

# Geprogrammeerde medische verzorging in het buitenland

Een praktische handleiding voor Belgische  
verzekerden die voor geprogrammeerde  
medische verzorging naar het buitenland  
reizen



Deze brochure is een uitgave van de  
Onafhankelijke Ziekenfondsen.

Redactie: Christian Horemans

Opmaak: Leen Verstraete

Foto's: Fotosearch & Phovoir

Niets uit deze uitgave mag worden  
gereproduceerd en/of openbaar  
gemaakt door middel van druk, foto-  
kopie, microfilm, website of welk  
ander medium dan ook, zonder de  
voorafgaande schriftelijke toestem-  
ming van de uitgever.

Om praktische redenen werd in de  
teksten voornamelijk het mannelijke  
genus gebruikt. Uiteraard kan hij, zijn  
of hem ook als zij of haar gelezen  
worden.

Verantwoordelijke uitgever:  
Pascal Mertens  
Landsbond van de Onafhankelijke  
Ziekenfondsen  
St.-Huibrechtsstraat 19  
1150 Brussel.

© Copyright mloz  
Brussel, november 2007

<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
<b>Hoofdstuk 1: Geprogrammeerde medische verzorging in de Europese Economische Ruimte en in Zwitserland</b>	<b>7</b>
A. Algemeen	7
B. Geprogrammeerde medische verzorging met toestemming van je ziekenfonds	9
C. Geprogrammeerde medische verzorging zonder toestemming van je ziekenfonds	13
D. Geprogrammeerde medische verzorging in de grensstreek	17
a. Het project IZOM	17
b. Het project Transcards	19
c. De grensstreekbewoners: bijzondere regeling voor geprogrammeerde medische verzorging in een buurland met toestemming	20
d. De grensstreekbewoners: bijkomende mogelijkheden voor geprogrammeerde medische verzorging in een buurland zonder toestemming	22
E. Een overzicht voor de Belgische verzekerde	24
<b>Hoofdstuk 2: Geprogrammeerde medische verzorging in de landen waarmee België een bilateraal verdrag ondertekend heeft</b>	<b>27</b>
<b>Hoofdstuk 3: Geprogrammeerde medische verzorging in de landen waar geen verdrag van toepassing is</b>	<b>29</b>
<b>Hoofdstuk 4: Het bijzondere solidariteitsfonds</b>	<b>31</b>
<b>Hoofdstuk 5: De beslissingsboom</b>	<b>33</b>
<b>Bijlage: De gebruikte afkortingen</b>	<b>43</b>



# Geprogrammeerde medische verzorging in het buitenland

Geprogrammeerde medische verzorging in het buitenland is een complex en actueel dossier. De Europese en Belgische wetgeving is uitgebreid, de vraag naar informatie groot.

Sinds haar arresten in de zaken Decker en Kohl in 1998, heeft het Europese Hof van Justitie voor belangrijke evoluties gezorgd in deze materie. De mogelijkheden om zich in een andere lidstaat te laten behandelen werden sindsdien uitgebreid.

De patiëntenmobiliteit binnen de Europese Economische Ruimte krijgt de laatste jaren dan ook meer en meer aandacht. Enerzijds heb je de lidstaten die erover waken dat dit grensoverschrijdende patiëntenverkeer het financiële evenwicht van de sociale zekerheid niet te veel aantast. Anderzijds heb je een roep naar meer informatie en rechtszekerheid voor de patiënt die zich in een andere lidstaat wil laten behandelen of verzorgen, zoals onlangs bleek uit de resultaten van een Europese raadpleging inzake gezondheidsdiensten, georganiseerd door de Europese Commissie.

Er bestaat niet enkel Europese en Belgische regelgeving hieraangaande, in de grensstreken werken de actoren uit de gezondheidssector al jaren samen om de patiëntenmobiliteit te vergemakkelijken. Dankzij projecten als IZOM hebben duizenden patiënten in de grensstreek de afgelopen jaren zonder al te veel formaliteiten een beroep kunnen doen op artsen en ziekenhuizen in de buurlanden.

Daarnaast heb je ook het opkomende fenomeen van het medische toerisme. Chirurgische ingrepen tegen lage prijzen in Oost-Europa en Azië winnen aan populariteit.

Er zijn ook landen, zoals de Verenigde Staten, waar de geneeskunde snel evolueert

en de nieuwe behandelingen voor sommige patiënten een betere garantie bieden voor hun gezondheid, zij het met een zeer hoog prijskaartje.

In al deze dossiers, keert steeds dezelfde vraag terug: **worden de medische kosten ten laste genomen of terugbetaald door mijn ziekenfonds in België?** Het antwoord op deze vraag is niet eenvoudig. Deze brochure herneemt de verschillende mogelijkheden, voor medische verzorging zowel binnen als buiten Europa. Naast de 4 hoofdstukken over de regelgeving, kan de lezer in hoofdstuk 5 via een beslissingsboom zelf uitmaken of zijn of haar situatie de voorwaarden vervult om zich in het buitenland te laten behandelen of verzorgen en hiervoor terugbetaald te worden door het ziekenfonds in België. Het spreekt voor zich dat de beslissingsboom enkel dient om je op het juiste pad te zetten en dat het raadzaam is je ziekenfonds te contacteren voor een meer volledig advies.

De inhoud van deze brochure geldt enkel voor personen die in België sociale bijdragen betalen en naar het buitenland wensen te reizen voor medische verzorging. Het beperkt zich eveneens tot geprogrammeerde medische verzorging in het buitenland en behandelt niet de materie van de urgente medische verzorging tijdens een verblijf in het buitenland.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen hopen met deze informatiebrochure bij te dragen tot meer duidelijkheid in deze materie, die de komende jaren ongetwijfeld nog zal evolueren. De Onafhankelijke Ziekenfondsen hopen dat de toekomstige evoluties tot een zekere vereenvoudiging zullen leiden, een mening die de lezer van deze brochure ongetwijfeld zal delen.



# 1. GEPROGRAMMEERDE MEDISCHE VERZORGING IN DE EUROPESE ECONOMISCHE RUIMTE EN IN ZWITSERLAND

## A. Algemeen

### 1. Welke landen maken deel uit van de EU?

De Europese Unie (EU) bestaat uit 27 lidstaten, zijnde: 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 en Zweden.

### 2. Welke landen maken deel uit van de EER?

De Europese Economische Ruimte of EER bestaat vandaag uit 30 lidstaten, zijnde de 27 lidstaten van de EU, Noorwegen, IJsland en Liechtenstein.

### 3. In welke landen zijn de Europese verordeningen van toepassing?

De Europese reglementering is van toepassing in de 30 lidstaten van de EER en in Zwitserland. Alhoewel Zwitserland geen lid is van de EU, noch van de EER, passen zij sinds 1 juni 2002 de Europese reglementering inzake sociale zekerheid toe. De rechtspraak en de interpretatie van de verordeningen door het Europese Hof van Justitie gelden enkel in de EER en niet in Zwitserland, wat niet onbelangrijk is, zoals verder zal blijken.

Sommige Europese lidstaten hebben welbepaalde eilanden en overzeese gebieden uitgesloten van het toepassingsgebied van de Europese verordeningen. Deze uitgesloten eilanden en gebieden zijn:

- **Voor Frankrijk:** Nouvelle-Calédonie, St. Pierre et Miquelon, Wallis et Futuna, Polynésie Française, Bellinghausen, Bora Bora, Tiao, Fatu Hiva, Iles Gambier, Iles Gloucester, Les Marquises, Mururoa, Muku Hiva, Pakapuka, Rapa, Tahiti, Iles Tuamotu, Tubuai, St. Martin, St. Barthélemy.
- **Voor Groot-Brittannië:** Ilse of Man, de kanaal-eilanden Jersey, Guernsey, Alderney, Sark, de Falklandeilanden, Antigua, Anguilla, Bahamas, Barbados, Belize, Bermuda, Dominique, Grenada, Jamaica, Kaaimaneilanden, St. Kitts and Nevis, Montserrat, St. Helena, Trinidad en Tobago.
- **Voor Nederland:** de Nederlandse Antillen, Aruba, Saba, Curaçao, Bonaire, Suriname, St.-Maarten.
- **Voor Denemarken:** de Faroer-eilanden.

→ **In het Noorden van Cyprus, dat door Turkije bezet wordt,** zijn de Europese verordeningen ook niet van kracht.

De mini-staatjes Monaco, San Marino, Andorra en Vaticaanstad maken geen deel uit van de EU, noch van de EER en hebben ook geen akkoord ondertekend met de EU. De Europese reglementering wordt er dus niet toegepast. Deze mini-staatjes moeten als landen zonder verdrag beschouwd worden (meer hieromtrent vanaf punt 57).

### 4. Welke Europese wetgeving reglementeert de geprogrammeerde medische verzorging in een andere lidstaat van de EER en in Zwitserland?

Volgende verordeningen vormen de Europese basisteksten inzake sociale zekerheid:

- Verordening (EEG) nr. 1408/71 van de Raad van 14 juni 1971 betreffende de toepassing van de sociale zekerheidsregelingen op werknemers en zelfstandigen, alsmede op hun gezinsleden, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen.
- Verordening (EEG) nr. 574/72 van de Raad van 21 maart 1972 tot vaststelling van de wijze van toepassing van Verordening (EEG) nr. 1408/71, betreffende de toepassing van de sociale zekerheidsregelingen op werknemers en zelfstandigen, alsmede op hun gezinsleden, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen.

Deze verordeningen hebben niet tot doel de sociale zekerheidssystemen van de lidstaten te harmoniseren en te organiseren, maar wel te zorgen voor een coördinatie van de toepassing van de verschillende nationale systemen.

Beide verordeningen zijn het voorwerp van actualisering en herziening. De herziening van de Verordening nr. 1408/71 is reeds afgerond en gepubliceerd. Deze verordening heet voortaan: Verordening (EG) nr. 883/2004 van het Europese Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de sociale zekerheidsstelsels. Deze nieuwe verordening treedt in werking wanneer het uitvoeringsbesluit, zijnde de herziening van Verordening nr. 574/72, afgerond is. De publicatie van deze tweede herziening wordt niet vóór 2010 verwacht.

Tot dan blijven de Verordeningen nr. 1408/71 en 574/72 integraal van toepassing.

## 5. Welke personen kunnen de toepassing van deze Europese reglementering genieten?

Elk land kan zelf bepalen voor wie de toepassing van de Europese verordeningen geldt.

Quasi alle Belgische verzekerden - zijnde de personen die in België hun sociale bijdragen betalen - vallen onder de toepassing van de verordeningen, onafhankelijk van de regeling waaronder ze vallen:

- loontrekkenden,
- zelfstandigen,
- gepensioneerden,
- studenten, ...

Voor hun personen ten laste - zijnde de personen die bij het ziekenfonds ten laste van een andere persoon staan ingeschreven - geldt natuurlijk hetzelfde. Kleine categorieën van personen, zoals Belgische diplomaten, kunnen geen beroep doen op de Europese reglementering.

Met uitzondering van Denemarken, speelt de nationaliteit van de betrokkene geen rol in de 26 overige lidstaten van de EU. Ook wie niet over een Europese nationaliteit beschikt, maar wel sociale bijdragen betaalt in een lidstaat van de EU, valt onder de Europese verordeningen.

Voor Denemarken, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein en Zwitserland, worden de Europese verordeningen enkel toegepast in geval van volgende nationaliteiten:

- Voor Denemarken: de nationaliteiten van de EER-landen, de Zwitserse nationaliteit en het statuut van staatloze of vluchteling;
- Voor Noorwegen, IJsland en Liechtenstein: de nationaliteiten van de EER-landen en het statuut van staatloze of vluchteling;
- Voor Zwitserland: de nationaliteiten van de EU-landen (met uitzondering van de Bulgaarse en Roemeense nationaliteit), de Zwitserse nationaliteit en het statuut van staatloze of vluchteling.

Daarbij moet men ook rekening houden met de situatie van de betrokkene:

- Een persoon is ingeschreven als titularis bij het ziekenfonds: deze persoon moet één van de hierboven vermelde nationaliteiten of statuten bezitten;
- Een persoon is bij het ziekenfonds ingeschreven ten laste van de titularis: opdat deze persoon de toepassing van de Europese verordeningen kan genieten, moet de titularis één van de hierboven vermelde nationaliteiten of statuten bezitten;
- Een persoon is bij het ziekenfonds ingeschreven als weduwe, weduwnaar of wees: opdat deze persoon de toepassing van de Europese verordeningen kan genieten, moet ofwel de titularis, ofwel de weduwe, weduwnaar of wees zelf één van de hierboven vermelde nationaliteiten of statuten bezitten.

Wie voor deze 5 landen deze voorwaarden van nationaliteit niet vervult, valt niet onder de toepassing van de Europese verordeningen en moet deze landen beschouwen als landen waar geen verdrag van toepassing is (meer info hieromtrent vanaf punt 57).

### Voorbeelden:

- Een Belgische verzekerde met Amerikaanse nationaliteit wil zich in Groot-Brittannië laten verzorgen. De Europese verordeningen zijn van toepassing.
- Een Belgische verzekerde met Libanese nationaliteit wil zich in Noorwegen laten verzorgen. De Europese verordeningen zijn niet van toepassing en Noorwegen is als een land zonder verdrag te beschouwen voor de betrokkene.
- Een echtgenote met Belgische nationaliteit is bij het ziekenfonds gekend als persoon ten laste van een loontrekkende met Japanse nationaliteit. Zij wil een behandeling ondergaan in Zwitserland: de Europese verordeningen zijn niet van toepassing.

## B. Geprogrammeerde medische verzorging met toestemming van je ziekenfonds

### 6. Wat zeggen de Europese verordeningen over geprogrammeerde medische verzorging in het buitenland?

Geprogrammeerde medische verzorging wordt in de Europese verordeningen 1408/71 en 574/72 slechts in 2 artikelen behandeld.

