, maart...) van 9u15 tot 11u30

\* Gesloten op dinsdag in juli en augustus

## Gewestelijke dienst 604 Oost-Vlaanderen

**Gewestelijk beheerder:** Mevr. Ann SABBE  
E-mail: [beheerder604@caami-hziv.fgov.be](mailto:beheerder604@caami-hziv.fgov.be)

✉ Franklin Rooseveltlaan 91  
9000 Gent

☎ 09/269.54.00

📠 09/225.82.51

### Openingstijden:

Maandag*	9u – 12u30 en 13u30 – 17u45
Dinsdag	9u – 12u30
Woensdag	9u – 12u30
Donderdag	9u – 12u30 en 13u30 – 16u
Vrijdag	Gesloten

\* In juli en augustus gesloten vanaf 16u

### Sociale dienst (Gent):

maandag	9u – 12u en 13u – 15u30
2 <sup>de</sup> en 4 <sup>de</sup> donderdag*	9u – 12u en 13u – 15u30

\* de 1<sup>ste</sup> week is de week van de eerste maandag

U kan ook een afspraak maken voor een huisbezoek of een contact buiten de openingsuren.

☎ 0476/21.14.10

E-mail: [dverbiest@caami-hziv.fgov.be](mailto:dverbiest@caami-hziv.fgov.be)

### Beschikbaarheid van de adviserend geneesheer voor de leden:

Maandag	10u – 11u45
Donderdag	10u – 11u45

### Permanenties: Gesloten in juli

Plaats	Adres	Zitdagen
Aalst	RVA Sint-Jobstraat 196 9300 Aalst	Laatste dinsdag van 14u tot 16u
Sint-Lievens-Houtem	Gemeentehuis Marktplein 3 9520 Sint-Lievens-Houtem	Laatste dinsdag van 9u tot 12u
Sint-Niklaas	Stadhuis Grote Markt 1 (1 <sup>ste</sup> verdieping) 9100 Sint-Niklaas	Laatste donderdag van 10u tot 12u30

## Gewestelijke dienst 605 Henegouwen

**Gewestelijk beheerder:** Mevr. Annick DONNET

E-mail: beheerder605@caami-hziv.fgov.be

✉ Rue Neuve 20

7000 Bergen

☎ 065/35.22.44

☎ 065/84.25.36

### Openingstijden:

Maandag	8u30 – 12u30 en 13u30 – 16u
Dinsdag*	8u30 – 12u30 en 13u30 – 17u30
Woensdag	8u30 – 12u30 en 13u30 – 16u
Donderdag	Gesloten
Vrijdag	8u30 – 12u30

\* In juli en augustus gesloten vanaf 16u

### Sociale dienst (Bergen): in de namiddag enkel op afspraak

Woensdag	9u30 – 12u30 en 13u30 – 15u30
Vrijdag*	9u30 – 12u30 en 13u30 – 15u30

\* Uitgezonderd de 4<sup>de</sup> vrijdag van de maand

U kan ook een afspraak maken voor een huisbezoek of een contact buiten de openingsuren.

☎ 0474/55.41.96

E-mail: vbarbieri@caami-hziv.fgov.be

### Sectie Charleroi (615):

✉ Rue de la Riveline 4  
6061 Montignies-sur-Sambre

☎ 071/32.91.98

☎ 071/32.51.85

Maandag*	8u30 – 12u30 en 13u30 – 17u30
Dinsdag	8u30 – 12u30 en 13u30 – 16u
Woensdag	Gesloten
Donderdag	8u30 – 12u30 en 13u30 – 16u
Vrijdag	8u30 – 12u30

\* In juli en augustus gesloten vanaf 16u

**Sociale dienst (Charleroi): in de namiddag enkel op afspraak**

Maandag	9u – 12u30 en 13u30 – 16u
Donderdag	9u – 12u30 en 13u30 – 16u

U kan ook een afspraak maken voor een huisbezoek of een contact buiten de openingsuren.

