EEN OP DRIE GEZINNEN MOEITE MET BEKOSTIGEN BASISGEZONDHEIDSZORG!
WAT KAN HET CLB DOEN?

Een recent artikel in Test-Aankoop belicht een enquête (anno 2009) waaruit blijkt dat **één op drie gezinnen moeite heeft met het bekostigen van de basisgezondheidszorg**.

Hoewel de CLB-dienstverlening kosteloos is voor de gebruiker, het realiseren van sommige CLB-adviezen (verder onderzoek, externe begeleiding, verzorging, …) is dit vaak niet. We mogen dan ook verwachten dat het **reële of vermeende kostenplaatje vaak een bijkomende drempel is om deze adviezen op te volgen**. Ouders vinden het vaak moeilijk dit zelf aan te kaarten. Het kan helpen als CLB-medewerker hierop te anticiperen door bv. een idee te geven van het reële kostenplaatje, de weg te wijzen naar extra tegemoetkomingen of gunstige alternatieven, zelf te toetsen naar de financiële haalbaarheid van de voorstellen voor het gezin.

Hieronder alvast enkele gegevenheden over 'terugbetalingen, tegemoetkomingen, …' i.v.m. diverse zorgverstrekkingen:

1. Mondzorg: meer uitleg in bijlage 1
   - De meeste tandheelkundige (be-)handelingen (met uitzondering van de orthodontische) worden volledig terugbetaald voor jongeren tot 18 jaar (op voorwaarde dat de tandarts geconventioneerd is)
   - Aan de tandarts kan ook gevraagd worden te werken met het systeem van derdebetaler (systeem waarbij de tandarts het ereloon rechtstreeks vereffent met het RIZIV). De tandarts heeft het recht hier al dan niet op in te gaan. (meer uitleg in bijlage 2)
2. Raadplegingen huisarts:
   - Een patiënt met een globaal medisch dossier (GMD) betaalt 30% minder remgeld voor een raadpleging bij zijn huisarts. Een GMD kan door elke patiënt aangevraagd worden bij de huisarts. In een GMD bundelt deze huisarts dan alle medische info die over de patiënt bekend is. Voor het opstarten van een GMD betaalt de patiënt een bepaalde som aan de arts. Die som wordt volledig terugbetaald door het RIZIV.
   - Jongeren hebben het recht op toepassen van het systeem derdebetaler. De arts heeft het recht hier al of niet op in te gaan. (meer uitleg in bijlage 2)
   - Patiënten of gezinnen die genieten van een verhoogde tegemoetkoming, betalen minder remgeld. (meer uitleg in bijlage 3)
3. Raadplegingen specialist (ondermeer oogarts, neuroloog, psychiater, NKO, uroloog, …):
   - Een patiënt met een GMD betaalt ook minder bij een raadpleging van een specialist indien op verwijzing van de huisarts (bv. slechts +/- 2,5 euro remgeld voor raadpleging oogarts wanneer patiënt met GMD en op verwijzing huisarts) (meer uitleg in bijlage 4)
   - Jongeren hebben het recht op toepassen van het systeem derdebetaler. De arts heeft het recht hier al of niet op in te gaan. (meer uitleg in bijlage 2)
   - Patiënten of gezinnen die genieten van een verhoogde tegemoetkoming, betalen minder remgeld. (meer uitleg in bijlage 3)
4. Tussenkomsten van RIZIV en mutualiteiten voor brilglazen, montuur, lenzen en toebehoren:
   - Zie overzicht in bijlage 5
5. Terugbetaling contraceptiva voor jongeren onder de 21 jaar
   - Zie bijlage 6
6. Terugbetaling Rilatine

- Zie bijlage 7

7. Terugbetaling dieetconsultaties: meer uitleg in bijlage 8
    - Hiervoor is geen terugbetaling voorzien via het RIZIV (tenzij bij diabetes).
    - Bij sommige mutualiteiten is er wel een terugbetaling voorzien. De modaliteiten verschillen tussen de mutualiteiten onderling, maar ook van regio tot regio en evolueren van jaar tot jaar.
8. Terugbetaling kine: meer uitleg via bijlage 9

Voor ‘ Tarieven en terugbetalingen van de courantere medische en paramedische zorgverstrekkingen’: zie bijlage 9

TUSSENKOMST ZIEKENFONDS IN HET KADER VAN MONDZORG

Voor kinderen en jongeren **tot de leeftijd van 18 jaar** worden veel tandheelkundige (be-)handelingen **volledig terugbetaald** via het ziekenfonds.