Artikel 22 van de Europese verordening 1408/71 bepaalt het volgende:

*1. De werknemer of zelfstandige die aan de door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat gestelde voorwaarden voor het recht op prestaties voldoet, eventueel met inachtneming van artikel 18, en:*

*a) ...*

*b) ...*

*c) die van het bevoegde orgaan toestemming heeft ontvangen om zich naar het grondgebied van een andere Lid-Staat te begeven teneinde aldaar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op:*

*i) verstrekkingen, welke voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van de woon- of verblijfplaats worden verleend, volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling, alsof deze werknemer of zelfstandige bij laatstbedoeld orgaan was aangesloten; het tijdvak gedurende hetwelk de verstrekkingen worden verleend, wordt evenwel bepaald door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat;*

*ii) ...*

*...*

*2...*

*De op grond van lid 1, onder c), vereiste toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wettelijke regeling van de Lid-Staat op het grondgebied waarvan de betrokkene woont voorziet, en bedoelde behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, niet kan worden gegeven binnen de termijn die gewoonlijk nodig is voor de desbetreffende behandeling in de Lid-Staat waar hij woont.*

*3. De leden 1, 1 bis en 2 zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden van een werknemer of een zelfstandige.*

Het andere artikel is artikel 22 van de Europese verordening 574/72 en deze bepaalt het volgende:

*1. Om in aanmerking te komen voor verstrekkingen krachtens artikel 22, lid 1, onder b), i), van de verordening, is de werknemer of zelfstandige verplicht aan het orgaan van de woonplaats een verklaring voor te leggen waarin wordt bevestigd dat hij het recht op bedoelde verstrekkingen mag behouden. In deze verklaring, die door*

*het bevoegde orgaan wordt afgegeven, wordt in voorkomend geval met name de maximumduur vermeld waarover de verstrekkingen nog kunnen worden verleend volgens de wettelijke regeling van de bevoegde Staat. De verklaring kan worden afgegeven na het vertrek en op verzoek van de belanghebbende, wanneer zij wegens overmacht niet voordien kon worden opgesteld.*

*2...*

*3. De leden 1 en 2 zijn van overeenkomstige toepassing voor het verlenen van verstrekkingen in het geval bedoeld in artikel 22, lid 1, onder c), i), van de verordening.*

### 7. Wat houdt deze Europese regelgeving concreet in?

Volgens artikel 22 lid 1, c, i) en lid 2 van de verordening 1408/71 kan een Belgische verzekerde naar een andere lidstaat van de EER of naar Zwitserland reizen voor medische verzorging. Wel moet de verzekerde hiervoor vóór het vertrek de toestemming vragen aan de adviserend geneesheer van het Belgische ziekenfonds. De medische kosten worden dan ten laste genomen of terugbetaald volgens de wetgeving en de tarieven van het land waar de patiënt verzorgd wordt.

**Voorbeeld:** Wanneer iemand de toestemming krijgt van zijn Belgische ziekenfonds om zich in Frankrijk te laten behandelen, dan zullen de medische kosten ten laste worden genomen of terugbetaald worden volgens de tarieven en voorwaarden van de Franse wetgeving.

Hetzelfde artikel bepaalt vervolgens dat het Belgische ziekenfonds deze toestemming niet mag weigeren indien 2 voorwaarden vervuld zijn:

- De behandeling of medische verzorging is ook in België gedekt door de Belgische ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV);
- De behandeling of medische verzorging kan niet gegeven worden binnen een termijn die gebruikelijk is voor een dergelijke behandeling in België, waarbij rekening moet worden gehouden met de gezondheidstoestand van de patiënt en het te verwachten ziekteverloop.

Artikel 22 lid 1 en 3 van de verordening 574/72 bepalen dat de patiënt van zijn Belgische ziekenfonds een verklaring moet ontvangen (zijnde het formulier E112) waarin de periode wordt gepreciseerd tijdens dewelke de patiënt de medische verzorging mag genieten. De verklaring kan ook na het vertrek naar het buitenland aangevraagd worden, maar enkel in geval van overmacht.

## 8. Hoe wordt deze Europese regelgeving toegepast in België?

In België zijn de ziekenfondsen verantwoordelijk voor de uitvoering van de ziekteverzekering. Daarbij hoort ook het verlenen van toestemmingen voor geprogrammeerde medische verzorging in het buitenland.

De procedure en de evaluatiecriteria van deze dossiers worden bepaald in de omzendbrief VI nr 2006/117 van 16 maart 2006. Deze omzendbrief is een interpretatie van de Belgische overheid voor de toepassing van de Europese verordeningen.

Voor de toepassing van de Europese verordeningen moeten de Belgische ziekenfondsen volgende principes respecteren:

- De toestemming moet steeds vóór het vertrek aangevraagd worden;
- De toestemming mag niet verleend worden wanneer de behandeling of de medische verzorging medisch-technisch gezien ook in België kan gebeuren;
- In zeer uitzonderlijke gevallen, zijnde wanneer de medische verzorging in België niet mogelijk is, kan het ziekenfonds de toestemming geven opdat de medische verzorging in het buitenland zou plaatsvinden. In dat geval moet de verzorgingsinstelling en/of de naam van de geneesheerspecialist evenals de voorziene behandelingsperiode uitdrukkelijk vermeld worden op het formulier E112. De motivering van de beslissing om toestemming te verlenen moet in het dossier van de patiënt opgenomen worden;
- De toestemming mag niet verleend worden indien de behandeling of medische verzorging niet mogen vergoed worden door de Belgische ZIV of indien de voorwaarden voor terugbetaling niet vervuld zijn.

In de grensstreken wordt een dergelijke toestemming sneller gegeven en moet de beslissing niet gemotiveerd worden. Meer hierover vanaf punt 23.

## 9. Wie kan naar een ander EER-lidstaat of naar Zwitserland reizen voor geprogrammeerde medische verzorging met toestemming van het ziekenfonds?

Iedereen die in België sociale bijdragen betaalt en aangesloten is bij de Belgische ZIV. Voor een aantal landen van de EER en voor Zwitserland moet er wel rekening worden gehouden met de nationaliteitsvoorwaarde, zoals omschreven in punt 5.



Sommige buitenlandse verzekerden die in België wonen, kunnen voor medische verzorging naar een ander EER-land of Zwitserland reizen en een aanvraag tot toestemming indienen bij het Belgische ziekenfonds. Meer precies gaat het om buitenlandse verzekerden die in België wonen en bij hun Belgische ziekenfonds zijn ingeschreven met een formulier E109 (personen ten laste die in een ander EER-lidstaat wonen dan de titularis) of een formulier E121 (gepensioneerden of invaliden). Indien het formulier E109 door Duitsland, of het formulier E121 door Zwitserland werd afgeleverd, dan moet de buitenlandse verzekerde zich toch richten tot zijn buitenlandse ziekenfonds.

Alle andere buitenlandse verzekerden vallen niet onder de bevoegdheid van het Belgische ziekenfonds en contacteren best hun ziekenfonds in hun land van oorsprong indien zij vragen hebben aangaande deze materie.

## 10. Hoe wordt een toestemming voor geprogrammeerde medische verzorging in een lidstaat van de EER of in Zwitserland aangevraagd bij het ziekenfonds?

Het is belangrijk een dergelijke toestemming schriftelijk aan te vragen bij de medische dienst van het Belgische ziekenfonds. Houd er rekening mee dat je de beslissing vóór je vertrek moet aanvragen en bekomen. Daar een dergelijke besluitvorming enige tijd kan vragen, is het raadzaam om de toestemming tijdig en vóór de geplande behandeling of medische verzorging in te dienen, zodat de adviserend

geneesheer over voldoende tijd beschikt om de aanvraag te evalueren en eventueel bijkomende inlichtingen in te winnen. Het ziekenfonds kan dus geen beslissing nemen binnen bijvoorbeeld 24u of 48u.

De evaluatie van de aanvraag gebeurt door de adviserend geneesheer die in zijn evaluatie rekening houdt met de principes hernomen in punt 8. Aangezien het om een medische evaluatie gaat, is het raadzaam om de schriftelijke aanvraag te motiveren met medische argumenten, bij voorkeur in de vorm van een medisch verslag. De adviserend geneesheer van het ziekenfonds zal in zijn evaluatie een antwoord geven op volgende vragen:

- Kan de medische verzorging onder dezelfde voorwaarden en binnen een redelijke termijn in België gebeuren?
- Gaat het om medische verzorging die in België niet vergoed wordt omdat de Belgische overheid van mening is dat een dergelijke verstrekking om een bepaalde reden niet terugbetaald mag worden?
- Gaat het om een behandeling of medische verzorging waarvoor de patiënt de voorwaarden van de Belgische wetgeving en/of nomenclatuur niet vervult om in aanmerking te komen voor een terugbetaling?

Indien de adviserend geneesheer op één van deze vragen met JA kan antwoorden, zal de toestemming niet verleend worden. Indien op al deze vragen NEE wordt geantwoord, kan een toestemming gegeven worden. Dit is geen administratieve, maar wel een medische beslissing waarvan de motivering in het dossier van de patiënt opgenomen moet worden.

De adviserend geneesheer zal zijn beslissing schriftelijk meedelen aan de patiënt, en motiveren indien het om een weigering gaat. Indien de toestemming verleend wordt, zal de betrokkene ook een formulier E112 ontvangen waarop de behandeling, de behandelingsperiode, het ziekenhuis en eventueel de geneesheer-specialist hernomen worden.

## 11. Wat wordt als geprogrammeerde medische verzorging beschouwd?

Onder geprogrammeerde medische verzorging wordt verstaan:

- Elke medische verzorging waarvoor de patiënt beslist naar een andere EER-lidstaat te reizen;
- Elke medische verzorging die niet als onmiddellijk noodzakelijk en onvoorspelbaar beschouwd kan worden.

**Voorbeeld:** Je hebt een hartprobleem en je wilt je daarvoor in Parijs laten behandelen. Je moet hiervoor de toestemming vragen aan je ziekenfonds, daar deze situatie als geprogrammeerde medische verzorging wordt beschouwd.

**Nierdialyse** en **zuurstoftherapie** worden als geprogrammeerde medische verzorging beschouwd, maar toch moet er voor deze verzorging in het buitenland geen toestemming of formulier E112 aangevraagd worden. Nierdialyse en zuurstoftherapie in een ander EER-land en in Zwitserland worden ter plaatse terugbetaald of ten laste genomen via de Europese ziekteverzekeringskaart (EZVK). Deze individuele kaart dekt noodzakelijke medische verzorging in een ander EER-land en in Zwitserland en is gratis te bekomen bij het Belgische ziekenfonds op eenvoudige aanvraag.

**Bevallen in een ander EER-land of in Zwitserland** wordt ook als geprogrammeerde medische verzorging beschouwd, maar er geldt een soepelere procedure. Alhoewel de bevalling ook in België kan plaatsvinden, werd beslist dat de medische kosten van een bevalling in een ander EER-land of in Zwitserland ten laste genomen of terugbetaald worden. Hiervoor vraag je een formulier E112 aan bij je ziekenfonds. Dit document dekt de medische kosten mbt de zwangerschap en de bevalling, en wordt afgeleverd voor de duur van het moederschapsverlof. Tijdens die periode zal de kersverse moeder ook haar moederschapsuitkering ontvangen, ook al verblijft zij in het buitenland.

## 12. Wat moet je doen in het buitenland?

Door het formulier E112 worden de medische kosten terugbetaald of ten laste genomen volgens de wetgeving en de tarieven die gelden in het land van behandeling. De terugbetaling of tenlasteneming is dus niet dezelfde als deze die zou gelden voor dezelfde medische kosten in België.

In het buitenlandse ziekenhuis geef je het formulier E112 aan de receptie van het ziekenhuis. Dankzij dit formulier zal een belangrijk gedeelte van de medische kosten rechtstreeks worden doorgefactureerd aan je Belgisch ziekenfonds. Zelf moet je dan enkel het remgeld (bedrag dat de ziekteverzekering niet terugbetaalt) en eventuele privé-uitgaven (TV, ...) betalen.

Gaat het om een behandeling of raadpleging buiten het ziekenhuismilieu, dan zal je in de meeste gevallen zelf de medische kosten moeten voorschieten. Je moet daarna de terugbetaling van de medische kosten gaan vragen bij het bevoegde

buitenlandse ziekenfonds, en dit door middel van het formulier E112. Doe je dit niet, dan zal je zelf deze kosten moeten dragen. De Belgische en Europese regelgeving laten niet toe dat het Belgische ziekenfonds de kosten van deze ambulante verzorging terugbetaalt.

### 13. Wat gebeurt er indien het buitenlandse ziekenhuis het formulier E112 niet aanvaardt?

Het is mogelijk dat het buitenlandse ziekenhuis of de buitenlandse arts het formulier E112 niet aanvaardt, meestal omdat het om een privé-ziekenhuis gaat, of omdat de arts als privé-arts werkt.

Je doet er dus goed aan om je vóór je vertrek goed te informeren en na te gaan of het ziekenhuis of de arts het formulier E112 wel degelijk aanvaarden. Dit doe je best door de vraag te stellen aan het buitenlandse ziekenhuis of aan de buitenlandse arts.

Je Belgische ziekenfonds weet niet welke buitenlandse ziekenhuizen of artsen het formulier E112 niet aanvaarden.

Weten of het formulier E112 in het buitenland aanvaard zal worden, is belangrijk:

- Wordt het formulier niet aanvaardt, dan zal je zelf alle medische kosten moeten betalen aan het buitenlandse ziekenhuis of de buitenlandse verstrekker. Je kunt de facturen achteraf wel indienen bij je Belgisch ziekenfonds en een terugbetaling vragen, maar dat is niet altijd even voordelig of zelfs mogelijk. Meer hierover in punt 14;
- Als het formulier niet aanvaard wordt, word je als privé-patiënt beschouwd. Dit heeft tot gevolg dat de medische kosten hoger zullen liggen dan normaal (oa hogere ertelonen).

### 14. Hoe gebeurt de terugbetaling van de medische kosten door het Belgische ziekenfonds wanneer het formulier E112 niet gebruikt kon worden in het buitenland?

Indien het formulier E112 niet gebruikt kon worden in het andere EER-land of in Zwitserland, kan je de facturen van de medische kosten indienen bij je Belgisch ziekenfonds en een terugbetaling vragen.

Er zijn echter beperkingen:

- Het Belgische ziekenfonds kan enkel tarifieren indien het om een ziekenhuisopname (dwz minstens één overnachting in het ziekenhuis) gaat. Alle andere vormen van behandeling (raadpleging, daghospitalisatie, ...) komen niet in aanmerking voor een terugbetaling in België. Vandaar het belang om na te gaan of het formulier E112 aanvaard wordt en de terugbetaling van kosten voor ambulante behandeling in het buitenland aan te vragen indien het formulier E112 toch geweigerd wordt;
- De terugbetaling van de kosten van de ziekenhuisopname door het Belgische ziekenfonds zal gebeuren volgens de Belgische tarieven en wetgeving. Dit betekent dus dat het ziekenfonds de buitenlandse medische verstrekkingen zal moeten omzetten naar een Belgisch equivalent. Bestaat er geen Belgisch equivalent van de buitenlandse verstrekking, dan is er ook geen terugbetaling. Het is hoe dan ook belangrijk dat de facturen voldoende gedetailleerd zijn.