☎ 0474/55.41.96

E-mail: vbarbieri@caami-hziv.fgov.be

**Plaatselijk bureau  
Moeskroen (625):**  
✉ Rue de Bruxelles 45  
7700 Moeskroen  
☎ 056/84.71.77  
☎ 056/34.95.80

Maandag	8u30 – 12u30 en 13u30 – 15u30
Dinsdag*	8u30 – 12u30 en 13u30 – 17u30
Woensdag	Gesloten
Donderdag	8u30 – 12u30
Vrijdag**	8u30 – 12u30

\* In juli en augustus gesloten vanaf 15u30

\*\* Gesloten in juli en augustus

**Sociale dienst (Moeskroen): in de namiddag enkel op afspraak**

Dinsdag	11u – 12u30 en 13u30 -15u
---------	---------------------------

U kan ook een afspraak maken voor een huisbezoek of een contact buiten de openingsuren.

☎ 0474/55.41.96

E-mail: vbarbieri@caami-hziv.fgov.be

**Plaatselijk bureau  
Doornik (635):**  
✉ Avenue Leray 2b  
7500 Doornik  
☎ 069/64.81.83  
☎ 069/67.00.79

Maandag*	13u30 – 17u30
Dinsdag	8u30 – 12u30
Woensdag	8u30 – 12u30 en 13u30 – 15u30
Donderdag	8u30 – 12u30 en 13u30 – 15u30
Vrijdag	Gesloten

\* Gesloten in juli en augustus

**Permanenties\*:**

Plaats	Adres	Zitdagen
La Louvière	Château Boch (Locaux du Forem) Rue de la Closière 36 7100 La Louvière	Elke maandag 9u – 11u

\* Niet in juli en augustus

## Gewestelijke dienst 606 Luik

**Gewestelijk beheerder:** Mevr. Véronique GODFURNON  
E-mail: [beheerder606@caami-hziv.fgov.be](mailto:beheerder606@caami-hziv.fgov.be)

✉ Rue des Augustins 18  
4000 Luik  
☎ 04/222.02.36 – 04/230.58.10  
📠 04/222.12.28

### Openingstijden:

Maandag	9u – 12u
Dinsdag	9u – 12u en 13u – 16u
Woensdag	9u – 12u
Donderdag	9u – 12u en 13u – 17u30*
Vrijdag	Gesloten

\* In juli en augustus gesloten vanaf 16u

### Sociale dienst (Luik):

Maandag	9u30 – 12u
---------	------------

*U kan ook een afspraak maken voor een huisbezoek of een contact buiten de openingsuren.*

☎ 0473/43.00.28  
E-mail: [bdesmet@caami-hziv.fgov.be](mailto:bdesmet@caami-hziv.fgov.be)

### Permanenties:

Plaats	Adres	Zitdagen
Beyne	Administration communale (1 <sup>er</sup> étage) Grand'Route 243 4610 Beyne-Heusay	Dinsdag van 14u – 15u30

## Gewestelijke dienst 607 Limburg

**Gewestelijk beheerder :** Dhr. Marc BOLLEN  
E-mail: [beheerder607@caami-hziv.fgov.be](mailto:beheerder607@caami-hziv.fgov.be)

✉ Maastrichtersteenweg 214 (bus 1)  
3500 Hasselt  
☎ 011/27.13.13  
☎ 011/27.58.22

### Openingstijden van de loketten\*:

Maandag	9u – 12u en 12u30 – 17u30
Dinsdag	9u – 12u en 13u – 16u30
Woensdag	9u – 12u30 en 13u – 16u30
Donderdag	9u – 12u en 13u – 16u30
Vrijdag	9u – 12u en 13u – 16u

\* Geen uitbetaling tijdens de uren die onderstreept zijn

### Sociale dienst (Hasselt):

1 <sup>ste</sup> en 3 <sup>e</sup> dinsdag	9u30 – 12u
1 <sup>ste</sup> en 3 <sup>e</sup> donderdag	9u30 – 12u

U kan ook een afspraak maken voor een huisbezoek of een contact buiten de openingsuren.

☎ 0474/87.44.57

E-mail: [gceunen@caami-hziv.fgov.be](mailto:gceunen@caami-hziv.fgov.be)

### Plaatselijk bureau Eisden (617):

✉ Europaplein 14  
3630 Maasmechelen  
☎ 089/76.43.45  
☎ 089/46.79.53

Maandag	Gesloten
Dinsdag	9u – 12u en 13u – 16u
Woensdag	9u – 12u en 13u – 16u
Donderdag	Gesloten
Vrijdag	9u – 12u en 13u – 16u

### Sociale dienst (Eisden):

2 <sup>de</sup> en 4 <sup>de</sup> dinsdag	9u30 – 12u en 13u – 15u
--	-------------------------

U kan ook een afspraak maken voor een huisbezoek of een contact buiten de openingsuren.