Dit is zo voor:

- Het preventief 'mondonderzoek': hierbij kijkt de tandarts de mond zorgvuldig na en geeft advies over hoe je de mond best kunt verzorgen. Jongeren tot 18 jaar kunnen 2 keer per jaar genieten van volledige terugbetaling hiervoor.
- Het preventief 'reinigen': hierbij worden plaque, tandsteen en eventuele verkleuringen verwijderd en daarna worden de tanden gepolijst. Een regelmatige professionele reiniging van de mond helpt cariës ('gaatjes') en tandvleesproblemen te voorkomen.
- Het 'verzegelen' van groeven of putjes van een blijvende tand: soms is dit aangewezen als extra bescherming tegen tandbederf.
- Het 'verzorgen van cariës' in het melkgebit of het blijvend gebit.
- De extractie – het 'verwijderen' - van sommige tanden of tandwortels.
- …

Deze volledige terugbetaling is van toepassing wanneer de tandarts 'geconventioneerd' is. D.w.z. dat de tandarts de afspraken over de tarieven die nationaal overeengekomen zijn, volgt. Of de tandarts geconventioneerd is, staat (meestal) te lezen in de wachtzaal. Je kunt het natuurlijk ook gewoon vragen aan de tandarts of navragen bij het ziekenfonds. (Bemerk:via de website van de CM vind je een databank waarin je kan terugvinden per postcode welke zorgverleners - bv. tandartsen maar ook artsen, diëtisten, kinesisten, logopedisten - al dan niet volledig zijn geconventioneerd)

Wanneer de tandarts niet geconventioneerd is of enkel geconventioneerd is gedurende bepaalde uren van de week, dan kan de terugbetaling onvolledig zijn. Vraag in dat geval best aan de tandarts wat de persoonlijke bijdrage zal zijn.

De 'volledige' terugbetaling geldt sowieso **niet** voor de orthodontische behandelingen (een 'beugel'). Hiervoor zijn wel onvolledige terugbetalingen voorzien vanuit het ziekenfonds. (Hiervoor dient een aanvraag tot orthodontische behandeling ingediend te zijn vóór de leeftijd van 15 jaar.) Sommige ziekenfondsen voorzien ook een extra terugbetaling voor orthodontie. Vraag de precieze voorwaarden na bij het ziekenfonds. Bespreek de tarieven ook op voorhand met de tandarts-orthodontist.

Bemerk: Vanaf 1 mei 2009 is het voor rechthebbenden jonger dan 18 jaar ook mogelijk om de tandverzorging te bekostigen via de regeling derde betalende. De patiënt kan dit aan de tandarts vragen, maar deze is niet verplicht om via deze betaalwijze te werk te gaan. De derdebetalersregeling houdt in dat de patiënt niet langer zelf de verloning betaalt aan de tandarts om het dan achteraf van het ziekenfonds terugbetaald te krijgen, maar dat de tandarts dit zelf met het ziekenfonds regelt.

Bronnen: VWVJ-Standaard Mondgezondheid 2009; website RIZIV (februari 2010)

DERDEBETALERSREGELING

JONGEREN EN DERDEBETALERSREGELING BIJ EEN GENEESKUNDIGE VERZORGING BUITEN HET ZIEKENHUIS

1. **Wanneer een jongere een arts raadpleegt**, kan hij gewoon afrekenen. Met het getuigschrift van verstrekking bekomen de ouders de terugbetaling via hun mutualiteit. Zo gaat het gewoonlijk.

   Soms is het niet opportuun dat de jongere de ouders op de hoogte brengt van de raadpleging. De arts heeft dan het recht (opgelet: niet de plicht) gebruik te maken van de derdebetalersregeling. De arts regelt de verloning in dat geval rechtstreeks met het RIZIV.

   Een omzendbrief van maart 2009 van het RIZIV beschrijft immers dat bij uitzondering de derdebetalersregeling kan toegepast worden bij bvb. raadplegingen. Dit kan ondermeer als "de verzekerde niet onmiddellijk kan betalen en een uitgestelde betaling niet mogelijk of niet aangewezen is om sociale redenen" (5e punt van de omzendbrief). Zo bvb. als het gaat om "rechthebbenden [in dit geval: de jongere] die om deugdelijke redenen wensen dat de factuur niet ter betaling wordt aangeboden aan de gerechtigde [in dit geval: de ouder] die het recht doet ingaan."

