

Voorwaarden voor vergoeding – Herstel- of verzorgingstehuis (Hoofdstuk 3 van titel II van de algemene uitvoeringsbepalingen)

Het verzoek om voorafgaande goedkeuring moet vergezeld gaan van een medisch rapport waarin de noodzaak van het verblijf in het tehuis of de instelling wordt aangetoond en waarin de aard van de verzorging die de patiënt nodig heeft is gepreciseerd; het moet tevens vergezeld gaan van de twee in de bijlage opgenomen formulieren, die naar behoren door de behandelend arts moeten zijn ingevuld.

De goedkeuring kan worden toegekend voor een periode van ten hoogste 12 maanden. Zij kan worden herhaald.

Alle kosten van verzorging en verblijf worden vergoed voor 85 %, of voor 100 % in geval van ernstige ziekte; voor de verblijfkosten geldt een plafond van 36 euro per dag.

Wanneer de kosten van verzorging en verblijf niet afzonderlijk op de factuur zijn vermeld, worden deze forfaitair verdeeld overeenkomstig de in onderstaande tabel voor elke graad van hulpbehoefendheid vermelde verhouding:

Graad van hulpbehoefendheid	Kosten van verzorging	Verblijfkosten
4	30 %	70 %
3	50 %	50 %
2	60 %	40 %
1	70 %	30 %

Ook in dit geval geldt voor de verblijfkosten het plafond van 36 euro per dag.

Overname van kosten

Wanneer de kosten van verzorging en de verblijfkosten afzonderlijk op de factuur zijn vermeld, heeft de overname van kosten betrekking op de kosten van verzorging en de factuur die u van het tehuis of de instelling ontvangt, moet overeenstemmen met de verblijfkosten.

Wanneer de kosten van verzorging en de verblijfkosten niet afzonderlijk op de factuur zijn vermeld, zal de overname van kosten overeenstemmen met het percentage van de kosten van verzorging dat in bovenstaande tabel is vermeld, en moet de factuur die u van het tehuis of de instelling ontvangt, de volledige prijs vermelden en het bedrag dat ingevolge de overname van kosten wordt afgetrokken, en het verschil moet overeenstemmen met het percentage van de verblijfkosten.

Ons systeem van overname van kosten dekt ook alle medische uitgaven die niet in het dagelijkse forfait voor verzorging zijn opgenomen, zoals raadplegingen van een arts, farmaceutische producten, analyses en onderzoeken, ambulancekosten (op basis van bewijsstukken die bij de factuur zijn gevoegd).

Buitensporig hoge kosten (GEMEENSCHAPPELIJKE REGELING, Artikel 20§2)

Voor de verstrekkingen waarvoor geen enkel plafond voor de vergoeding is vastgesteld, wordt het gedeelte van de kosten dat buitensporig hoog wordt geacht ten opzichte van de normale kosten in het land waar de kosten zijn gemaakt, niet vergoed. Het gedeelte van de kosten dat buitensporig hoog wordt geacht, wordt voor ieder geval afzonderlijk door het afwikkelingsbureau vastgesteld, na advies van de raadgevend arts.

(*) Bijzondere procedure voor de rechthebbenden op de aanvullende verzekering (Hoofdstuk 3 van titel III van de algemene uitvoeringsbepalingen)

Personen die recht hebben op een aanvullende dekking moeten eerst gebruikmaken van hun nationale hoofdverzekering en bij deze hoofdverzekering om vergoeding van hun medische kosten verzoeken. Het GSZV treedt slechts als aanvullende verzekering op.

De kosten van verstrekkingen waarvoor de hoofdverzekering geen vergoeding toekent, kunnen echter door het GSZV worden vergoed, op voorwaarde dat zij voor vergoeding door het stelsel in aanmerking komen. In dat geval is de door het GSZV toegekende vergoeding vergelijkbaar met die welke zou zijn toegekend indien het GSZV als hoofdverzekering had gegolden.

Indien als gevolg van de keuzevrijheid van de zorgverlener, met name voor de kosten van verstrekkingen die in het buitenland zijn verleend, geen enkele vergoeding door de hoofdverzekering mogelijk is, kan het GSZV eveneens gelden voor verstrekkingen waarvan het de vergoeding waarborgt mits door middel van bewijsstukken wordt aangetoond dat eerst alle regels en procedures van de hoofdverzekering zijn nageleefd. In dat geval treedt het GSZV uitsluitend voor de betrokken verstrekkingen in de plaats van de hoofdverzekering.

Op een aanvullende dekking recht hebbende personen die afhangen van een stelsel van rechtstreekse verlening van prestaties kunnen alleen een vergoeding voor in de particuliere sector gemaakte kosten krijgen – voor de verstrekkingen die in onderstaande lijst zijn vermeld – indien is aangetoond dat het openbare stelsel duidelijke tekortkomingen vertoont (bijvoorbeeld lange wachttijden, niet-voorhanden behandelingen):

- ziekenhuisopnames en operaties;
- behandelingen en onderzoeken in een ziekenhuis;
- ziekenoppas;
- rusthuizen en zorginstellingen;
- thermale kuren en herstelkuren.

Een voorafgaande goedkeuring is vereist.

Andere verstrekkingen dan die vermeld in bovenstaande lijst kunnen door het GSZV worden vergoed, op voorwaarde dat zij voor vergoeding door het stelsel in aanmerking komen.

De beperkingen van de vrije keuze gelden noch voor de aangeslotene, noch voor de ten laste komende kinderen die aanvullend zijn gedekt.

Adressen afwikkelingsbureaus Gemeenschappelijk stelsel van ziektekostenverzekering (GSZV)

Afwikkelingsbureau van Brussel Europese Commissie Kantoor SC27 3/04 B-1049 Brussel Tel.: +32-2-295.98.56 Fax: +32-2-295.97.01 E-mail: pmo-rcam-bru-prise-en-charge@ec.europa.eu	Afwikkelingsbureau van Ispra Europese Commissie PMO/06 - TP 730 Via E. Fermi, 2749 I-21027 Ispra Tel.: +39-0332-789966 Fax: +39-0332-789423 pmo-ispra-prise-en-charge@ec.europa.eu	Afwikkelingsbureau van Luxemburg Europese Commissie DRB - B1/073 L-2920 Luxemburg Tel.: +352-4301.36103/36406 Fax: +352-4301.36019
PMO-CONTACT@ec.europa.eu + 32 (0)2 29 97777		