☎ 0474/87.44.57

E-mail: [gceunen@caami-hziv.fgov.be](mailto:gceunen@caami-hziv.fgov.be)

**Plaatselijk bureau Waterschei (627):**

✉ Stalenstraat 42/1  
3600 Genk  
☎ 089/38.29.30  
📠 089/84.16.30

Maandag	9u – 12u en 13u – 16u
Dinsdag	Gesloten
Woensdag	9u – 12u en 13u – 16u
Donderdag	Gesloten
Vrijdag	9u – 12u en 13u – 16u

**Sociale dienst (Waterschei):**

1 <sup>ste</sup> en 3 <sup>de</sup> maandag	9u30 – 12u en 13u – 15u
---	-------------------------

*U kan ook een afspraak maken voor een huisbezoek of een contact buiten de openingsuren.*

☎ 0474/87.44.57

E-mail: [gceunen@caami-hziv.fgov.be](mailto:gceunen@caami-hziv.fgov.be)

**Permanenties:**

Plaats	Adres	Zitdagen
Houthalen	Koolmijnlaan 5/1 3530 Houthalen Tel.: 011/81.37.75	Iedere donderdag van 9u – 12u en 13u – 15u30

## Gewestelijke dienst 608 Luxemburg

**Gewestelijk beheerder:** Dhr. Michel HENDRICK  
E-mail: [beheerder608@caami-hziv.fgov.be](mailto:beheerder608@caami-hziv.fgov.be)

✉ Avenue de la Gare 2  
6700 Aarlen  
☎ 063/22.60.92  
📠 063/23.43.00

### Openingstijden van de loketten:

Maandag	9u30 – 12u30 en 13u30 – 15u30
Dinsdag	9u30 – 12u30
Woensdag	Gesloten
Donderdag	9u30 – 12u30 en 13u30 – 15u30
Vrijdag	Gesloten

## Gewestelijke dienst 609 Namen

**Gewestelijk beheerder:** Dhr. Michel HENDRICK  
E-mail: [beheerder609@caami-hziv.fgov.be](mailto:beheerder609@caami-hziv.fgov.be)

✉ Avenue Reine Astrid 47-49  
5000 Namur  
☎ 081/73.29.33  
📠 081/73.84.36

### Openingstijden van de loketten:

Maandag	9u – 12u en 13u – 16u*
Dinsdag	9u – 12u en 13u – 17u30*
Woensdag	9u – 12u
Donderdag	9u – 12u en 13u – 16u*
Vrijdag	Gesloten

\* De loketten zijn in de namiddag gesloten in juli en augustus, behalve op dinsdag (open tot 15u)

### Sociale dienst (Namen):

Donderdag	9u30 – 12u
-----------	------------

U kan ook een afspraak maken voor een huisbezoek of een contact buiten de openingsuren.

☎ 0473/43.00.28

E-mail: [bdesmet@caami-hziv.fgov.be](mailto:bdesmet@caami-hziv.fgov.be)

## Gewestelijke dienst 610 Eupen

**Gewestelijk beheerder:** Mevr. Gabriele MÜLLER  
E-mail: [beheerder610@caami-hziv.fgov.be](mailto:beheerder610@caami-hziv.fgov.be)

✉ Neustraße 42  
4700 Eupen  
☎ 087/55.37.91  
📠 087/55.73.85

### Openingstijden van de loketten:

Maandag	8u30 – 12u30
Dinsdag	8u30 – 12u30 en 13u30 – 18u*
Woensdag	8u30 – 12u30
Donderdag	8u30 – 12u30
Vrijdag	8u30 – 12u30

\* In juli en augustus tot 16u

### Sociale dienst (Eupen):

Dinsdag	9u – 12u
2 <sup>de</sup> en 4 <sup>de</sup> donderdag	9u – 12u

U kan ook een afspraak maken voor een huisbezoek of een contact buiten de openingsuren.