## C. Geprogrammeerde medische verzorging zonder toestemming van je ziekenfonds

### 15. Hoe komt het dat je ook zonder toestemming van je ziekenfonds naar een ander EER-lidstaat kan reizen voor geprogrammeerde medische verzorging?

Deze mogelijkheid werd niet door de Belgische of Europese wetgever gecreëerd, maar wel door het Europese Hof van Justitie.

Tot 1998 was het onmogelijk om zonder toestemming van je ziekenfonds naar een ander Europees land te reizen voor geprogrammeerde medische verzorging. Dit veranderde met het arrest van het Europese Hof van Justitie in de zaken Decker (C-120/95) en Kohll (C-158/96) in april 1998.

Alhoewel het niet om wetgeving gaat, was België één van de eerste landen om deze rechtspraak toe te passen via een omzendbrief van het RIZIV.

### 16. Kan je naar alle landen van de EER of Zwitserland reizen voor geprogrammeerde medische verzorging zonder toestemming van je ziekenfonds?

De toepassing van de arresten Decker en Kohll geldt voor alle verstrekkingen verleend in één van de 29 andere lidstaten van de EER.

Verstrekkingen verleend in Zwitserland komen niet in aanmerking voor een terugbetaling door toepassing van de arresten Decker en Kohll. Dit betekent dat je voor elke geprogrammeerde medische verzorging in Zwitserland de toestemming moet vragen. Meer hierover vanaf punt 6.

### 17. Wie kan naar een ander EER-lidstaat reizen voor geprogrammeerde medische verzorging zonder toestemming van het ziekenfonds?

Iedereen die in België sociale bijdragen betaalt en aangesloten is bij de Belgische ZIV. Voor een aantal landen van de EER moet er wel rekening worden gehouden met de nationaliteitsvoorwaarde, zoals omschreven in punt 5.

Sommige buitenlandse verzekerden die in België wonen, kunnen voor medische verzorging naar een ander EER-land reizen zonder toestemming en een aanvraag tot terugbetaling indienen bij het Belgische ziekenfonds. Meer precies gaat het om buitenlandse verzekerden die in België wonen en bij hun ziekenfonds zijn ingeschreven met een formulier

E109 (personen ten laste die in een ander EER-lidstaat wonen dan de titularis) of een formulier E121 (gepensioneerden of invaliden). Indien het formulier E109 door Duitsland, of het formulier E121 door Zwitserland werd afgeleverd, dan moet de buitenlandse verzekerde zich toch richten tot zijn buitenlandse ziekenfonds.

Alle andere buitenlandse verzekerden vallen niet onder de bevoegdheid van het Belgische ziekenfonds en contacteren best hun ziekenfonds in hun land van oorsprong indien zij vragen hebben aangaande deze materie.

### 18. Voor welke geprogrammeerde medische verzorging kan je zonder toestemming van je ziekenfonds naar een ander EER-land reizen?

Naar een ander EER-land reizen voor geprogrammeerde medische verzorging zonder toestemming van je ziekenfonds en daarvoor een terugbetaling krijgen, kan enkel voor ambulante verstrekkingen, zijnde medische verzorging en producten die buiten een ziekenhuisopname (opname = minstens één overnachting in het ziekenhuis) worden verstrekt.

Wat geen ambulante verstrekking is, kan niet worden terugbetaald door toepassing van de arresten Decker en Kohll. Wens je hiervoor toch naar het buitenland te reizen, dan gelden de principes zoals hernomen vanaf punt 6.

### 19. Wat moet je verstaan onder "ambulante verstrekkingen"?

Met ambulante verstrekkingen worden zowel medische verzorging geviseerd als de aankoop van medische producten.

Ambulante medische verzorging is alle medische verzorging die buiten of binnen een ziekenhuismilieu verstrekt wordt (zonder dat de patiënt in het ziekenhuis moet overnachten). Daaronder kan begrepen worden:

- raadplegingen bij een arts, geneesheer-specialist, tandarts, kinesitherapeut, ...
- daghospitalisaties, zijnde ziekenhuisopnames waar je het ziekenhuis reeds dezelfde dag als de ingreep mag verlaten;
- laboratoriumanalyses;
- medische onderzoeken met zwaar medisch-technisch materiaal.

Medische producten worden ook als "ambulante verstrekkingen" beschouwd. Je kan dus zonder

toestemming van je ziekenfonds geneesmiddelen, prothesen en andere medische producten gaan kopen in een ander EER-land.

#### Opgelet:

- Sommige medische verstrekkingen zijn opgenomen in een bijzondere lijst van het RIZIV met als gevolg dat je wel degelijk de voorafgaandelijke toestemming nodig hebt van de adviserend geneesheer van je ziekenfonds. Meer hierover in punt 20;
- Het feit dat je geen toestemming nodig hebt van je ziekenfonds (met uitzondering van de verstrekkingen hernomen in de lijst van het RIZIV) betekent niet dat je ziekenfonds altijd alle kosten van ambulante verstrekkingen in een ander EER-land zal terugbetalen. Je ziekenfonds moet bij de tarifiering en terugbetaling de voorwaarden van de Belgische nomenclatuur respecteren. Meer hierover in punt 22.

## 20. Voor welke geprogrammeerde medische verzorging kan je zeker NIET zonder toestemming van je ziekenfonds naar een ander EER-land reizen?

Voor volgende medische verzorging kan je in geen geval zonder toestemming van je ziekenfonds naar een ander EER-land trekken indien je de terugbetaling van de medische kosten wenst:

- Ziekenhuisopnames (d.w.z. behandelingen of ingrepen waarvoor je minstens één nacht in het ziekenhuis verblijft);
- Ambulante verstrekkingen die in België niet erkend zijn en dus niet opgenomen zijn in de Belgische nomenclatuur en waarvoor er dus geen terugbetaling voorzien is in België;
- Alle verstrekkingen die omwille van hun bijzondere aard door het RIZIV zijn opgenomen in een lijst. Het gaat om volgende verstrekkingen:
  - Verzorging, toegediend in geneeskundige diensten en medisch-technische diensten in de zin van artikel 44 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 07/08/1987. Het gaat om volgende diensten:
    - dienst voor medische beeldvorming waar een transversale axiale tomograaf geïnstalleerd is;
    - dienst voor menselijke erfelijkheid;
    - dienst voor nucleaire geneeskunde, waar een PET-scanner geïnstalleerd is;
    - dienst voor radiotherapie;
    - dienst voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie;
    - dienst voor transplantaties;

- dienst waar een tomograaf met magnetische resonantie en met ingebouwd telsysteem geïnstalleerd is (MRI).

- Verzorging, toegediend in het kader van een zorgprogramma in de zin van artikel 9 quater van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 07/08/1987:
  - zorgprogramma "reproductieve geneeskunde" (diagnose en behandeling van de steriliteit, waarbij al dan niet een beroep wordt gedaan op een laboratorium voor medisch geassisteerde voortplanting);
  - zorgprogramma "hartaandoening" B (de invasieve diagnose, de niet-heelkundige interventionele therapie, de hartchirurgie);
  - zorgprogramma "hartaandoening" T (de harttransplantatie, de transplantatie van een hart en een long);
  - zorgprogramma "hartaandoening" C (aangeboren hartafwijkingen bij kinderen).
- De heelkundige daghospitalisatie, vermeld op lijst A in bijlage 3 van het KB van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van de begroting met de financiële middelen van de ziekenhuizen. Deze lijst A bestaat uit 230 nomenclatuurcodes die chirurgische ingrepen voorstellen waarvoor enkel een daghospitalisatie nodig is. Raadpleeg dus je ziekenfonds indien je in een ander EER-land een behandeling of ingreep wil ondergaan als daghospitalisatie.

Vraag je voor de medische verzorging opgenomen in punt 20 geen toestemming aan je ziekenfonds en vertrek je toch, dan zal je alle kosten van de medische verzorging zelf moeten dragen en is er geen financiële tussenkomst van je ziekenfonds.

## 21. Wat is de procedure?

Je moet geen toestemming vragen aan je ziekenfonds. Je beschikt dan ook niet over een formulier of document dat je aan de buitenlandse verstrekker of aan het buitenlandse ziekenhuis moet overhandigen.

Rekening houdende met de preciseringen vermeld onder punt 19 en 20, kan het in sommige gevallen nuttig zijn om vóór je vertrek contact te nemen met je Belgisch ziekenfonds. Vooral wanneer het gaat om daghospitalisaties of medische onderzoeken met medisch-technisch materiaal, doe je er goed aan te controleren bij je ziekenfonds of er voor de medische verzorging een toestemming verleend moeten worden door de adviserend geneesheer van je ziekenfonds.

In het buitenland zal je zelf de volledige factuur

moeten betalen aan de verstrekker of het ziekenhuis. Let er op dat de factuur duidelijk en in detail herneemt welke medische verzorging je genoten hebt of welke medische producten je gekocht hebt. Dit is van belang voor de tarifiering door je ziekenfonds (zie punt 22).

Bij je terugkeer in België, dien je de facturen in bij je ziekenfonds met een aanvraag voor terugbetaling.

## 22. Hoe gebeurt de terugbetaling achteraf?

Om in aanmerking te komen voor een eventuele terugbetaling, moet je zelf al de medische kosten reeds betaald hebben aan de buitenlandse verstrekker of aan het buitenlandse ziekenhuis. Doe je dit niet, zal je ziekenfonds je aanvraag tot terugbetaling weigeren.

Bij de tarifiering van de medische kosten zal je ziekenfonds de verstrekkingen hernemen op de buitenlandse factuur moeten "vertalen" of omzetten naar een medische verstrekking die in België officieel erkend is en opgenomen is in de nomenclatuur, zijnde de lijst van alle erkende medische verstrekkingen in België. Vandaar dat het belangrijk is dat de factuur voldoende duidelijk en gedetailleerd is.

In volgende gevallen zal je ziekenfonds de medische kosten niet terugbetalen:

- De facturen zijn onvoldoende gedetailleerd of onduidelijk;
- De medische verstrekking bestaat niet in België of is niet erkend, waardoor er geen omzetting naar een nomenclatuurcode mogelijk is;

**Voorbeeld:** Homeopathie is niet erkend in België en dus niet opgenomen in de nomenclatuur. Homeopathische producten die in een ander EER-land worden gekocht, kunnen dus niet terugbetaald worden door je Belgisch ziekenfonds;

- De medische verstrekking is wel opgenomen in de Belgische nomenclatuur, maar de voorwaarden om recht te hebben op een terugbetaling zijn niet vervuld.

**Voorbeeld 1:** De nomenclatuur schrijft voor dat voor de terugbetaling van bepaalde tandprothesen, een vernieuwingstermijn gerespecteerd moet worden. Wie echter in een ander EER-land een tandprothese gaat kopen vooraleer de vernieuwingstermijn verstreken is, heeft geen recht op een terugbetaling.

**Voorbeeld 2:** Voor bepaalde behandelingen of voor de aankoop van bepaalde geneesmiddelen in België, moet je de toestemming hebben van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds (deze toestemming moet door een Belgische arts worden aangevraagd). Indien je echter verkiest om de behandeling in het buitenland te ondergaan of het geneesmiddel in het buitenland te kopen, heb je ook deze toestemming nodig. Dit is dan niet een toestemming voor geprogrammeerde medische verzorging in het buitenland, maar wel een toestemming voor de terugbetaling van een specifieke behandeling of product, ongeacht waar de behandeling plaats vindt of waar het geneesmiddel wordt aangekocht.

Na de omzetting naar Belgische nomenclatuurcodes, gebeurt de terugbetaling tegen de Belgische tarieven (en dus niet volgens de tarieven van het land van behandeling of aankoop). De vergoeding die je ziekenfonds betaalt, zal daarbij nooit hoger liggen dan het bedrag dat je daadwerkelijk betaald hebt voor de medische verzorging in een ander EER-land.





## D. Geprogrammeerde medische verzorging in de grensstreek

### 23. Waarom een bijzonder luik voor de grensstreek?

Het fenomeen van geprogrammeerde medische verzorging in het buitenland is erg aanwezig in de grensstreken. Door de gezamenlijke geschiedenis, cultuur en taal wordt de grens door de inwoners van de grensstreek niet als een obstakel beschouwd.

De belangrijke medische centra als het Academisch Ziekenhuis van Maastricht, het Klinikum in Aken en de CHRU van Rijsel hebben een belangrijke aantrekkingskracht voor Belgische patiënten die dicht bij de grens wonen.

Dit alles heeft ervoor gezorgd dat de Belgische wetgever de regels wat versoepeld heeft in de grensstreken. Daarnaast zijn er ook samenwerkingsverbanden tussen de actoren in de gezondheidszorg en ziekteverzekering aan beide kanten van de grens. Dit alles leidt tot een vlotter patiëntenverkeer over de grenzen heen. België en Frankrijk tekenden in 2005 zelfs een kaderakkoord om de grensoverschrijdende samenwerking een goede juridische basis te geven.

In dit luik worden 4 bijzondere projecten en wetteksten aangaande de grensstreek toegelicht:

- het project IZOM;
- het project Transcards;
- de grensstreekbewoners: bijzondere regeling voor geprogrammeerde medische verzorging in een buurland **met** toestemming van het ziekenfonds;
- de grensstreekbewoners: bijkomende mogelijkheden voor geprogrammeerde medische verzorging in een buurland **zonder** toestemming van het ziekenfonds.

Er bestaan ook heel wat samenwerkingsakkoorden tussen Belgische ziekenhuizen en deze in de grensstreek van de buurlanden die tot gevolg hebben dat Belgische patiënten voor specifieke behandelingen in een ziekenhuis in het buurland terecht kunnen. Deze beslissing tot transfer naar het buitenlandse ziekenhuis wordt genomen door de geneesheerspecialist in het Belgische ziekenhuis. Deze projecten worden niet nader besproken in deze brochure.



#### a. Het project IZOM

### 24. Wat is het project IZOM?

IZOM staat voor "Integratie Zorg Op Maat" en is een grensoverschrijdende samenwerking tussen Belgische, Nederlandse en Duitse ziekenfondsen die in 2000 gelanceerd werd.

Deze samenwerking heeft tot doel de administratieve procedures te vereenvoudigen in geval van geprogrammeerde medische verzorging en het patiëntenverkeer in de Euregio Maas-Rijn te vergemakkelijken.