   Vaak is de jongere en soms ook de arts niet op de hoogte van deze mogelijkheid. Indien toepasselijk kan het CLB de jongere hier alvast over informeren.

2. Ook voor de **conserverende tandheelkundige zorgen voor jongeren tot 18 jaar**, heeft de tandarts het recht te werken via de derdebetalersregeling.
   Zie omzendbrief van maart 2009 van het RIZIV, 10e punt.

3. Door het RIZIV vergoede verstrekkingen in Centra Geestelijke Gezondheid, centra voor gezinsplanning en seksuele voorlichting, … kunnen eveneens via 'derdebetaler' geregeld worden.
   Zie omzendbrief van maart 2009 van het RIZIV, 2e punt.

4. Verstrekkingen verleend in inrichtingen die gespecialiseerd zijn in het verzorgen van kinderen of mindervaliden komen ook in aanmerking voor de derdebetalersregeling. Bvb. MPI, instellingen waar kinderen verblijven geplaatst door de jeugdrechter, medisch pedagogische centra voor chronisch zieke kinderen.
   Zie omzendbrief van maart 2009 van het RIZIV, 3e punt.

5. Gerechtigden (en de eventuele personen ten laste) die in aanmerking komen voor een verhoogde tegemoetkoming (WIGW, personen met recht op een leefloon, personen met steun van het OCMW equivalent aan het leefloon, kinderen die recht geven op een verhoogde kinderbijslag, …) kunnen aanspraak maken op een derdebetalersregeling.
   Zie omzendbrief van maart 2009 van het RIZIV, 6e punt.

Bronnen:
Omzendbrief van het RIZIV (nr 2009/115 van 24 maart 2009) betreffende 'Modaliteiten waaronder uitzondering op het verbod van toepassing van de derdebetalersregeling kan worden toegestaan.'

Artikel in Artsenkrant van 20 november 2009

.

VERHOOGDE TEGEMOETKOMING

Sommige personen hebben recht op een 'verhoogde tegemoetkoming'. Bij uitgaven voor gezondheidszorg betalen zij **minder remgeld**: voor sommige geneesmiddelen, bij een bezoek aan de arts, tandarts, kinesitherapeut of een andere zorgverlener en bij opname in een ziekenhuis. Daarnaast kunnen zij ook genieten van **andere financiële voordelen** (korting op trein- of busticket, stookoliefactuur, …).

De verhoogde tegemoetkoming geldt zowel voor de betrokkene als zijn personen ten laste.

Wie heeft recht op een verhoogde tegemoetkoming?

1. Kinderen met een verhoogde kinderbijslag wegens handicap
2. Personen die een leefloon ontvangen
3. Personen die een inkomensgarantie voor ouderen ontvangen (IGO)
4. Personen die een inkomensvervangende tegemoetkoming voor personen met een handicap ontvangen
5. Personen die een integratietegemoetkoming voor personen met een handicap ontvangen
6. Niet –begeleide minderjarige vreemdelingen

Personen die horen tot volgende categorieën hebben ook recht op een verhoogde tegemoetkoming op voorwaarde dat het bruto belastbaar gezinsinkomen een maximumbedrag niet overschrijdt (15 063,45 euro te verhogen met 2 788,65 euro per persoon te laste, bedragen geldig vanaf 1 januari 2010):

1. Gepensioneerden, weduwen en weduwnaars, wezen, invaliden
2. Langdurig werklozen ouder dan 50 jaar
3. Ambtenaren die langer dan 1 jaar in disponibiliteit zijn wegens ziekte
4. …

En verder kan eenieder met een laag gezinsinkomen (bruto belastbaar gezinsinkomen van 2009 lager dan 14.778,26 euro, te verhogen met 2 735,85 per gezinslid dat niet de aanvrager is) het Omnio-statuut aanvragen. Dit statuut geeft ook recht op de verhoogde tegemoetkoming.

Voor wie de verhoogde tegemoetkoming afhankelijk is van het gezinsinkomen, moet een dossier worden opgemaakt en goedgekeurd via het ziekenfonds.

P.S.: op de klevertjes van de mutualiteiten staat een nummercode (verschillend van het rijksregisternummer en de code voor de mutualiteit). Bij personen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming eindigt deze op een 1.