☎ 087/30.52.67 of 0473/86.31.46

E-mail: [cwetzeler@caami-hziv.fgov.be](mailto:cwetzeler@caami-hziv.fgov.be)

### Sectie Malmedy (620):

✉ Rue Wibald 5  
4960 Malmedy  
☎ 080/33.08.96  
📠 080/77.06.31

Maandag	8u30 – 12u
Dinsdag	8u30 – 12u30
Woensdag	8u30 – 12u
Donderdag	8u30 – 12u en 13u30 – 18u*
Vrijdag	8u30 – 12u

\* In juli en augustus tot 16u

### Sociale dienst (Malmedy):

Maandag	9u30 – 12u
---------	------------

U kan ook een afspraak maken voor een huisbezoek of een contact buiten de openingsuren.

☎ 080/29.29.61 of 0473/86.31.46

E-mail: [cwetzeler@caami-hziv.fgov.be](mailto:cwetzeler@caami-hziv.fgov.be)

**Plaatselijk bureau**

**Sankt-Vith (630):**

✉ Malmedyer Strasse 38  
4780 Sankt-Vith  
☎ 080/22.63.62  
📠 080/67.27.51

Maandag	Gesloten
Dinsdag	9u15 – 12u30 en 13u30 – 16u30
Woensdag	Gesloten
Donderdag	9u15 – 12u30 en 13u30 – 16u30
Vrijdag	9u – 12u30 en 13u30 – 17u*

\* Van 17u tot 18u enkel op afspraak

**Sociale dienst (Sankt-Vith):**

1 <sup>ste</sup> en 3 <sup>de</sup> vrijdag	9u30 – 12u30
---	--------------

*U kan ook een afspraak maken voor een huisbezoek of een contact buiten de openingsuren.*

☎ 080/22.63.62 of 0473/86.31.46

E-mail: [cwetzeler@caami-hziv.fgov.be](mailto:cwetzeler@caami-hziv.fgov.be)

**Permanenties:**

Plaats	Adres	Zitdagen
Eynatten	Oud schoolgebouw Lichtenbuscherstraße 40 4731 Eynatten	ledere woensdag 11u30 – 12u30
Kelmis	Kirchstraße 27A 4720 Kelmis	ledere donderdag 14u – 16u30
Raeren	Jugendheim Hauptstraße 1 4730 Raeren	ledere maandag 14u – 17u

## Bijlage 2: Tabel van uitkeringsbedragen en inkomensgrenzen

Uitkeringsbedragen (per dag, in 6-dagenweek)  
(bedragen vanaf 1 januari 2011)

<b>1. Regeling van de loontrekkenden</b>	
<b>1.1. Maximumbedrag primaire ongeschiktheid</b>	
• begin ongeschiktheid vanaf 1/1/2011	72,95 EUR
<b>1.2. Maximumbedrag invaliditeit (invaliden vanaf 1/1/2011)</b>	
• met personen ten laste	79,03 EUR
• zonder gezinslast / samenwonende	48,63 EUR
• zonder gezinslast / alleenstaande	66,87 EUR
<b>1.3. Minimumbedrag na 6 maanden (regelmatige werknemer)</b>	
• met gezinslast	49,26 EUR
• zonder gezinslast	
- alleenstaande	39,42 EUR
- samenwonende	33,80 EUR
<b>1.4. Minimum (niet-regelmatige werknemer)</b>	
• met gezinslast	37,96 EUR
• zonder gezinslast	28,47 EUR
<b>2. Regeling voor zelfstandigen</b>	
<b>2.1. Vergoeding voor primaire ongeschiktheid (vanaf 2<sup>de</sup> maand ongeschiktheid)</b>	
• met personen ten laste	48,39 EUR
• zonder gezinslast	
- alleenstaand	37,10 EUR
- samenwonend	30,23 EUR
<b>2.2. Vergoeding voor invaliditeit</b>	
• zonder stopzetting bedrijf	
- met personen ten laste	48,39 EUR
- zonder gezinslast	
- alleenstaand	37,10 EUR
- samenwonend	30,23 EUR
• met stopzetting bedrijf	
- met personen ten laste	49,26 EUR
- zonder gezinslast	
- alleenstaand	39,42 EUR
- samenwonend	33,80 EUR
<b>2.3. Wekelijkse uitkering (moederschap en adoptie)</b>	
	383,24 EUR
<b>3. Dagelijks forfaitaire toelage voor hulp van derden</b>	
	12,99 EUR