### 25. In welk gebied is het project IZOM van kracht?

Het project IZOM is van toepassing in de Euregio Maas-Rijn, die gevormd wordt door delen van het grondgebied van de 3 betrokken landen:

- **in België:** de provincies Limburg en Luik;
- **in Nederland:** de provincies Noord-Brabant en Limburg;
- **in Duitsland:** de arrondissementen Bitburg, Daun, Prüm en de stad Aken.

## 26. Wanneer kan je als verzekerde in België een beroep doen op het project IZOM?

Indien je in België sociale bijdragen betaalt en de dekking van de Belgische ZIV geniet, kan je enkel een beroep doen op het project IZOM indien je officiële woonplaats in de provincie (Belgisch) Limburg of Luik gelegen is. Woon je niet in één van deze 2 provincies, dan is het project IZOM niet van toepassing op je situatie.

## 27. Voor welke medische verzorging kan je via het project IZOM naar Duitsland of Nederland?

Het project IZOM heeft vooral tot doel om de toegang tot geneesheer-specialisten te vergemakkelijken in de Euregio Maas-Rijn. De Nederlandse of Duitse geneesheer-specialist moet actief zijn in één van de volgende specialismen:

- pathologische anatomie
- anesthesie-reanimatie
- klinische biologie
- cardiologie
- heekunde
- orthopedische heekunde
- plastische heekunde
- dermato-venerologie
- gastro-enterologie
- gynaecologie-verloskunde
- inwendige geneeskunde
- nucleaire geneeskunde
- fysische geneeskunde en revalidatie
- neurochirurgie
- neurologie
- neuropsychiatrie
- oftalmologie
- otorhinolaryngologie
- pediatrie
- pneumologie
- psychiatrie
- radiodiagnose
- radiotherapie
- functionele et beroepsrevalidatie van gehandicapten
- reumatologie
- stomatologie
- urologie

Niet enkel de raadpleging bij de geneesheer-specialist, maar ook alle medische verzorging die door deze Nederlandse of Duitse geneesheer-specialist wordt voorgeschreven (ziekenhuisopnames, medische onderzoeken, geneesmiddelen,...), valt onder de toepassing van het project IZOM.

**Opgelet:** Indien de Nederlandse of Duitse geneesheer-specialist medische verzorging voorschrijft die hernoemen is op de bijzondere lijst van het RIZIV, dan moet je toch de toestemming vragen aan de adviserend geneesheer van je Belgisch ziekenfonds, en dit vóór de aanvang van de medische verzorging in Nederland of Duitsland. Zonder toestemming van je ziekenfonds zal je zelf de medische kosten moeten dragen en betaalt je ziekenfonds niets terug. De gedetailleerde lijst van de medische verzorging waarvoor je wel de toestemming van je Belgisch ziekenfonds nodig hebt, vind je onder punt 20, derde pijltje.

## 28. Voor welke medische verzorging kan je zeker NIET via het project IZOM naar Duitsland of Nederland?

Het project IZOM is NIET van toepassing wanneer het gaat om volgende medische verzorging:

- raadplegingen bij huisartsen, tandartsen en kinesitherapeuten in Nederland of Duitsland;
- ziekenhuisopnames, medische onderzoeken, behandelingen, ingrepen en geneesmiddelen die niet door de Nederlandse of Duitse geneesheer-specialist voorgeschreven werden;
- de medische verstrekkings die hernoemen zijn in de lijst van het RIZIV en waarvoor de toestemming van je Belgische ziekenfonds vereist is, ongeacht of deze werden voorgeschreven door de Nederlandse of Duitse geneesheer-specialist.

## 29. Waar kan je terecht in Duitsland of Nederland voor de medische verzorging via het project IZOM?

Je kunt Nederlandse of Duitse geneesheer-specialisten raadplegen die werkzaam zijn in het gebied waar het project IZOM van toepassing is, zijnde:

- **in Nederland:** de provincies Noord-Brabant en Limburg;
- **in Duitsland:** de arrondissementen Bitburg, Daun, Prüm en de stad Aken.

Wanneer de Nederlandse of Duitse geneesheer-specialist bijkomende medische verzorging voorschrijft in Nederland of Duitsland, dan moet deze verplegingsinrichting of apotheek ook binnen het geïndiceerde gebied in respectievelijk Nederland en Duitsland liggen.

### 30. Wat moet je doen vóór je vertrek?

Je vraagt aan je ziekenfonds het formulier EMR E112+ aan. Dit formulier geldt enkel voor het project IZOM en wordt door je ziekenfonds afgeleverd zonder dat je je aanvraag moet motiveren en zonder dat de adviserend geneesheer van je ziekenfonds zich moet uitspreken over je dossier.

Het formulier EMR E112+ wordt afgeleverd voor minstens één trimester en voor maximum één jaar. Op het document wordt gepreciseerd voor welke specialisme je naar Nederland of Duitsland trekt. Je ontvangt ook een informatiebrochure en een document genaamd "paspoort van de patiënt" dat voor een gemakkelijke communicatie tussen de geneesheer-specialisten moet zorgen.

De procedure van aflevering van het formulier en de 2 andere documenten verschilt naargelang het land waar je je laat verzorgen:

→ **Nederland:** Je ontvangt het formulier EMR E112+ en de 2 overige documenten van je Belgisch ziekenfonds;

→ **Duitsland:**

- Het Belgische ziekenfonds faxt het formulier EMR E112+ naar het Duitse ziekenfonds. Als je meerdere geneesheer-specialisten wenst te raadplegen, dan aanvaardt het Duitse ziekenfonds dat men de geneesheer-specialisten vermeldt op één formulier EMR E112+;
- Het Duitse ziekenfonds bezorgt je de documenten die jij nodig hebt om een behandeling te kunnen volgen in Duitsland:
  - een attest voor de medische verzorging en de facturering;
  - twee formulieren voor het voorschrijven van geneesmiddelen, paramedische verstrekkingen en materiaal;
  - de informatiebrochure en het patiëntenpaspoort van de patiënt.

### 31. Wat moet je ter plaatse doen?

Ook hier verschilt de procedure naargelang het land waar je je laat verzorgen:

→ **Nederland:** Je legt het formulier EMR E112+ voor aan de Nederlandse geneesheer-specialist of apotheker. Als de geneesheer-specialist oordeelt dat een ziekenhuisopname nodig is, dan zal hij zelf de nodige formaliteiten vervullen. **Een tip:** Als je weet dat je het formulier meerdere malen zult moeten gebruiken, maak dan enkele kopieën van

het formulier, aangezien jij het formulier EMR E112+ zal moeten overhandigen aan de Nederlandse geneesheer- specialist.

→ **Duitsland:**

- Bij de Duitse geneesheer-specialist leg je de formulieren voor het voorschrijven van geneesmiddelen, de getuigschriften voor verstrekte hulp en de facturering voor. Als de Duitse geneesheer-specialist oordeelt dat een ziekenhuisopname noodzakelijk is, dan maakt hij een bijzonder voorschrift op. Met dit voorschrift, kan je je dan aanmelden in het Duitse ziekenhuis;
- Bij de Duitse apotheker leg je het voorschrift en het door de Duitse geneesheer-specialist ingevulde voorschrijfformulier voor de geneesmiddelen voor.

### 32. Kan je ook een terugbetaling vragen via je Belgisch ziekenfonds?

Indien je het formulier EMR E112+ om één of andere reden niet gebruikt hebt, kan je na je terugkeer in België de facturen indienen met een aanvraag tot terugbetaling.

Je Belgische ziekenfonds zal de medische kosten tarifieren volgens de tarieven en voorwaarden van het land van behandeling, zijnde Nederland of Duitsland. Indien de medische kosten hoger liggen dan € 1.000, dan worden de facturen naar Nederland of Duitsland gestuurd met de vraag te preciseren welk bedrag terugbetaald mag worden.

## b. Het project Transcards

### 33. Wat is het project Transcards?

Het project Transcards is een grensoverschrijdende samenwerking tussen Belgische en Franse ziekenfondsen en ziekenhuizen die in 2000 in een beperkt gedeelte van de Belgisch-Franse grensstreek gelanceerd werd.

Het project heeft tot doel de administratieve procedures te vereenvoudigen en het patiëntenverkeer in de geviseerde regio te vergemakkelijken.

### 34. Wanneer kan je als verzekerde in België een beroep doen op het project Transcards?

Indien je in België sociale bijdragen betaalt en de dekking van de Belgische ZIV geniet, kan je enkel een beroep doen op het project Transcards indien je

officiële woonplaats in één van de volgende gemeenten ligt:

- Sivry-Rance
- Momignies
- Chimay
- Couvin
- Viroinval
- Cerfontaine
- Froidchapelle

Woon je niet in één van deze gemeenten, dan is het project Transcards niet van toepassing op je situatie.

### 35. Voor welke medische verzorging kan je via het project TRANSCARDS naar Frankrijk?

Wat de medische verzorging betreft is er geen beperking. Als je in één van de geïndiceerde gemeenten woont, kan je zowel voor ambulante medische verzorging als voor een ziekenhuisopname naar Frankrijk. Wel moet je hiervoor naar één van de 6 Franse ziekenhuizen die opgenomen zijn in het project Transcards.

### 36. Waar kan je als Belgische patiënt terecht in Frankrijk voor de medische verzorging?

Je hebt geen vrije keuze van verstreker of ziekenhuis. Indien je je in het kader van het project Transcards in Frankrijk wilt laten verzorgen, dan moet je hiervoor naar één van de volgende Franse ziekenhuizen aan de andere kant van de grens:

- Polyclinique de la Thiérache in Wignehies
- Hôpital Départemental de Felleries-Liessies
- Centre Hospitalier du pays d'Avesnes
- Centre Hospitalier Brisset in Hirson
- Hôpital du Nouvion-en-Thiérache
- Centre Hospitalier de Fourmies

Doe je beroep op een ander ziekenhuis of op een arts die niet in één van deze ziekenhuizen werkt, is het project Transcards niet van toepassing. Geneesmiddelen bij een Franse apotheek kopen en hiervoor een terugbetaling krijgen is niet mogelijk via Transcards.

### 37. Wat moet je doen vóór je vertrek?

Vóór je vertrek moet je niets doen. Je moet je ziekenfonds dus niet contacteren om de toestemming te vragen en een formulier E112 te krijgen. Je kan naar Frankrijk vertrekken zonder enige formaliteit te vervullen.

### 38. Wat moet je ter plaatse doen?

Wanneer je je aanbiedt bij één van de 6 betrokken Franse ziekenhuizen, moet je je identiteitskaart en je SIS-kaart laten zien. De Franse ziekenhuizen beschikken over Belgische leestoeelsten zodat het is alsof je je in een Belgisch ziekenhuis zou aanbieden.

Het Franse ziekenhuis zal na de medische verzorging een formulier E112TB afleveren waardoor de medische kosten aan je Belgische ziekenfonds gefactureerd kunnen worden. Deze facturering gebeurt volgens de Franse tarieven en voorwaarden. Zelf zal je enkel het bedrag moeten betalen dat niet door de Franse ziekteverzekering ten laste wordt genomen. Dit bedrag noemt men ook wel het remgeld en wordt evenmin terugbetaald door je Belgische ziekenfonds.

### 39. Kan je ook een terugbetaling vragen via je Belgisch ziekenfonds?

Bepaalde medische verstrekkingen kunnen niet rechtstreeks aan je Belgische ziekenfonds gefactureerd worden door het Franse ziekenhuis. Dit betekent dat je de medische kosten zelf zult moeten betalen aan het Franse ziekenhuis. In dat geval zal je van het Franse ziekenhuis de facturen ontvangen, samen met het formulier E112TB. Deze documenten kan na je terugkeer in België indienen bij je ziekenfonds met een aanvraag tot terugbetaling.

Je Belgische ziekenfonds zal de medische kosten tarifieren volgens de tarieven en voorwaarden die gelden in Frankrijk. Indien de medische kosten hoger liggen dan € 1.000, dan worden de facturen naar Frankrijk gestuurd met de vraag te preciseren welk bedrag terugbetaald mag worden.

### c. De grensstreekbewoners: bijzondere regeling voor geprogrammeerde medische verzorging in een buurland met toestemming

#### 40. Wat houdt deze bijzondere regeling juist in?

Voor de personen die in de grensstreek wonen, werden de voorwaarden van de procedure zoals omschreven in punt 8 en 10 versoepeld en vereenvoudigd. Hierdoor wordt het formulier E112 gemakkelijker afgeleverd aan de grensstreekbewoner om zich aan de andere kant van de grens te laten verzorgen.

Heel concreet betekent dit dat je je aanvraag niet

moet motiveren en dat het formulier E112 wordt afgeleverd zonder dat de adviserend geneesheer van je ziekenfonds zich moet uitspreken over je dossier. Deze procedure is interessant omdat de toestemming niet medisch gemotiveerd moet worden. Daarenboven kan je het formulier E112 gebruiken, wat betekent dat de medische kosten in het land van behandeling ten laste worden genomen of terugbetaald worden volgens de tarieven en voorwaarden die van toepassing zijn in dat land.

#### 41. Voor wie geldt deze bijzondere regeling?

Om deze bijzondere regeling te kunnen genieten, moet je sociale bijdragen betalen in België en mag je niet verder dan 15 km van de grens wonen, of wonen in één van de volgende kantons, arrondissementen of gemeenten:

- de Oostkantons (Eupen, Malmedy en Sankt-Vith) of de kantons Arlon, Messancy, Bouillon, Chimay, Couvin en Gedinne;
- de arrondissementen van Virton en Bastogne;
- de gemeenten Mellier, Léglise, Ebly, Juseret, Vitry en Anlier.

#### 42. Voor welke medische verzorging kan je via deze bijzondere regeling naar het buurland?

Als grensstreekbewoner met officiële woonplaats in de grensstreek of in één van de hierboven vermelde kantons, arrondissementen of gemeenten, kan je voor een ziekenhuisopname of dialyse naar een verpleeginrichting die op maximum 25 km ligt van de grens die het buurland scheidt van de streek waar je woont.

**Voorbeeld 1:** Je woont in Eupen en je wilt je in het Klinikum in Aken laten hospitaliseren voor een ingreep. Je woont op minder dan 15 km van de Belgisch-Duitse grens en het ziekenhuis is niet verder dan 25 km aan de andere kant van de grens gelegen. Je kunt dus een beroep doen op de bijzondere regeling om een toestemming te vragen.