Bronnen: website RIZIV, website Testaankoop, website CM (maart 2010)

REMGELDVERMINDERING NA VERWIJZING DOOR HUISARTS

Patiënten betalen minder remgeld wanneer zij een **geneesheer-specialist consulteren** na verwijzing door de huisarts*.

- Patiënten met een verhoogde tegemoetkoming krijgen **2 euro** extra terugbetaald
- Patiënten zonder verhoogde tegemoetkoming krijgen **5 euro** extra terugbetaald

Dit geldt voor volgende specialiteiten:

- Cardiologie
- Dermatologie
- Endocrinologie
- Gastro-enterologie
- (Geriatrie)
- Gynecologie/verloskunde
- Inwendige geneeskunde
- Kindergeneeskunde
- Neurologie/psychiatrie/neuropsychiatrie
- Neuskeeloor
- Oftalmologie
- Pneumologie
- Reumatologie
- Stomatologie
- Urologie

De patiënt dient hiervoor wel een globaal medisch dossier (GMD)** te hebben bij een huisarts.

De terugbetaling geldt enkel voor het eerste consult van het lopende kalenderjaar bij een arts van dit specialisme.

Procedure:

- De huisarts geeft de patiënt een verwijsbrief mee met de vermelding van het specialisme. (op deze brief staat geen verdere inhoudelijke info)
- Na het consult van de specialist geeft de patiënt deze verwijsbrief samen met het getuigschrift van verstrekte hulp van de specialist aan het ziekenfonds.

Bijvoorbeeld: raadpleging bij een (geaccrediteerde) oogarts: als patiënt betaal je hiervoor het ereloon van 22,67 euro; daarvan krijgt een gewoon verzekerde (en met GMD) 20,05 euro terug indien dit gebeurde met verwijsbrief van de huisarts, en 15,05 euro indien zonder verwijzing van de huisarts.

* De **verwijzende arts** dient volgens het KB van 26 november 2006 (gewijzigd bij K.B. 26-08-2010) een "algemeen geneeskundige" te zijn. Dit zijn artsen met een RIZIV-nummer (zogenaamde bevoegdheidscode) eindigend op "001" t.e.m. "008".

De verwijzende (huis)arts moet niet noodzakelijk de arts zijn die het GMD bijhoudt (cf. toelichting CM).

Stricto sensu (d.i. volgens de wetgever) kan dus elke CLB-arts met RIZIV-nummer eindigend op "001"

t.e.m. “008” dgl. attest (= ‘verwijsbrief zonder inhoudelijke info’ - prototype downloadbaar is via de website van het RIZIV) invullen voor de leerlingen met een GMD, en ze aldus rechtstreeks naar bv. de oogarts verwijzen met recht op verhoogde terugbetaling.(Bij verwijzing dient daarnaast natuurlijk ook de gewone ‘verwijsbrief met inhoudelijke info’ meegegeven te worden)

Anderzijds kunnen artsen met RIZIV-nummer “000” en “009” geen verwijzingen doen met het oog op een verhoogde terugbetaling.

Een **globaal medisch dossier of GMD kan door elke patiënt aangevraagd worden bij een huisarts. In een globaal medisch dossier bundelt die arts dan alle medische info die over de patiënt bekend is. Een patiënt met GMD betaalt 30 % minder remgeld voor een raadpleging bij deze huisarts en betaalt ook minder bij een raadpleging van een specialist op verwijzing van de huisarts (cf. hierboven)

Bronnen: website RIZIV; website Testaankoop; website CM (februari 2010, november 2013)

TUSSENKOMST VAN HET ZIEKENFONDS IN DE KOSTEN VAN HET MONTUUR EN DE BRILGLAZEN

De kosten van montuur en brilglazen worden gedeeltelijk terugbetaald door het ziekenfonds.
Buiten de RIZIV regeling kan er een bijkomende tussenkomst zijn die verschilt van ziekenfonds tot ziekenfonds. In de volgende tabel wordt de toestand op 1 december 2009 weergegeven. De terugbetalingsmodaliteiten worden geregeld aangepast.