## Inkomensgrenzen (bedragen op 1 januari 2011)

<b>1. Inkomensgrens per trimester (bruto) – sector geneeskundige verzorging</b>	
• voor personen ten laste	2.191,85 EUR
<b>2. Jaarlijkse inkomensgrens voor BVT<sup>17</sup></b>	
• zonder personen ten laste	15.364,99 EUR
• verhoging per persoon ten laste	2.844,74 EUR
<b>3. Inkomensgrens per maand (bruto) – sector uitkeringen</b>	
• plafond statuut met last	821,17 EUR
• plafond statuut alleenstaand (beroepsinkomen)	1.415,24 EUR
• plafond statuut alleenstaand (vervangingsinkomen)	948,62 EUR

---

<sup>17</sup> BVT = begunstigde van een verhoogde tegemoetkoming

**Bijlage 3:**  
**Tabel van persoonlijk aandeel in de verpleegdagprijs (ziekenhuis)**  
**en persoonlijk aandeel bij verblijf in een revalidatiecentrum**

**Persoonlijk aandeel in de verpleegdagprijs (ziekenhuis)**  
**(bedragen op 1 januari 2011)**

<b>1. Dag van de opname</b>	
• BVT <sup>18</sup>	5,12 EUR
• kinderen ten laste + werklozen <sup>19</sup> (en hun PTL <sup>20</sup> )	32,39 EUR
• anderen	41,70 EUR
<b>2. Vanaf de 2<sup>de</sup> t.e.m. de 90<sup>ste</sup> dag (per dag)</b>	
• BVT <sup>18</sup> (en hun PTL <sup>20</sup> ) + werklozen <sup>19</sup> (en hun PTL)	5,12 EUR
• kinderen ten laste	5,12 EUR
• anderen	14,43 EUR
<b>3. Vanaf de 91<sup>ste</sup> dag (per dag)</b>	
• BVT <sup>18</sup> (en hun PTL <sup>20</sup> ) + werklozen <sup>19</sup> (en hun PTL)	5,12 EUR
• kinderen ten laste	5,12 EUR
• gerechtigden met PTL <sup>20</sup> of gehouden tot betaling van alimentatiegeld, alsook de personen te hunnen laste	5,12 EUR
• anderen	14,43 EUR
<b>4. Vanaf de 366<sup>ste</sup> dag in een psychiatrisch ziekenhuis (per dag)</b>	
• BVT <sup>18</sup> (en hun PTL <sup>20</sup> ) + werklozen <sup>19</sup> (en hun PTL <sup>20</sup> )	5,12 EUR
• kinderen ten laste	5,12 EUR
• gerechtigden met PTL <sup>20</sup> of gehouden tot betaling van alimentatiegeld, alsook de personen te hunnen laste	5,12 EUR
• anderen	14,43 EUR
<b>5. Meer dan 5 jaar in een psychiatrisch ziekenhuis (per dag)</b>	
• kinderen ten laste	5,12 EUR
• BVT <sup>18</sup> + werklozen <sup>19</sup> (en hun PTL <sup>20</sup> ) + gerechtigden gehouden tot betaling van alimentatiegeld met PTL <sup>20</sup> (en hun PTL)	5,12 EUR
• werklozen <sup>19</sup> en gerechtigden gehouden tot betaling van alimentatiegeld zonder PTL <sup>20</sup>	14,43 EUR
• de andere rechthebbenden	24,04 EUR

<sup>18</sup> BVT: begunstigde van een verhoogde tegemoetkoming

<sup>19</sup> Werkloze: gecontroleerd en volledig werkloos sinds ten minste 1 jaar (met gezinslast of alleenstaand)

<sup>20</sup> PTL: persoon ten laste

**Persoonlijk aandeel bij verblijf in een revalidatiecentrum  
(op 1 januari 2011)**

<b>1. Dag van de opname</b>	
• BVT <sup>18</sup>	5,12 EUR
• kinderen ten laste + werklozen <sup>19</sup> (en hun PTL <sup>20</sup> )	32,39 EUR
• anderen	41,70 EUR
<b>2. Vanaf de tweede dag</b>	
• BVT <sup>18</sup>	5,12 EUR
• kinderen ten laste + werklozen <sup>19</sup> (en hun PTL <sup>20</sup> )	5,12 EUR
• anderen	14,43 EUR