**Voorbeeld 2:** Je woont in Kortrijk en je wilt je in het Academisch Ziekenhuis in Maastricht laten hospitaliseren voor een ingreep. Je woont op minder dan 15 km van de Belgisch-Franse grens en het ziekenhuis is niet verder dan 25 km van de Belgische-Nederlandse grens. Je kunt echter geen beroep doen op de bijzondere regeling om een toestemming te vragen, daar het AZ van Maastricht niet in het buurland ligt dat grenst aan de streek waar je woont. Voor de toepassing van deze

bijzondere regeling kan je enkel naar een Franse verpleeginrichting op maximum 25 km van de Belgisch-Franse grens.

Als je in één van de geviseerde kantons, arrondissementen of gemeenten woont (zie punt 41), kan je ook voor volgende ambulante medische verzorging naar een verpleeginrichting die op maximum 25 km ligt van de grens die het buurland scheidt van de streek waar je woont:

- neuropsychiatrie;
- radio- en radiumtherapie;
- nucleaire geneeskunde;
- radiologische onderzoeken met de scanner.

#### 43. Wat moet je doen vóór je vertrek?

Je vraagt het formulier E112 aan bij je ziekenfonds. Je ziekenfonds zal deze afleveren zonder dat je je aanvraag moet motiveren en zonder dat de adviserend geneesheer van je ziekenfonds zich moet uitspreken over je dossier. Wel moet je aangeven naar waar je wenst te gaan voor welke behandeling of ingreep en voor welke periode (met eventueel ook de naam van de geneesheer-specialist). De aflevering van een dergelijk formulier E112 kan snel gebeuren.

#### 44. Wat moet je ter plaatse doen?

Door het formulier E112 worden de medische kosten terugbetaald of ten laste genomen volgens de wetgeving en de tarieven die gelden in het land van behandeling. De terugbetaling of tenlasteneming is dus niet dezelfde als deze die zou gelden voor dezelfde medische kosten in België.

In de buitenlandse verpleeginrichting geef je het formulier E112 aan de receptie van het ziekenhuis. Dankzij dit formulier zal een belangrijk gedeelte van de medische kosten rechtstreeks worden doorgefactureerd aan je Belgische ziekenfonds. Zelf moet je dan enkel het remgeld (bedrag dat de ziekteverzekering niet terugbetaalt) en eventuele privé-uitgaven (TV, ...) betalen.

Gaat het om een behandeling of raadpleging buiten het ziekenhuismilieu, dan zal je in de meeste gevallen zelf de medische kosten moeten voorschieten. Je moet daarna de terugbetaling van de medische kosten gaan vragen bij het bevoegde buitenlandse ziekenfonds, en dit door middel van het formulier E112. Doe je dit niet, dan zal je zelf deze kosten moeten dragen. De Belgische en Europese regelgeving laten niet toe dat het Belgische ziekenfonds de kosten van deze ambulante verzorging terugbetaalt.

#### 45. Wat gebeurt er indien het buitenlandse ziekenhuis het formulier E112 niet aanvaardt?

Het is mogelijk dat het buitenlandse ziekenhuis of de buitenlandse arts het formulier E112 niet aanvaardt, meestal omdat het om een privé-ziekenhuis gaat, of omdat de arts als privé-arts werkt.

Je doet er dus goed aan om je vóór je vertrek goed te informeren en na te gaan of het ziekenhuis of de arts het formulier E112 wel degelijk aanvaardt. Dit doe je best door de vraag te stellen aan het buitenlandse ziekenhuis of de buitenlandse arts.

Je Belgische ziekenfonds weet niet welke buitenlandse ziekenhuizen of artsen het formulier E112 niet aanvaardt.

Weten of het formulier E112 in het buurland aanvaard zal worden is belangrijk:

- Wordt het formulier niet aanvaardt, dan zal je zelf alle medische kosten moeten betalen aan het buitenlandse ziekenhuis of de buitenlandse verstreker. Je kunt de facturen achteraf wel indienen bij je Belgische ziekenfonds en een terugbetaling vragen, maar dat is niet altijd even voordelig of zelfs mogelijk. Meer hierover in punt 46;
- Als het formulier niet aanvaard wordt, word je als privé-patiënt beschouwd. Dit heeft tot gevolg dat de medische kosten hoger zullen liggen dan normaal (oa hogere erelonen).

#### 46. Kan je ook een terugbetaling vragen via je Belgische ziekenfonds?

Indien het formulier E112 niet gebruikt kon worden in het buurland, kan je de facturen van de medische kosten indienen bij je Belgische ziekenfonds en een terugbetaling vragen.

Er zijn echter beperkingen:

- Het Belgische ziekenfonds kan enkel tarifieren indien het om een ziekenhuisopname (d.w.z. minstens één overnachting in het ziekenhuis) gaat. Alle andere vormen van behandeling komen niet in aanmerking voor een terugbetaling in België. Vandaar het belang om na te gaan of het formulier E112 aanvaard wordt en de terugbetaling van kosten voor ambulante behandeling in het buitenland aan te vragen indien het formulier E112 toch geweigerd wordt;
- De terugbetaling van de kosten van de ziekenhuisopname door het Belgische ziekenfonds zal gebeuren volgens de Belgische tarieven en wetgeving. Dit betekent dus dat het ziekenfonds de buitenlandse medische verstrekkingen zal moeten

omzetten naar een Belgisch equivalent. Bestaat er geen Belgisch equivalent van de buitenlandse verstrekking, dan is er ook geen terugbetaling. Het is hoe dan ook belangrijk dat de facturen voldoende gedetailleerd zijn.

#### d. De grensstreekbewoners: bijkomende mogelijkheden voor geprogrammeerde medische verzorging in een buurland zonder toestemming

#### 47. Wat houden die bijkomende mogelijkheden juist in?

De Belgische wetgever heeft ook rekening willen houden met het bijzondere karakter van de grensstreken. Daarom werd in het artikel 294 van het KB van 3 juli 1996 bepalingen opgenomen waardoor de grensbewoners zich in sommige gevallen zonder toestemming van het ziekenfonds in het buurland kunnen laten behandelen of verzorgen. De bijkomende mogelijkheden staan los van de Europese regelgeving.

Er zijn 3 mogelijkheden opgenomen in artikel 294:

- **Mogelijkheid 1:** geprogrammeerde medische verzorging in een buurland;
- **Mogelijkheid 2:** geprogrammeerde medische verzorging in Luxemburg;
- **Mogelijkheid 3:** geprogrammeerde medische verzorging in Frankrijk.

Deze mogelijkheden kunnen interessant zijn, indien al de andere regelgevingen en projecten niet van toepassing zijn.

Er bestaat geen formulier voor deze situaties en de terugbetaling na de terugkeer gebeurt steeds volgens de Belgische voorwaarden en tarieven.

#### 48. Wie kan een beroep doen op deze bijkomende mogelijkheden?

Elke mogelijkheid heeft een verschillende doelgroep:

- **Mogelijkheid 1:** iedereen die in de grensstreek woont;
- **Mogelijkheid 2:** iedereen die zijn officiële woonplaats heeft in één van de volgende kantons, arrondissementen of gemeenten:
  - de kantons van Arlon en Messancy ;
  - de arrondissementen van Virton en Bastogne
  - de gemeenten Mellier, Léglise, Ebly, Juseret, Witry en Anlier

→ **Mogelijkheid 3:** iedereen die zijn officiële woonplaats heeft in één van de volgende kantons: de kantons van Florenville, Bouillon, Chimay, Couvin, Gedinne en Virton.

#### 49. Voor welke medische verzorging kan je via de bijkomende mogelijkheden naar het buurland?

→ **Mogelijkheid 1:** voor ziekenhuisopname en ambulante verzorging in een buitenlandse verpleeginrichting dat maximum 25 km van je woonplaats gelegen is. Deze mogelijkheid kan enkel indien er in België dichtbij geen gelijkaardige inrichting is;

→ **Mogelijkheid 2:** voor specifieke medische verzorging in Luxemburg, zijnde

- speciale geneeskunde;
- verloskunde;
- ziekenhuisverpleging;
- tandheelkundige hulp;
- farmaceutische verstrekkingen, voorgeschreven naar aanleiding van de hierboven bedoelde medische verzorging.

→ **Mogelijkheid 3:** in Frankrijk, zij het niet verder dan 50 km van je woonplaats in België, voor volgende specifieke medische verzorging:

- speciale geneeskunde;
- verloskunde;
- ziekenhuisverpleging;
- tandheelkundige hulp;
- farmaceutische verstrekkingen, voorgeschreven naar aanleiding van de hierboven bedoelde medische verzorging.

#### 50. Wat moet je doen voor je vertrek?

Je moet geen toestemming vragen aan je ziekenfonds. Je beschikt dan ook niet over een formulier of document dat je aan de buitenlandse verstrekker of aan het buitenlandse ziekenhuis moet overhandigen.

#### 51. Wat moet je ter plaatse doen?

In het buitenland zal je zelf de volledige factuur moeten betalen aan de verstrekker of het ziekenhuis. Let er op dat de factuur duidelijk en in detail herneemt welke medische verzorging je genoten hebt of welke medische producten je gekocht hebt. Dit is van belang voor de tarifiering door je ziekenfonds (zie punt 52).

Bij je terugkeer in België, dien je de facturen in bij je ziekenfonds met een aanvraag voor terugbetaling.

#### 52. Kan je een terugbetaling vragen via je Belgisch ziekenfonds?

Bij de tarifiering van de medische kosten zal je ziekenfonds de verstrekkingen hernomen op de buitenlandse factuur moeten "vertalen" of omzetten naar een medische verstrekking die in België officieel erkend is en opgenomen is in de nomenclatuur, zijnde de lijst van alle erkende medische verstrekkingen in België. Vandaar dat het belangrijk is dat de factuur voldoende gedetailleerd is.

In volgende gevallen zal je ziekenfonds de medische kosten niet terugbetalen:

- De facturen zijn onvoldoende gedetailleerd of onduidelijk;
- De medische verstrekking bestaat niet in België of is niet erkend, waardoor er geen omzetting naar een nomenclatuurcode mogelijk is (vb. homeopathie);
- De medische verstrekking is wel opgenomen in de Belgische nomenclatuur, maar de voorwaarden om recht te hebben op een terugbetaling zijn niet vervuld (vb. de vernieuwingstermijn voor een tandprothese).

Na de omzetting naar Belgische nomenclatuurcodes, gebeurt de terugbetaling tegen de Belgische tarieven. De vergoeding die je ziekenfonds betaalt, zal daarbij nooit hoger liggen dan het bedrag dat je daadwerkelijk betaald hebt voor de medische verzorging in een buurland.

## E. Een overzicht voor de Belgische verzekerde

	<b>Met toestemming ( E112)</b>	<b>Zonder toestemming (Decker en Kohl)</b>	<b>Project IZOM</b>
<b>Woonplaats-vereiste?</b>	Geen vereiste	Geen vereiste	Provincies Limburg of Luik
<b>Plaats van behandeling?</b>	EER + Zwitserland	EER	In NL: provincies Limburg en Noord-Brabant In D: Bitburg, Daun, Prüm, Aken
<b>Medische verzorging?</b>	Ziekenhuisopnames en ambulante verzorging	Ambulante verzorging (meer info in punt 19 en 20)	Raadpleging bij geneesheer-specialist, en verstrekkingen voorgeschreven door deze geneesheer-specialist (meer info in punt 27 en 28)
<b>Formulier nodig?</b>	E112	Neen	EMR E112+
<b>Formaliteiten vóór het vertrek?</b>	E112 aanvragen en bekomen, bij voorkeur met medisch verslag	Geen	EMR E112+ aanvragen, geen motivering nodig
<b>Formaliteiten ter plaatse?</b>	E112 overhandigen aan ziekenhuis of verstrekker	Alles zelf betalen	In NL: EMR E112+ aan geneesheer-specialist geven In D: Duitse formulieren aan geneesheer-specialist geven
<b>Terugbetaling door Belgisch ziekenfonds na terugkeer mogelijk?</b>	Ja, maar enkel ziekenhuisopnames, tegen de Belgische tarieven en voorwaarden	Ja, tegen de Belgische tarieven en voorwaarden	Ja, tegen de Nederlandse of Duitse tarieven en voorwaarden



<b>Project TRANSCARDS</b>	<b>Verzorging met toestemming voor grensstreekbewoners</b>	<b>Verzorging zonder toestemming voor grensstreekbewoners</b>
Wonen in één van de volgende gemeenten: Sivry-Rance, Momignies, Chimay, Couvin, Viroinval, Cerfontaine, Froidchapelle	1. Max. 15 km van de grens wonen, of 2. In een specifiek kanton, arrondissement of gemeente (meer info in punt 41)	1. Max. 25 km van de buitenlandse verplegingsinrichting 2. In een specifiek kanton, arrondissement of gemeente (meer info in punt 48) 3. In een specifiek kanton (meer info in punt 48)
In één van de 6 Franse ziekenhuizen (meer info in punt 36)	Max. 25 km van de grens	1. Max. 25 km van woonplaats, en in België geen gelijkaardige inrichting dichterbij 2. In Luxemburg 3. In Frankrijk, max. 50 km van woonplaats
Ziekenhuisopnames en ambulante verzorging	1. en 2. Ziekenhuis-opnames en dialyse 2. Specifieke ambulante verzorging (meer info in punt 42)	1. Ziekenhuisopnames en ambulante verzorging in verplegingsinrichting 2. en 3. : 5 specifieke verstrekkingen (meer info in punt 49)
Neen	E112	Neen
Geen	E112 aanvragen, geen motivering nodig	Geen
SIS-kaart en identiteitskaart presenteren in het Franse ziekenhuis	E112 aan ziekenhuis of verstrekker geven	Alles zelf betalen
Ja, tegen de Franse tarieven en voorwaarden	Ja, maar enkel ziekenhuisopnames, tegen de Belgische tarieven en voorwaarden	Ja, tegen de Belgische tarieven en voorwaarden





## 2. GEPROGRAMMEERDE MEDISCHE VERZORGING IN DE LANDEN WAARMEE BELGIË EEN BILATERAAL VERDRAG ONDERTEKEND HEEFT

### 53. Met welke landen heeft België een bilateraal verdrag ondertekend?

Inzake sociale zekerheid heeft België met 18 landen een bilateraal verdrag ondertekend. Maar enkel in het verdrag met Turkije, Marokko, Tunesië, Algerije, Kroatië, Bosnië-Herzegovina, Macedonië, Servië en Montenegro is er een luik opgenomen mbt medische verzorging en de terugbetaling ervan.