Tussenkomst van het ziekenfonds in de kosten van het montuur en de brilglazen op 01.12.09

RIZIV regeling voor kinderen en jongvolwassenen tot 18 jaar [1]	
Montuur	Tweemaal een bedrag ('forfait') voor het aankopen van een brilmontuur. Op 1 januari 2009 bedroeg het forfait € 27,07 (of € 20,31 indien de opticien niet geconventioneerd is). Een aantal mutualiteiten voorzien in hun aanvullende verzekering een extra tegemoetkoming.
Brilglazen	Recht op tegemoetkoming ongeacht de sterkte van de glazen, op voorwaarde dat de bril werd voorgeschreven door een oogarts (het voorschrift blijft 6 maand geldig). Het bedrag is afhankelijk van het type en de sterkte van de glazen. • Bij brilglazen kleiner dan +/- 8,25 dioptrie (D): eenmalige terugbetaling voorzien. Deze terugbetaling is echter hernieuwbaar op voorwaarde dat de sterkte met minstens 0,5 D wijzigt. Sommige mutualiteiten voorzien extra terugbetaling in het kader van de aanvullende verzekering. • Brilglazen vanaf 8,25 D: terugbetaling voorzien. Deze is jaarlijks hernieuwbaar voor kinderen onder de 12 jaar. Vanaf 12 jaar is de terugbetaling hernieuwbaar na 5 jaar. De terugbetaling is ook hernieuwbaar wanneer de sterkte met minstens 0,5 D wijzigt.
Extra tussenkomst van de verschillende mutualiteiten [2]	
Socialistische mutualiteit	Tweejaarlijkse tussenkomst van € 75 voor jongeren t.e.m. de leeftijd van 29j voor brilglazen, montuur en lenzen.
Liberale mutualiteit	Tweejaarlijkse tussenkomst van € 75 voor jongeren t.e.m. de leeftijd van 25j voor brilglazen, montuur en lenzen. Bemerk: regionale verschillen zijn mogelijk
Christelijke mutualiteit	Driejaarlijkse tussenkomst van € 50 voor jongeren tot de leeftijd van 25j voor brilglazen, montuur, lenzen en toebehoren. Bemerk: regionale verschillen zijn mogelijk
Neutrale Ziekenfondsen	Tweejaarlijkse tussenkomst van € 50 voor lenzen en glazen voor jongeren t.e.m. de leeftijd van 18j. Eenmalige tussenkomst van € 50 voor montuur voor jongeren t.e.m. de leeftijd van 18j.
Onafhankelijk Ziekenfonds	Jaarlijkse tussenkomst tot € 150 bij de aankoop van brilglazen en/of lenzen voor jongeren tot 18 jaar. De grootte van de tussenkomst is afhankelijk van de dioptrie van de glazen. Jaarlijkse terugbetaling van 50% van de kostprijs voor speciale babymonturen voor kinderen tot 4 jaar (met een maximum van € 50 per kalenderjaar) Bemerk: andere onafhankelijke ziekenfondsen (bv. Partena, Euromut, Securex, …) hanteren andere tussenkomsten

[1] Website van RIZIV-INAMI (geraadpleegd op 01.12.2009) :
http://www.riziv.fgov.be/care/nl/nomenclature/chapter06.htm zie artikel 30, 30 bis en
http://www.riziv.fgov.be/presentation/nl/publications/news-bulletin/2008-3/pdf/part01.pdf zie p. 10
[2] Websites van de diverse mutualiteiten (geraadpleegd op 01.12.2009)

TEGEMOETKOMING VOOR CONTRACEPTIVA

Vrouwen tot en met 20 jaar hebben recht op een aanvullende tegemoetkoming vanuit het RIZIV bij de aankoop van een contraceptivum. Deze tegemoetkoming is geldig voor álle vormen van contraceptiva (pil, inspuiting, spiraaltje, ring, implantaat, pleister) én urgentie-anticonceptie, doch niet voor condomen. Sommige contraceptiva worden hierdoor volledig terugbetaald, andere onvolledig.*

Vrouwen tot en met 20 jaar hebben recht op de tegemoetkoming op voorlegging van een geneesmiddelenvoorschrift voor het contraceptief middel en van hun SIS-kaart (of een daarmee gelijkgesteld attest).

Voor de vrouwen die een contraceptief middel kopen dat niet voorschriftplichtig is (bv. de morning-after pil), geldt de contante betaling. Zij betalen bij de apotheker de 'volledige verkoopprijs aan publiek'. De apotheker geeft dan een formulier mee waarmee ze de specifieke tegemoetkoming kunnen bekomen via hun mutualiteit.