## Bijlage 4: Statuut van de HZIV

De verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering werd bij de besluitwet van 28 december 1944 ingesteld. Die wet verplichtte de werknemers zich aan te sluiten bij één van de bestaande ziekenfondsen of bij een gewestelijke overheidsdienst van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

De gewestelijke overheidsdiensten werden bij Regentsbesluit van 21 maart 1945 overgebracht naar het Rijksfonds voor Verzekering tegen Ziekte en Invaliditeit - later omgedoopt tot het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). Naderhand zijn de bestaande gewestelijke diensten ondergebracht bij de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV), opgericht bij de wet van 14 juli 1955.

Sindsdien werkt de HZIV als **zesde verzekeringsinstelling**. In de loop van de jaren zijn enige wijzigingen aangebracht in het beheer en de werking van de instelling. Dat was vooral een gevolg van de wet van 16 maart 1954 betreffende de controle op sommige instellingen van openbaar nut, de wet op het paritair beheer van 25 april 1963 en de wet op de verplichte ziekteverzekering van 9 augustus 1963. Het koninklijk besluit van 2 oktober 2003 tot goedkeuring van de eerste bestuursovereenkomst van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekeringen stelde maatregelen vast tot rangschikking van de HZIV bij de openbare instellingen van sociale zekerheid.

**De HZIV is dus een openbare instelling van sociale zekerheid** en niet langer een instelling van openbaar nut. Ze bestaat uit een centrale zetel te Brussel en 10 gewestelijke diensten. Een Beheerscomité bestuurt de instelling. Dit comité is thans als volgt samengesteld.

**Voorzitter:** Dhr. Luc GOUTRY

**Vertegenwoordigers der representatieve werkgeversorganisaties:**

Mevr. Wien DE GEYTER, Dhr. Bart BUYSE, Mevr. Catherine VERMEERSCH, Dhr. Kris ROSIER en Dhr. Ivo VAN DAMME

**Vertegenwoordigers der representatieve werknemersorganisaties:**

Mevr. Chris RENIERS, Mevr. Sabine SLEGGERS, Dhr. Paul PALSTERMAN, Dhr. Guy TORDEUR en Dhr. Daniel VAN DAELE

**Regeringscommissarissen:** Dhr. José BERGER en Dhr. Pieter RAES

**Adjunct-administrateur-generaal:** Mevr. Christine MICLOTTE

## Bijlage 5: Afkortingen en woordenlijst (alfabetisch)

- **BVT:** begunstigde van een verhoogde tegemoetkoming (zie 4.3 en 4.4.1)
- **Chronisch zieken:** langdurig zieken die op grond van bepaalde criteria bijzondere voorwaarden kunnen genieten inzake geneeskundige verzorging (zie 4.12)
- **Conventietarief:** ereloon dat wordt toegepast door de geconventioneerde zorgverlener. Sommige zorgverleners zijn niet geconventioneerd of slechts gedeeltelijk. Zij kunnen meer vragen dan het conventietarief (zie 4.2.3)
- **Derdebetalersysteem:** betaalwijze waarbij de zorgverstrekker, dienst of instelling rechtstreeks tussenkomst krijgt van de verzekeringsinstelling (zie 4.10)
- **Farmaceutische specialiteiten:** industrieel bereide geneesmiddelen (zie 4.4.2)
- **Geconventioneerde artsen:** artsen die een akkoord hebben gesloten met de ziekenfondsen over vaste prijzen van geneeskundige prestaties; deze artsen moeten zich houden aan deze prijzen (zie 4.5.3)
- **Generisch geneesmiddel:** een geneesmiddel dat dezelfde therapeutische waarde heeft als een farmaceutische specialiteit ("merkgeneesmiddel"), maar goedkoper is; ze worden in de handel gebracht als het patent van het originele geneesmiddel verstreken is (zie 4.4)
- **Gerechtigde (=titularis):** persoon die in eigen naam recht op geneeskundige verzorging en eventueel uitkeringen (zie 4.1.1); de gerechtigde creëert voor personen te zijner laste (PTL) het recht op geneeskundige verzorging.
- **Getuigschrift voor verstrekte hulp:** briefje dat de zorgverlener (bijv. arts, kinesist, tandarts...) aan de patiënt geeft en waarop de geleverde prestaties vermeld staan; hiermee kan de patiënt bij zijn verzekeringsinstelling een bepaald bedrag terugbetaald krijgen (zie 4.2.3)