Het toepassingsgebied van deze verdragen is beperkt tot bepaalde nationaliteiten en tot de grondgebieden van de landen die het verdrag ondertekenden.

### 54. Voorziet het bilaterale verdrag met deze 9 landen in de mogelijkheid om voor geprogrammeerde medische verzorging naar één van deze landen te reizen waarbij de medische kosten terugbetaald of ten laste worden genomen?

De bilaterale verdragen met Turkije, Algerije, Kroatië, Bosnië-Herzegovina, Macedonië, Servië en Montenegro voorzien niet in deze mogelijkheid om naar deze landen te reizen voor geprogrammeerde medische verzorging. Dit betekent dat deze landen beschouwd moeten worden als landen waar geen verdrag van toepassing is. Meer info hierover vanaf punt 57.

In de verdragen met Marokko en Tunesië spreekt men niet expliciet van geprogrammeerde medische verzorging en wordt er geen onderscheid gemaakt tussen dringende en niet-dringende verzorging, wat betekent dat eventuele geprogrammeerde medische verzorging in deze landen wel terugbetaald wordt, en dit zonder daarvoor voorafgaandelijk het akkoord van de adviserend geneesheer van je Belgische ziekenfonds te hebben.

### 55. Wie valt er onder de toepassing van de verdragen met Marokko en Tunesië?

Enkel indien je onder de algemene regeling van de ZIV valt (zoals loontrekkenden en hun personen ten laste, gepensioneerden, ...), kan je een beroep doen op deze bilaterale verdragen. Wie onder de regeling van zelfstandigen valt, is uitgesloten van het toepassingsveld van deze verdragen.

Er is bovendien ook een nationaliteitsvereiste: voor het Belgisch-Marokkaanse verdrag moet je over de Belgische of de Marokkaanse nationaliteit beschikken, voor het Belgisch-Tunesische is dat de Belgische of Tunesische nationaliteit.

De bilaterale verdragen zijn natuurlijk enkel van toepassing op het grondgebied van de landen die ondertekend hebben.

Voor wie buiten het toepassingsveld van dit verdrag valt (bijvoorbeeld omdat je de hoedanigheid van zelfstandige hebt), zijn Marokko en Tunesië landen waar geen verdrag van toepassing is en is de Belgische wetgeving dus van kracht (meer informatie vanaf punt 57).

### 56. Wat moet je doen indien je voor geprogrammeerde medische verzorging naar Marokko of Tunesië wenst te reizen?

Je moet hiervoor geen toestemming vragen aan het Belgische ziekenfonds. Er bestaat voor deze landen trouwens geen formulier voor geprogrammeerde medische verzorging, zoals het formulier E112 in de EER.

Voor **Tunesië** kan je het formulier BTUN11 (geldig gedurende 60 dagen) aanvragen bij je Belgische ziekenfonds. Dit formulier wordt normaal uitgereikt aan personen die voor een korte periode naar Tunesië trekken, zoals toeristen. Met dit formulier kan je een terugbetaling vragen van de medische kosten bij een Tunesisch ziekenfonds volgens de Tunesische tarieven en wetgeving. Je kunt ook een terugbetaling vragen van deze kosten aan je Belgische ziekenfonds na je terugkeer. De terugbetaling gebeurt dan volgens de Tunesische tarieven en wetgeving.

Voor **Marokko** bestaat er geen formulier maar worden de facturen van de medische kosten na de terugkeer getarifeerd en terugbetaald door het Belgische ziekenfonds volgens het Belgische tarief en volgens de Belgische wetgeving. Enkel geprogrammeerde medische verzorging verstrekt tijdens de eerste 45 dagen van het verblijf, komen in aanmerking voor een eventuele terugbetaling.



### 3. GEPROGRAMMEERDE MEDISCHE VERZORGING IN DE LANDEN WAAR ER GEEN VERDRAG VAN TOEPASSING IS

#### 57. Wanneer is er geen verdrag van toepassing?

Er is geen verdrag van toepassing in de volgende situaties:

- België heeft geen verdrag inzake de ZIV ondertekend met het andere land;
- België heeft wel een verdrag ondertekend met het land, maar de betrokkene valt buiten het toepassingsveld van het verdrag.

**Voorbeeld:** Het Belgisch-Tunesisch verdrag betreft enkel loontrekkenden en is dus niet van toepassing op personen met het statuut van zelfstandige.

- België heeft wel een verdrag ondertekend met het land, maar de betrokkene gaat voor medische verzorging naar een gebied van dat land dat niet onder het toepassingsveld van het verdrag valt.

**Voorbeeld:** de Britse kanaaleilanden vallen buiten het toepassingsveld van de Europese verordeningen (voor overige gebieden: zie punt 3).

#### 58. Welke wetgeving geldt voor de Belgische verzekerden wanneer er geen verdrag van toepassing is?

In dat geval geldt de Belgische wetgeving. Artikel 136, §1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bepaalt het volgende:

*Onverminderd de toepassing van de internationale rechtsorde, worden de in deze gecoördineerde wet bedoelde prestaties geweigerd als de rechthebbende zich niet werkelijk op Belgisch grondgebied bevindt of als de geneeskundige verstrekkingen buiten het Belgisch grondgebied zijn verstrekt.*

*Ze kunnen evenwel worden toegekend: a) onder de door de Koning bepaalde voorwaarden; ...*

In artikel 294, §1, van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 worden deze voorwaarden gepreciseerd. Er is een bepaling (2<sup>o</sup>) van dit artikel dat betrekking heeft op Belgische verzekerden die zich willen laten behandelen in een land waar er geen verdrag van toepassing is:

*Aan de rechthebbende, wanneer het herstel van zijn gezondheid een opname in een verplegingsinrichting vereist welke in gunstiger geneeskundige voorwaarden in het buitenland kan geschieden en door de adviserend geneesheer voorafgaandelijk als onontbeerlijk wordt geacht;*  
...

#### 59. Wat houdt de Belgische wetgeving concreet in?

Wie zich wil laten behandelen in een land waar geen verdrag van toepassing is, moet hiervoor de toestemming vragen aan het Belgische ziekenfonds.

Deze mogelijkheid bestaat enkel en alleen voor ziekenhuisopnames (dwz met minstens één overnachting in het ziekenhuis). Voor ambulante behandelingen (raadplegingen, daghospitalisaties (zijnde een ziekenhuisopname zonder overnachting), ...) kan er dus geen toestemming worden verleend.

Er bestaat geen formulier zoals een formulier E112, maar je ontvangt wel een schriftelijke bevestiging van de toestemming van de adviserend geneesheer van je ziekenfonds. Je moet zelf eerst de facturen betalen en achteraf bij de terugkeer in België de terugbetaling vragen van deze medische kosten. De terugbetaling gebeurt dan volgens de Belgische tarieven en wetgeving.

#### 60. Hoe wordt een toestemming voor geprogrammeerde medische verzorging in een land waar geen verdrag van toepassing is, aangevraagd bij het ziekenfonds?

Het is belangrijk een dergelijke toestemming schriftelijk aan te vragen bij de medische dienst van je Belgische ziekenfonds. Houd er rekening mee dat je de toestemming vóór je vertrek moet aanvragen en bekomen. Daar een dergelijke besluitvorming enige tijd kan vragen, is het raadzaam om de toestemming tijdig en vóór de geplande behandeling of medische verzorging in te dienen, zodat de adviserend geneesheer over voldoende tijd beschikt om de aanvraag te evalueren en eventueel bijkomende inlichtingen in te winnen. Het ziekenfonds kan dus geen beslissing nemen binnen bijvoorbeeld 24u of 48u.

Aangezien het om een medische evaluatie gaat, is het raadzaam om de schriftelijke aanvraag te motiveren met medische argumenten, bij voorkeur in de vorm van een medisch verslag. De adviserend geneesheer zal daarbij volgende punten evalueren:

- Kan de behandeling of medische verzorging ook in België gebeuren?
- Kan de behandeling of medische verzorging in het buitenland onder gunstigere voorwaarden gebeuren, indien het ook in België kan?
- Is de behandeling of medische verzorging in het buitenland onontbeerlijk?

Dit is geen administratieve, maar wel een medische beslissing waarvan de motivering in het dossier van de patiënt opgenomen moet worden.

De adviserend geneesheer zal zijn beslissing schriftelijk meedelen aan de patiënt, en motiveren indien het om een weigering gaat. Er wordt in dit geval geen formulier afgeleverd zoals het formulier E112 dat enkel binnen de EER geldt. Je moet zelf alle kosten voorschieten om dan achteraf na de terugkeer een terugbetaling te vragen aan je Belgische ziekenfonds.

### 61. Wat moet je ter plaatse doen?

Aangezien er geen formulier bestaat zoals binnen de EER, is er ter plaatse geen specifieke procedure te volgen.

Je zult de medische kosten ter plaatse zelf moeten betalen. Het is belangrijk te weten dat medische verzorging in bepaalde landen heel duur kan zijn, zeker wanneer het om nieuwe behandelingen gaat. De Verenigde Staten bijvoorbeeld zijn één van de duurste landen ter wereld. De kostprijs voor medische verzorging in de VS is niet vergelijkbaar met deze in België.

Met het oog op een terugbetaling door het Belgische ziekenfonds na de terugkeer in België, is het raadzaam om aan het buitenlandse ziekenhuis een gedetailleerde factuur en een medisch verslag van de ondergane ingreep of behandeling in het buitenlandse ziekenhuis te vragen. Deze inlichtingen zullen de tarifiering door het Belgische ziekenfonds vergemakkelijken.

### 62. Hoe gebeurt de terugbetaling van de medische kosten door het Belgische ziekenfonds na de terugkeer in België?

De facturen van de medische kosten dien je in bij je Belgische ziekenfonds. Het Belgische ziekenfonds zal dan overgaan tot een tarifiering van de facturen.

Zoals reeds vermeld onder punt 59, komen enkel ziekenhuisopnames waarvoor de toestemming

verleend werd, in aanmerking voor tarifiering. Het ziekenfonds zal op basis van de facturen en het eventuele medische verslag de buitenlandse medische verstrekkingen omzetten naar een Belgisch equivalent. Bestaat er geen Belgisch equivalent van de buitenlandse verstrekking, dan is er ook geen terugbetaling.

In volgende gevallen zal je ziekenfonds de medische kosten niet terugbetalen:

- De facturen zijn onvoldoende gedetailleerd of onduidelijk;
- De medische verstrekking bestaat niet in België of is niet erkend, waardoor er geen omzetting naar een nomenclatuurcode mogelijk is;
- De medische verstrekking is wel opgenomen in de Belgische nomenclatuur, maar de voorwaarden om recht te hebben op een terugbetaling zijn niet vervuld.

Na de omzetting naar Belgische nomenclatuurcodes, gebeurt de terugbetaling tegen de Belgische tarieven (en dus niet volgens de tarieven van het land van behandeling). De vergoeding die je ziekenfonds betaalt, zal daarbij nooit hoger liggen dan het bedrag dat je daadwerkelijk betaald hebt voor de medische verzorging in het buitenland.

Voor sommige landen, zoals de Verenigde Staten, waar de kostprijs voor medische verzorging zeer hoog ligt, is de terugbetaling door het Belgische ziekenfonds vaak slechts een druppel op een hete plaat. Het overgrote deel van de medische kosten zal door de patiënt zelf betaald moeten worden.

### 63. Zijn er behalve het ziekenfonds nog andere instellingen waar je terecht kan voor de terugbetaling van de medische kosten?

Ja, het bijzondere solidariteitsfonds (BFS). Het BSF maakt deel uit van het RIZIV en kan medische en andere kosten nav geprogrammeerde medische verzorging ten laste nemen, zij het wel onder strikte voorwaarden. Meer hierover vanaf punt 64.

## 4. HET BIJZONDERE SOLIDARITEITSFONDS

### 64. Wat is het bijzondere solidariteitsfonds (BSF)?

Het BSF werd in 1990 opgericht binnen het RIZIV en heeft tot doelstelling Belgische verzekerden financieel te helpen in geval van dure medische verzorging die niet wordt vergoed. Het BSF beschikt hiervoor over een beperkt jaarbudget. De toekenning van financiële hulp en het bepalen van het bedrag wordt beslist door het college van geneesheren-directeurs.

### 65. Wie kan een beroep doen op het BSF?

Iedereen die sociale bijdragen betaalt in België en aangesloten is bij de Belgische ziekte- en invaliditeitsverzekering kan een beroep doen op het BSF.

### 66. Onder welke voorwaarden kan je een beroep doen op het BSF?

Wil je beroep doen op het BSF, dan moet je aanvraag 3 voorwaarden vervullen:

- De aanvraag moet betrekking hebben op medische verzorging;
- Voor de kosten van de medische verzorging is er geen enkele terugbetaling of tenlasteneming voorzien in de Belgische of een buitenlandse verplichte ziekteverzekering;
- Je moet alle vergoedingsmogelijkheden hebben uitgeput, dwz dat je een aanvraag tot vergoeding moet indienen bij elke Belgische of buitenlandse verplichte ziekteverzekering of privé-verzekering, vooraleer je een aanvraag kan indienen bij het BSF.

Het BSF voorziet in een vergoeding voor 6 typedossiers waarvan de aanvraag aan de 3 bovenstaande voorwaarden voldoet. Eén van deze typedossiers betreft medische verzorging in het buitenland.



### 67. Wat vergoedt het BSF en onder welke voorwaarden?

Het BSF betaalt een financiële tussenkomst voor de kosten van niet-vergoedbare medische verzorging die in het buitenland verleend is, alsook de reis- en verblijfskosten van de patiënt, en indien noodzakelijk ook deze van de persoon die de patiënt begeleidt. De financiële tussenkomst voor de medische kosten wordt slechts heel uitzonderlijk toegekend. Om recht te hebben op deze vergoeding, moeten opnieuw 3 voorwaarden vervuld zijn:

- Het moet gaan om een "behartenswaardig" geval;
- De adviserend geneesheer van het Belgische ziekenfonds moet zijn toestemming gegeven hebben voor de medische verzorging in het buitenland;
- De behandeling of ingreep moet voorgeschreven zijn door een geneesheer-specialist die gespecialiseerd is in de behandeling van de ziekte en die ingeschreven is bij de Belgische Orde van Geneesheren.