* Via de website van het RIZIV is een lijst te raadplegen met de tarieven (en tegemoetkomingen) van de in België op de markt zijnde contraceptiva:
http://www.riziv.fgov.be/citizen/nl/medical-cost/specific/contraceptions/index.htm

Bron: website RIZIV

TERUGBETALING RILATINE

Vanaf 1 september 2004 wordt Rilatine 10 mg terugbetaald voor jongeren vanaf 6 jaar t.e.m. 17 jaar in het kader van een behandeling voor ADHD. Een rapport van kinderneuroloog of kinderpsychiater dient voorgelegd. De terugbetaling wordt toegestaan voor maximaal 6 maand. Hernieuwing van de terugbetaling kan voor 12 maand, mits een evolutierapport van de bovenvermelde specialisten dat het voortzetten rechtvaardigt.

In het Belgisch Staatsblad van 14 december 2004 verscheen een interpretatieregel i.v.m. het voorschrijven van Rilatine. Ook geneesheren specialisten in pediatrische neurologie zijn nu gemachtigd het benodigde rapport op te stellen in het kader van de terugbetaling.

Vanaf eind 2005 wordt ook 'Rilatine met verlengde werking' terugbetaald, onder gelijkaardige voorwaarden zoals hierboven bepaald en mits vooraf minstens gedurende 6 maand met Rilatine 10 mg werd behandeld (Belgisch Staatsblad van 20 oktober 2005).

(Voor meer info raadpleeg de website van het RIZIV)

Bronnen: Belgisch Staatsblad; website van het RIZIV

DIETISTEN

Bron: http://www.dietistenvereniging.be/tarieven.html

Er bestaan geen wettelijk vastgelegde tarieven voor diëtisten. Een diëtist kan dus zelf het honorarium bepalen. De Vlaamse Beroepsvereniging van Voedingsdeskundigen en Diëtisten stelt wel een richttarief voor. Het richttarief voor een dieet- en voedingsconsultatie van 30 minuten bedraagt 20,60 euro (incl. BTW). (Let wel een eerste consultatie duurt vaak één uur.)

Dieetconsultaties worden niet terugbetaald door het RIZIV (uitz. bij diabetes). Onder bepaalde voorwaarden is er wel soms een terugbetaling voorzien via de mutualiteiten. Deze is verschillend van mutualiteit tot mutualiteit en is vaak ook regio-afhankelijk.

In maart 2010 werden volgende gegevens teruggevonden via de diverse websites van de mutualiteiten:

	Aantal terugbetalingen	**Bedrag**	**Doelgroep**	**Opmerkingen**
Christelijke Mutualiteiten www.cm.be	4 consultaties noodzakelijk	40 euro voor de reeks	Alle leden	Verstrekking door RIZIV erkende diëtist Op voorschrift van arts
Socialistische mutualiteiten www.socmut.be				
Socialistische Mutualiteit West-Vlaanderen		Tot 50% van het totale bedrag met een maximum van 250 euro	Alle leden	Op voorschrift van arts
Socialistische Mutualiteit Oost-Vlaanderen	Maximum 6 prestaties per jaar en per lidboekje	5 euro per prestatie	Voor jongeren van 6 tot en met 24 jaar	

Socialistische Mutualiteit Antwerpen	7 consultaties	50% voor 7 consultaties met een maximum terugbetaling van 40 euro in combinatie met 50% tegemoetkoming op het lidgeld van de sportclub	Voor jongeren van 6 tot 12 j met volgende bmi: • voor 6-jarigen: +22 • voor 7-jarigen: +23 • voor 8-jarigen: +24 • voor 9-jarigen: +25 • voor 10-jarigen: +26 • voor 11-jarigen: +27 • voor 12-jarigen: +28 die zich ook aansluiten bij een sportclub met cardiovasculaire discipline	Bmi geattesteerd door arts
Socialistische Mutualiteit Limburg				
Socialistische Mutualiteit Vlaams-Brabant	Maximaal 6 sessies per kalenderjaar	10 euro per sessie	Kinderen en jongeren	Op voorschrift van arts
Onafhankelijke Ziekenfondsen www.oz.be		O.a. tegemoetkomingen voor dieetconsultaties en raadplegingen arts wanneer persoon 'structureel iets wil doen aan obesitas'	Alle leden (verzekerd met het 'comfortpakket')	Attest of getuigschrift van een dienst, diëtist of arts in te dienen
Vlaams en Neutraal Ziekenfonds www.vnz.be	Tot maximaal 50 euro	10 euro per dieetconsultatie en/of psychotherapeutische sessie	Tot en met 25 jaar (mits aanvullende verzekering)	
Liberale Mutualiteiten				
Liberale Mutualiteit West-Vlaanderen www.wlz.be	Tot maximaal 60 euro per kalenderjaar	Maximaal 10 euro per consult van een diëtist		
Liberale				