- **Gewaarborgd loon:** loon dat de werkgever uitbetaalt aan een zieke werknemer tijdens de eerste periode van de ziekte; deze periode is verschillend voor arbeiders, bedienden, ambtenaren en onderwijzend personeel (zie 5.4.1)
- **Gewestelijke dienst:** zie bijlage 1 voor nuttige informatie hierover
- **Honorarium:** ereloon (zie 4.4.1 en 4.5.3)
- **HZIV:** Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
- **Invaliditeit:** vanaf het tweede jaar arbeidsongeschiktheid (zie ook “primaire arbeidsongeschiktheid”) (zie 7.2.1 en 7.2.2)
- **Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ):** deze openbare instelling organiseert de elektronische overdracht van informatie tussen de verschillende instellingen van de sociale zekerheid (zie 4.1.4)
- **Magistrale bereidingen:** geneesmiddelen die door de apotheker zelf zijn gemaakt (zie 4.4.1)
- **Mutatie:** veranderen van verzekeringsinstelling (ziekenfonds); wie tenminste een jaar lid is van een ziekenfonds (of de HZIV) kan een mutatie aanvragen; mutaties gebeuren op 1 januari, 1 april, 1 juli of 1 oktober; om praktische redenen moeten ze een maand voor die data worden aangevraagd (zie 3.2)
- **Mutualiteit:** zie “ziekenfonds”
- **Nomenclatuur:** lijst van alle geneeskundige prestaties die in aanmerking komen voor terugbetaling door de verplichte ziekteverzekering, met regels i.v.m. terugbetaling (zie 4.2.1 en 4.6)
- **OCMW:** Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (zie 4.3.1 en 4.10)
- **Omnio:** een beschermingsmaatregel die het recht op het voorkeurtarief voor geneeskundige verzorging uitbreidt naar de verzekerden uit gezinnen met een laag inkomen. Omnio geeft recht op een betere

terugbetaling van geneeskundige verzorging zoals raadplegingen, geneesmiddelen, hospitalisatiekosten... (zie 4.3.3)

- **Permanentie:** zie bijlage 1 voor een overzicht van al onze permanenties
- **Primaire arbeidsongeschiktheid:** het eerste jaar waarin iemand ziek is en een uitkering ontvangt van zijn verzekeringsinstelling
- **Persoon ten laste (PTL):** persoon die geen eigen lidboekje heeft van een verzekeringsinstelling, maar ingeschreven is in het lidboekje van een "gerechtigde" (zie uitleg) (bijv. ouder, echtgenoot); via deze gerechtigde kan de persoon ten laste genieten van de verplichte ziekteverzekering (zie 3.3, 4.1, 4.1.2 en 4.5.4)
- **Rechthebbende:** iedereen die recht heeft op terugbetaling van geneeskundige verzorging; iedereen die wettelijk verzekerd is (zowel personen ten laste als gerechtigden) (zie 4.5.4 en 4.10)
- **Remgeld:** deel van het conventietarief dat niet terugbetaald wordt en dat u dus zelf moet betalen. Indien de zorgverlener minder rekent dan het conventietarief, wordt alleen het werkelijk betaalde remgeld in aanmerking genomen voor de franchise (zie 4.2.3, 4.11 en 4.15).
- **RIZIV:** Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (zie 4.5.2, 4.6, 4.22, 5.3.1, en 5.3.2)
- **SIS:** Sociaal Informatie Systeem; op de SIS-kaart staan alle persoonlijke gegevens m.b.t. de sociale zekerheid (zie 3.1, 3.2, 4.1.4 en 4.1.5)
- **Supplement:** deel van het ereloon dat het conventietarief te boven gaat en dat steeds te uwen laste blijft (4.2.3, 4.5.1 en 4.5.3)
- **Uitkering:** vervangingsinkomen dat aan de zieke werknemer of de vrouw in bevallingsverlof wordt uitbetaald; overlijdensuitkering (zie 2, 4.1.1, 4.1.4, 5, 6.1, 6.2 en bijlage 2)