### 68. Hoe dien je een aanvraag in?

Je dient de aanvraag in via de adviserend geneesheer van je ziekenfonds dmv een aangetekende brief. Bij de aanvraag moeten een aantal documenten gevoegd worden:

- een voorschrift van de geneesheer-specialist mbt de medische verzorging in het buitenland;
- een uitgebreid medisch verslag;
- een verklaring op eer waarin je bevestigt dat je alle mogelijkheden hebt uitgeput om een terugbetaling van de medische kosten te bekomen;
- de toestemming van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds voor de medische verzorging in het buitenland;
- de facturen of het bestek;
- in geval de patiënt ouder is dan 18 jaar: een medisch getuigschrift om de noodzaak van begeleiding te verantwoorden.

Normaal wordt er binnen de 3 maanden na de indiening van de aanvraag een beslissing genomen door het college van geneesheren-directeurs.

### 69. Hoeveel bedraagt de financiële tussenkomst van het BSF?

Het BSF kan een vergoeding toekennen op volgende posten:

- Medische kosten: Het college van geneesheren-directeurs kent enkel een bedrag toe indien het ziekenfonds voor de behandeling de toestemming heeft gegeven en indien er geen enkele tegemoetkoming voorzien is in de verplichte verzekering. Een dossier waarbij het ziekenfonds slechts een fractie van het gefactureerde bedrag kan terugbetalen, komt dus toch niet in aanmerking voor een financiële tussenkomst van het BSF. Supplementaire erelonen worden niet terugbetaald;
- Reiskosten: Trein - en vliegtuigtickets (2e klasse) worden volledig vergoed. Bij vervoer per wagen is er een vergoeding per kilometer. In geval van vervoer per ambulance, wordt alles terugbetaald indien dit type vervoer noodzakelijk is.
- Verblijfskosten: Het BSF betaalt een forfaitair bedrag per dag.

### 70. Waar vind je meer informatie?

Je ziekenfonds kan je meer inlichtingen verstrekken. Het RIZIV heeft een handige brochure gepubliceerd die je onder de rubriek "Sociaal verzekerden / medische kosten" kan downloaden van de website [www.riziv.fgov.be](http://www.riziv.fgov.be).

## 5. DE BESLISSINGSBOOM

---

### Inleiding

De regelgeving mbt geprogrammeerde medische verzorging in het buitenland is complex. Er is de Europese regelgeving en de Belgische toepassing daarvan, er is de Belgische wetgeving en er zijn tal van grensoverschrijdende projecten in deze materie. Het is niet altijd gemakkelijk om in deze wirwar van regels af te leiden welke regelgeving de beste oplossing biedt voor je situatie.

Via deze beslissingsboom kan je zelf uitzoeken welke mogelijkheden er bestaan voor je eigen situatie, of kan je nagaan of de medische kosten terugbetaald zullen worden door je ziekenfonds, indien je naar het buitenland vertrekt voor medische verzorging. Deze beslissingsboom kan je helpen bepalen welke regelgeving voor je situatie geldt. Neem echter steeds contact met je ziekenfonds voor een gedetailleerd advies en een bevestiging van je conclusies die je hebt bekomen dmv deze vragenlijst.

#### Vier belangrijke preciseringen:

- De beslissingsboom is enkel van nut voor personen die sociale bijdragen betalen in België en de dekking genieten van de Belgische ziekte- en invaliditeitsverzekering.
- Bepaalde categorieën van buitenlandse verzekerden kunnen deze beslissingsboom ook gebruiken, namelijk de buitenlandse verzekerden die in België wonen en bij een Belgisch ziekenfonds zijn ingeschreven met een formulier E109 (personen ten laste die in een ander EER-lidstaat wonen dan de titularis) of E121 (gepensioneerden of invaliden). Indien het formulier E109 door Duitsland, of het formulier E121 door Zwitserland werd afgeleverd, dan moet de buitenlandse verzekerde zich toch richten tot zijn buitenlandse ziekenfonds.  
Alle andere buitenlandse verzekerden vallen ook niet onder de bevoegdheid van het Belgische ziekenfonds en contacteren best het ziekenfonds in hun land van oorsprong indien zij vragen hebben aangaande deze materie.
- De grensarbeider die in België werkt en in een ander EER-land woont, kan deze beslissingsboom enkel gebruiken, wanneer het gaat om geprogrammeerde medische verzorging in een derde land, daar de grensarbeider en zijn gezinsleden reeds een recht hebben op geneeskundige verzorging in België en in hun woonland.  
**Voorbeeld:** een grensarbeider werkt in België en woont in Nederland. Als Belgisch verzekerde geniet de grensarbeider de dekking van de Belgische ZIV. Via het formulier E106, afgeleverd door het Belgische ziekenfonds, geniet de grensarbeider in Nederland de dekking van de Nederlandse Zorgverzekering. Enkel wanneer deze grensarbeider zich in een derde land (bijvoorbeeld Duitsland) wil laten behandelen, kan hij deze beslissingsboom gebruiken.
- Deze beslissingsboom is geschreven vanuit het standpunt van personen die ingeschreven zijn in de algemene regeling van de ZIV (vb. loontrekkende). Vandaag is er nog één belangrijk verschil voor de zelfstandigen: de zelfstandige kan enkel het formulier E112 ontvangen indien het om een ziekenhuisopname gaat. Gaat het niet om een ziekenhuisopname, dan moet de zelfstandige de medische kosten zelf betalen en bij de terugkeer indienen bij het Belgische ziekenfonds voor een terugbetaling.  
Vanaf 2008 geldt de algemene regeling ook voor zelfstandigen en hun personen ten laste (opgelet: voor sommige categorieën van de regeling voor zelfstandigen geldt de algemene regeling reeds: starters, mindervaliden, invaliden en personen die recht hebben op een inkomensgarantie voor ouderen).

## De beslissingsboom

Het is belangrijk dat je bij vraag 1 begint en daarna de volgorde van de vragen strikt opvolgt.

1. **Wens je een verstrekker (geneesheer-specialist, tandarts, ...) te raadplegen, een behandeling te ondergaan of een medisch product aan te kopen in een land van de Europese Economische Ruimte of in Zwitserland?**

**Ja:** Ga naar vraag 2.

**Nee:** Ga naar vraag 45.

2. **Wens je een verstrekker (geneesheer-specialist, tandarts, ...) te raadplegen, een behandeling te ondergaan of een medisch product aan te kopen in één van de buurlanden van België?**

**Ja:** Ga naar vraag 3.

**Nee:** Ga naar vraag 40.

### A. Geprogrammeerde medische verzorging in een buurland

3. **In welk buurland wens je een verstrekker (geneesheer-specialist, tandarts, ...) te raadplegen, een behandeling te ondergaan of een medisch product aan te kopen?**

**Nederland:** Ga naar vraag 4.

**Duitsland:** Ga naar vraag 11.

**Frankrijk:** Ga naar vraag 18.

**Luxemburg:** Ga naar vraag 30.


 NEDERLAND

4. **Woon je in de Belgische provincies Limburg (postcode 3500 tot 3990) of Luik (postcode 4000 tot 4990) en wil je een geneesheer-specialist raadplegen in de Nederlandse provincies Noord-Brabant of Limburg?**

**Ja:** Indien het specialisme van de geneesheer-specialist opgenomen is in de lijst hernomen in punt 27, kan je de voordelen van het grensoverschrijdende project IZOM genieten en een formulier EMR E112+ vragen aan je Belgische ziekenfonds. Meer informatie over het project IZOM vanaf punt 24.

**Nee:** Ga naar vraag 5.

5. **Woon je in België op minder dan 15 km van de Belgisch-Nederlandse grens en wil je je laten verzorgen in een Nederlands ziekenhuis op maximum 25 km van de Belgisch-Nederlandse grens?**

**Ja:** Ga naar vraag 6.

**Nee:** Ga naar vraag 7.

6. **Moet je voor deze medische verzorging in het Nederlandse ziekenhuis gehospitaliseerd worden, dwz moet je er minstens één nacht doorbrengen?**

**Ja:** In dat geval kan je aan je ziekenfonds een formulier E112 vragen. De toekenning van dit formulier moet niet medisch verantwoord worden door een medisch verslag. Meer informatie over deze mogelijkheid vanaf punt 40.

**Nee:** Ga naar vraag 8.

7. **Gaat het om medische verzorging waarvoor je gehospitaliseerd moet worden (dwz minstens één nacht doorbrengen in het ziekenhuis)?**

**Ja:** Ga naar vraag 9.

**Nee:** Ga naar vraag 8.

8. **Gaat het om ambulante medische verzorging die je ook in België kan ondergaan of ambulante medische verzorging die je ook in België vindt, zoals een raadpleging bij een huisarts, tandarts, kinesitherapeut of een daghospitalisatie voor een kleine chirurgische ingreep of de aankoop van geneesmiddelen of andere medische producten?**

**Ja:** Het ziekenfonds zal na je terugkeer analyseren of je recht hebt op een terugbetaling van de medische kosten tegen het Belgische tarief en volgens de voorwaarden van de Belgische wetgeving. Meer informatie over deze toepassing van de Europese jurisprudentie (arresten Decker en Kohll) vind je vanaf punt 15.

**Nee:** Ga naar vraag 9.

9. **Gaat het om medische verzorging die in België niet wordt verstrekt of niet kan worden verstrekt binnen een redelijke termijn (of niet bestaat), rekening houdende met je gezondheidstoestand? Of gaat het om een medisch product dat in België niet beschikbaar is?**

**Ja:** Je kunt voor de geprogrammeerde medische verzorging de toestemming (formulier E112) aanvragen bij je ziekenfonds. De adviserend geneesheer van je ziekenfonds beslist of deze toestemming al dan niet toegekend wordt. Meer informatie over deze mogelijkheid vanaf punt 6.

**Nee:** Ga naar vraag 10.

10. **Wil je je laten verzorgen in een Nederlandse verplegingsinrichting dat minder dan 25 km van je woonplaats in België gelegen is terwijl er in België geen gelijkaardige verplegingsinrichting is dat dichterbij gelegen is?**

**Ja:** Je kunt je laten verzorgen in het Nederlandse ziekenhuis zonder dat je hiervoor toestemming moet vragen aan je ziekenfonds. De medische kosten zullen achteraf door je ziekenfonds getarifeerd en terugbetaald worden tegen het Belgische tarief en volgens de voorwaarden van de Belgische wetgeving. Meer informatie hierover vanaf punt 47.

**Nee:** De kans is groot dat je niet aan de voorwaarden voldoet om je in het kader van één van de hierboven omschreven mogelijkheden te laten behandelen in het buitenland, of om er een medisch product te kopen. Indien je toch beslist om een beroep te doen op een buitenlandse verstrekker, zal je de medische kosten zelf moeten betalen, zonder enige tussenkomst van het ziekenfonds.

11. **Woon je in de Belgische provincies Limburg (postcode 3500 tot 3990) of Luik (postcode 4000 tot 4990) en wil je een geneesheer-specialist raadplegen in de Duitse arrondissementen Bitburg, Daun of Prüm, of in de stad Aken?**
- Ja:** Indien het specialisme van de geneesheer-specialist opgenomen is in de lijst hernomen in punt 27, kan je de voordelen van het grensoverschrijdende project IZOM genieten en een formulier EMR E112+ vragen aan je Belgische ziekenfonds. Meer informatie over het project IZOM vanaf punt 24.
- Nee:** Ga naar vraag 12.
12. **Woon je in de Oostkantons (Eupen, Malmedy en Sankt-Vith) en wil je je laten verzorgen in een Duits ziekenhuis op maximum 25 km van de Belgisch-Duitse grens?**
- Ja:** Ga naar vraag 13.
- Nee:** Ga naar vraag 14.
13. **Moet je voor deze behandeling in het Duitse ziekenhuis gehospitaliseerd worden (dwz moet je er minstens één nacht doorbrengen) of wil je daar naartoe voor ambulante verzorging verleend door een geneesheer-specialist in neuropsychiatrie, radiumtherapie, nucleaire geneeskunde of wil je er een radiologisch onderzoek met de scanner ondergaan?**
- Ja:** In dat geval kan je aan je ziekenfonds een formulier E112 vragen. De toekenning van dit formulier moet niet medisch verantwoord worden door een medisch verslag. Meer informatie over deze mogelijkheid vanaf punt 40.
- Nee:** Ga naar vraag 15.
14. **Gaat het om medische verzorging waarvoor je gehospitaliseerd moet worden (dwz minstens één nacht doorbrengen in het ziekenhuis)?**
- Ja:** Ga naar vraag 16.
- Nee:** Ga naar vraag 15.
15. **Gaat het om ambulante medische verzorging die je ook in België kan ondergaan of ambulante verzorging die je ook in België vindt, zoals een raadpleging bij een huisarts, tandarts, kinesitherapeut of een daghospitalisatie voor een kleine chirurgische ingreep of de aankoop van geneesmiddelen of andere medische producten?**
- Ja:** Het ziekenfonds zal na je terugkeer analyseren of je recht hebt op een terugbetaling van de medische kosten tegen het Belgische tarief en volgens de voorwaarden van de Belgische wetgeving. Meer informatie over deze toepassing van de Europese jurisprudentie (arresten Decker en Kohl) vind je vanaf punt 15.
- Nee:** Ga naar vraag 16.
16. **Gaat het om medische verzorging die in België niet wordt verstrekt of niet kan worden verstrekt binnen een redelijke termijn (of niet bestaat), rekening houdende met je gezondheidstoestand? Of gaat het om een medisch product dat in België niet beschikbaar is?**
- Ja:** Je kunt voor de geprogrammeerde medische verzorging de toestemming (formulier E112) aanvragen bij je ziekenfonds. De adviserend geneesheer van je ziekenfonds beslist of deze toestemming al dan niet toegekend wordt. Meer informatie over deze mogelijkheid vanaf punt 6.
- Nee:** Ga naar vraag 17.
17. **Wil je je laten verzorgen in een Duitse verplegingsinrichting dat minder dan 25 km van je woonplaats in België gelegen is terwijl er in België geen gelijkaardige verplegingsinrichting is dat dichterbij gelegen is?**
- Ja:** Je kunt je laten verzorgen in het Duitse ziekenhuis zonder dat je hiervoor toestemming moet vragen aan je ziekenfonds. De medische kosten zullen achteraf door je ziekenfonds getarifeerd en terugbetaald worden tegen het Belgische tarief en volgens de voorwaarden van de Belgische wetgeving. Meer informatie hierover vanaf punt 47.
- Nee:** De kans is groot dat je niet aan de voorwaarden voldoet om je in het kader van één van de hierboven omschreven mogelijkheden te laten behandelen in het buitenland, of om er een medisch product te kopen. Indien je toch beslist om een beroep te doen op een buitenlandse verstrekker, zal je de medische kosten zelf moeten betalen, zonder enige tussenkomst van het ziekenfonds.