Mutualiteit Oost-Vlaanderen www.libmutov.be				
Liberale Mutualiteit Limburg www.lmvlg.be	Tot maximaal 60 euro per kalenderjaar	Maximaal 10 euro per consult van een diëtist		
Liberale Mutualiteit Brabant	Tot maximaal 60 euro per kalenderjaar	Maximaal 10 euro per consult van een diëtist		
Liberale Mutualiteit Antwerpen www.lmpa.be	Tot maximaal 60 euro per kalenderjaar	Maximaal 10 euro per consult van een diëtist		
Liberale Mutualiteit Vlaams Gewest www.lmvlg.be	Tot maximaal 60 euro per kalenderjaar	Maximaal 10 euro per consult van een diëtist		

TARIEVEN en TERUGBETALINGEN VAN MEDISCHE EN PARAMEDISCHE ZORGVERSTREKKINGEN (01.01.2010)

Via de website van testaankoop vind je een uiterst handig (en up-to-date) overzicht voor de courantere (ambulante) zorgverstrekkingen:

http://www.test-aankoop.be/dossiers/medictarif/nl/medicTarif.aspx#tablePrice

Je vindt er de tarieven en terugbetalingen voor volgende zorgverstrekkers:

- Huisartsen
- Geneesheerspecialisten
- Tandartsen
- Kinesitherapeuten:
  bv. de verstrekkingen in de categorie F lijst B ('chronische aandoeningen met functionele beperking') ondermeer bedoeld voor 'kinderen jonger dan 16 jaar met psychomotorische ontwikkelingsstoornissen' kunnen van toepassing zijn voor kinderen met gedocumenteerde DCD (terugbetaling van 60 sessies per jaar, gedurende 3 jaar, na advies en behandelingsvoorstel van een gespecialiseerd arts en een significant zwakke score op een genormeerde gestandaardiseerde test)
  bv. de verstrekkingen in de categorie 'courante aandoeningen' volstaan vaak bij 'eenvoudige' schrijfmotorische problemen (terugbetaling van 18 beurten/kalenderjaar)
  bv. de verstrekkingen in de categorie E ('ernstige aandoeningen') voor patiëntjes met cerebral palsy, …(onbeperkt aantal sessies terugbetaald, mits goedkeuring vooraf van adviserend geneesheer)
  bv. de verstrekking 'consultatief kinesitherapeutisch onderzoek': op vraag van een arts kan een kinesitherapeut een onderzoek doen dat de arts helpt bij het voorschrijven van een behandeling (dit onderzoek wordt grotendeels terugbetaald)
- Logopedisten
- Thuisverpleegkundigen:
  bv. een thuisverpleegkundige 'kan' i.g.v. hardnekkige luizenmanifestaties een gezin tijdelijk assisteren bij de verzorging (bv. door natkam of door aanbrengen pediculicide). Of de verzorging kan worden opgenomen en onder welke modaliteiten (voorwaarden, kostprijs voor de cliënt), is te bespreken met de thuisverpleegkundige.

Bemerk: deze tarieven gelden voor de 'geconventioneerde' zorgverstrekkers. D.w.z. dat de zorgverstrekkers er zich toe verbinden de nationaal afgesproken tarieven te hanteren. Niet-geconventioneerde zorgverstrekkers kunnen in principe supplementen op deze erelonen vragen. Behalve bij artsen en tandartsen betalen de ziekenfondsen de honoraria van niet-geconventioneerde verstrekkers ook minder terug (- 25%).

Of een zorgverstrekker al of niet geconventioneerd is, kun je navragen via de verstrekker zelf of via je mutualiteit. Je kunt hiervoor ook een databank raadplegen via de website van de CM. Deze is makkelijk doorzoekbaar per postcode en per categorie van zorgverstrekker:

http://www.cm.be/nl/100/selfservice/opzoeken/index.jsp