- **Ziekenfonds:** zoals bepaald in de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen, die instaat voor het welzijn van haar leden en met dat doel o.a. zorgt voor terugbetaling i.v.m. geneeskundige verzorging en toekenning van uitkeringen i.v.m. loonverlies door invaliditeit, ziekte en moederschap. Er zijn in België 5 ziekenfondsen:

- Landsbond der christelijke mutualiteiten
- Landsbond van de neutrale ziekenfondsen
- Nationaal verbond van socialistische mutualiteiten
- Landsbond van liberale mutualiteiten
- Landsbond van de onafhankelijke ziekenfondsen

Er zijn nog twee overheidsinstellingen die dezelfde functies vervullen als de ziekenfondsen: de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering en de Kas der geneeskundige verzorging van de NMBS Holding.

- **Zorgverlener:** term die alle professionelen of instellingen omvat die geneeskundige verzorging verlenen (bijv. huisartsen, specialisten, tandartsen, kinesisten, ziekenhuizen, rusthuizen...) (zie 4.2.3)



## Bijlage 6

### Klachtenformulier HZIV

#### Persoonlijke gegevens

Naam en voornaam\*:

Officieel adres\*:

Straat, nummer, busnummer\*:

Postcode, gemeente\*:

Telefoonnummer thuis:

Werk:

Gsm:

E-mailadres:

@

U bent een:  Lid van de HZIV met lidnummer:

Zorgverstrekker  Zorginstelling  Zorgverzekeraar  Andere

#### Uw klacht

Waarover gaat uw klacht? Geef duidelijk het probleem weer met vermelding van de data waarop de feiten gebeurd zijn.

\* Verplicht veld

1/2

**Heeft u al contact gehad met de HZIV over deze klacht?**

Op welke datum:

- Met welke dienst:  Plaatselijk HZIV-kantoor  
 Dienst geneeskundige zorgen  
 Dienst internationale verdragen  
 Dienst verzekeraarheid  
 Dienst uitkeringen  
 andere:

Welk gevolg werd er aan uw klacht gegeven:

Datum:

2/2

## Aanvraagformulier tot inschrijving bij de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

Naam: .....

Voornaam: .....

Straat: ..... Nr.: ..... Bus: .....

Postcode: ..... Gemeente: .....

E-mail: .....

Tel.: ..... Geboortedatum: .....

### wenst een inschrijvingsformulier te ontvangen

Ik ben al lid als titularis bij een andere mutualiteit

Datum: .....

Handtekening: .....

Terug te sturen naar:   HZIV  
                                  Troonstraat 30 A  
                                  1000 Brussel

Tel.: 02/229.35.00

Fax: 02/229.35.58

E-mail: info@caami-hziv.fgov.be

✂ *strook afknippen a.u.b.*

**16<sup>de</sup> bijgewerkte uitgave: 1 april 2011**

Redactie: Guillaume JANSSENS (eindredactie), Joost DE COEN,  
Ilse DE COENSEL, David VALLE en Pascale DEGRAVE

Verantwoordelijke uitgever: Christine MICLOTTE,  
Adjunct-administrateur-generaal HZIV  
Troonstraat 30 A - 1000 Brussel

Wettelijk Depot: D/2011/7241/1

De Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV) is een openbare instelling. Ze biedt alle voordelen van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering:

- tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige verstrekkingen;
- uitkering ter vergoeding van loonverlies (bij ouderschap, ziekte of invaliditeit);

Bij de HZIV moet u zich niet aanvullend verzekeren. Daardoor betaalt u geen aanvullende bedragen.

Onze ervaren medewerkers informeren u graag over uw rechten en plichten als sociaal verzekerde.

## Schrijf u in bij de HZIV!

Download het inschrijvingsformulier op [www.hziv.be](http://www.hziv.be).

U kunt ook vragen om het op te sturen per post (zie bijlage 7) of naar één van onze loketten komen (zie bijlage 1).