18. **Woon je in één van de Belgische gemeenten van de streek Thiérache, zijnde Sivry-Rance, Momignies, Chimay, Couvin, Viroinval, Cerfontaine, Froidchapelle?**
- Ja:** Ga naar vraag 19.  
**Nee:** Ga naar vraag 20.
19. **Wil je een ingreep of behandeling ondergaan of je laten verzorgen in één van de volgende Franse ziekenhuizen: Polyclinique de la Thiérache in Wignehies, Hôpital Départemental de Felleries-Liessies, Centre Hospitalier du pays d'Avesnes, Centre Hospitalier Brisset in Hirson, Hôpital du Nouvion-en-Thiérache, Centre Hospitalier de Fourmies ?**
- Ja :** Voor ambulante verzorging of voor een ziekenhuisopname kan je naar één van deze Franse ziekenhuizen gaan in het kader van het grensoverschrijdende project Transcards. Je hebt hiervoor geen voorafgaandelijke toestemming nodig van je Belgische ziekenfonds. Het volstaat dat je je SIS-kaart en je identiteitskaart laat zien aan de receptie van het Franse ziekenhuis. Meer informatie over Transcards lees je vanaf punt 33.
- Nee :** Ga naar vraag 20.
20. **Woon je in de Belgische kantons Arlon, Messancy, Bouillon, Chimay, Couvin of Gedinne, of in de administratieve arrondissementen Virton en Bastogne, of in de gemeenten Mellier, Léglise, Ebly, Juseret, Witry en Anlier en wil je laten verzorgen in een Frans ziekenhuis op maximum 25 km van de Belgisch-Franse grens?**
- Ja:** Ga naar vraag 22.  
**Nee:** Ga naar vraag 21.
21. **Woon je in België op minder dan 15 km van de Belgisch-Franse grens en wil je laten verzorgen in een Frans ziekenhuis op maximum 25 km van de Belgisch-Franse grens?**
- Ja:** Ga naar vraag 23.  
**Nee:** Ga naar vraag 24.
22. **Wil je naar het Franse ziekenhuis voor ambulante verzorging verleend door een geneesheer-specialist in neuropsychiatrie, radiumtherapie, nucleaire geneeskunde of wil je er een radiologisch onderzoek met de scanner ondergaan?**
- Ja:** In dat geval kan je aan je ziekenfonds een formulier E112 vragen. De toekenning van dit formulier moet niet medisch verantwoord worden door een medisch verslag. Meer informatie over deze mogelijkheid vanaf punt 40.
- Nee:** Ga naar vraag 23.
23. **Moet je voor deze medische verzorging in het Franse ziekenhuis gehospitaliseerd worden, dwz moet je er minstens één nacht doorbrengen?**
- Ja:** In dat geval kan je aan je ziekenfonds een formulier E112 vragen. De toekenning van dit formulier moet niet medisch verantwoord worden door een medisch verslag. Meer informatie over deze mogelijkheid vanaf punt 40.
- Nee:** Ga naar vraag 25.
24. **Gaat het om medische verzorging waarvoor je gehospitaliseerd moet worden (dwz minstens één nacht doorbrengen in het ziekenhuis)?**
- Ja:** Ga naar vraag 26.  
**Nee:** Ga naar vraag 25.
25. **Gaat het om ambulante medische verzorging die je ook in België kan ondergaan of ambulante medische verzorging die je ook in België vindt, zoals een raadpleging bij een huisarts, tandarts, kinesitherapeut of een daghospitalisatie voor een kleine chirurgische ingreep of de aankoop van geneesmiddelen of andere medische producten?**
- Ja:** Het ziekenfonds zal na je terugkeer analyseren of je recht hebt op een terugbetaling van de medische kosten tegen het Belgische tarief en volgens de voorwaarden van de Belgische wetgeving. Meer informatie over deze toepassing van de Europese jurisprudentie (arresten Decker en Kohll) vind je vanaf punt 15.
- Nee:** Ga naar vraag 26.

26. **Gaat het om medische verzorging die in België niet wordt verstrekt of niet kan worden verstrekt binnen een redelijke termijn (of niet bestaat), rekening houdende met je gezondheidstoestand? Of gaat het om een medisch product dat in België niet beschikbaar is?**

**Ja:** Je kunt voor de geprogrammeerde medische verzorging de toestemming (formulier E112) aanvragen bij je ziekenfonds. De adviserend geneesheer van je ziekenfonds beslist of deze toestemming al dan niet toegekend wordt. Meer informatie over deze mogelijkheid vanaf punt 6.

**Nee:** Ga naar vraag 27.

27. **Wil je je laten verzorgen in een Frans verplegingsinrichting dat minder dan 25 km van je woonplaats in België gelegen is terwijl er in België geen gelijkaardige verplegingsinrichting is dat dichterbij gelegen is?**

**Ja:** Je kunt je laten verzorgen in het Franse ziekenhuis zonder dat je hiervoor toestemming moet vragen aan je ziekenfonds. De medische kosten zullen achteraf door je ziekenfonds getarifeerd en terugbetaald worden tegen het Belgische tarief en volgens de voorwaarden van de Belgische wetgeving. Meer informatie hierover vanaf punt 47.

**Nee:** Ga naar vraag 28.

28. **Woon je in de Belgische kantons Bouillon, Chimay, Couvin, Florenville, Gedinne of Virton, en wil je laten verzorgen in Frankrijk op minder dan 50 km van je woonplaats?**

**Ja:** Ga naar vraag 29.

**Nee:** De kans is groot dat je niet aan de voorwaarden voldoet om je in het kader van één van de hierboven omschreven mogelijkheden te laten behandelen in het buitenland, of om er een medisch product te kopen. Indien je toch beslist om een beroep te doen op een buitenlandse verstrekker, zal je de medische kosten zelf moeten betalen, zonder enige tussenkomst van het ziekenfonds.

29. **Gaat het om gespecialiseerde geneeskunde, verloskunde, ziekenhuisverpleging, tandheelkundige hulp of farmaceutische verstrekkingen?**

**Ja:** Je kunt je laten verzorgen in het Franse ziekenhuis zonder dat je hiervoor toestemming moet vragen aan je ziekenfonds. De medische kosten zullen achteraf door je ziekenfonds getarifeerd en terugbetaald worden tegen het Belgische tarief en volgens de voorwaarden van de Belgische wetgeving. Meer informatie hierover vanaf punt 47.

**Nee:** De kans is groot dat je niet aan de voorwaarden voldoet om je in het kader van één van de hierboven omschreven mogelijkheden te laten behandelen in het buitenland, of om er een medisch product te kopen. Indien je toch beslist om een beroep te doen op een buitenlandse verstrekker, zal je de medische kosten zelf moeten betalen, zonder enige tussenkomst van het ziekenfonds.

**LUXEMBURG**

30. **Woon je in de Belgische kantons Arlon en Messancy of in de administratieve arrondissementen Virton of Bastogne of in de gemeenten Mellier, Léglise, Ebly, Juseret, Witry of Anlier en wil je laten verzorgen in een Luxemburgs ziekenhuis op maximum 25 km van de Belgisch-Luxemburgse grens?**
- Ja:** Ga naar vraag 32.  
**Nee:** Ga naar vraag 31.
31. **Woon je in België op minder dan 15 km van de Belgisch-Luxemburgse grens en wil je laten verzorgen in een Luxemburgs ziekenhuis op maximum 25 km van de Belgisch-Luxemburgse grens?**
- Ja:** Ga naar vraag 33.  
**Nee:** Ga naar vraag 34.
32. **Wil je naar het Luxemburgse ziekenhuis voor ambulante medische verzorging verleend door een geneesheer-specialist in neuropsychiatrie, radiumtherapie, nucleaire geneeskunde of wil je er een radiologisch onderzoek met de scanner ondergaan?**
- Ja:** In dat geval kan je aan je ziekenfonds een formulier E112 vragen. De toekenning van dit formulier moet niet medisch verantwoord worden door een medisch verslag. Meer informatie over deze mogelijkheid vanaf punt 40.
- Nee:** Ga naar vraag 33.
33. **Moet je voor deze medische verzorging in het Luxemburgse ziekenhuis gehospitaliseerd worden, dwz moet je er minstens één nacht doorbrengen?**
- Ja:** In dat geval kan je aan je ziekenfonds een formulier E112 vragen. De toekenning van dit formulier moet niet medisch verantwoord worden door een medisch verslag. Meer informatie over deze mogelijkheid vanaf punt 40.
- Nee:** Ga naar vraag 35.
34. **Gaat het om medische verzorging waarvoor je gehospitaliseerd moet worden (dwz minstens één nacht doorbrengen in het ziekenhuis)?**
- Ja:** Ga naar vraag 36.  
**Nee:** Ga naar vraag 35.
35. **Gaat het om ambulante medische verzorging die je ook in België kan ondergaan of ambulante verzorging die je ook in België vindt, zoals een raadpleging bij een huisarts, tandarts, kinesitherapeut of een daghospitalisatie voor een kleine chirurgische ingreep of de aankoop van geneesmiddelen of andere medische producten?**
- Ja:** Het ziekenfonds zal na je terugkeer analyseren of je recht hebt op een terugbetaling van de medische kosten tegen het Belgische tarief en volgens de voorwaarden van de Belgische wetgeving. Meer informatie over deze toepassing van de Europese jurisprudentie (arresten Decker en Kohl) vind je vanaf punt 15.
- Nee:** Ga naar vraag 36.
36. **Gaat het om medische verzorging die in België niet wordt verstrekt of niet kan worden verstrekt binnen een redelijke termijn (of niet bestaat), rekening houdende met je gezondheidstoestand? Of gaat het om een medisch product dat in België niet beschikbaar is?**
- Ja:** Je kunt voor de geprogrammeerde medische verzorging de toestemming (formulier E112) aanvragen bij je ziekenfonds. De adviserend geneesheer van je ziekenfonds beslist of deze toestemming al dan niet toegekend wordt. Meer informatie over deze mogelijkheid vanaf punt 6.
- Nee:** Ga naar vraag 37.

**37. Wil je je laten verzorgen in een Luxemburgse verplegingsinrichting dat minder dan 25 km van je woonplaats in België gelegen is terwijl er in België geen gelijkaardige verplegingsinrichting is dat dichterbij gelegen is?**

**Ja:** Je kunt je laten verzorgen in het Luxemburgse ziekenhuis zonder dat je hiervoor toestemming moet vragen aan je ziekenfonds. De medische kosten zullen achteraf door je ziekenfonds getarifeerd en terugbetaald worden tegen het Belgische tarief en volgens de voorwaarden van de Belgische wetgeving. Meer informatie hierover vanaf punt 47.

**Nee:** Ga naar vraag 38.

**38. Woon je in de Belgische kantons Arlon of Messancy of in de administratieve arrondissementen Virton of Bastogne of in de gemeenten Mellier, Léglise, Ebly, Juseret, Witry of Anlier en wil je je in Luxemburg laten verzorgen?**

**Ja:** Ga naar vraag 39.

**Nee:** De kans is groot dat je niet aan de voorwaarden voldoet om je in het kader van één van de hierboven omschreven mogelijkheden te laten behandelen in het buitenland, of om er een medisch product te kopen. Indien je toch beslist om een beroep te doen op een buitenlandse verstrekker, zal je de medische kosten zeer waarschijnlijk zelf moeten betalen, zonder enige tussenkomst van het ziekenfonds.

**39. Gaat het om gespecialiseerde geneeskunde, verloskunde, ziekenhuisverpleging, tandheelkundige hulp of farmaceutische verstrekkingen?**

**Ja:** Je kunt je laten verzorgen in het Luxemburgse ziekenhuis zonder dat je hiervoor toestemming moet vragen aan je ziekenfonds. De medische kosten zullen achteraf door je ziekenfonds getarifeerd en terugbetaald worden tegen het Belgische tarief en volgens de voorwaarden van de Belgische wetgeving. Meer informatie hierover vanaf punt 47.

**Nee:** De kans is groot dat je niet aan de voorwaarden voldoet om je in het kader van één van de hierboven omschreven mogelijkheden te laten behandelen in het buitenland, of om er een medisch product te kopen. Indien je toch beslist om een beroep te doen op een buitenlandse verstrekker, zal je de medische kosten zelf moeten betalen, zonder enige tussenkomst van het ziekenfonds.

## B. Geprogrammeerde medische verzorging in Zwitserland of in een lidstaat van de EER, met uitzondering van Nederland, Duitsland, Frankrijk, Luxemburg

40. Wil je voor de geprogrammeerde medische verzorging naar Denemarken, IJsland, Noorwegen, Liechtenstein of Zwitserland reizen?

**Ja:** Ga naar vraag 41.

**Nee:** Ga naar vraag 42.

41. Om geprogrammeerde medische verzorging te genieten in één van deze 5 landen door toepassing van de Europese regelgeving, moet je aan de nationaliteitsvoorwaarde beantwoorden. Heb je voor het betrokken land de gevraagde nationaliteit (indien je persoon ten laste bent, moet je naar de nationaliteit van de titularis kijken)?

Denemarken: nationaliteit van een EER-lidstaat of de Zwitserse nationaliteit

Noorwegen, IJsland, Liechtenstein: nationaliteit van een EER-lidstaat

Zwitserland: nationaliteit van een EU-lidstaat (met uitzondering van de Bulgaarse en Roemeense nationaliteit) of de Zwitserse nationaliteit

**Ja:** Ga naar vraag 42.

**Nee:** Ga naar vraag 45.

42. Gaat het om medische verzorging waarvoor je gehospitaliseerd moet worden (dwz minstens één nacht doorbrengen in het ziekenhuis)?

**Ja:** Ga naar vraag 44.

**Nee:** Ga naar vraag 43.

43. Gaat het om ambulante medische verzorging die je ook in België kan ondergaan of ambulante medische verzorging die je ook in België vindt, zoals een raadpleging bij een huisarts, tandarts, kinesitherapeut of een daghospitalisatie voor een kleine chirurgische ingreep of de aankoop van geneesmiddelen of andere medische producten?

**Ja:** Dan zal je waarschijnlijk recht hebben op een terugbetaling van de medische kosten tegen het Belgische tarief en volgens de voorwaarden van de Belgische wetgeving. Opgelet: deze mogelijkheid geldt niet indien het land van behandeling of verzorging Zwitserland is. Meer informatie over deze toepassing van de Europese jurisprudentie (arresten Decker en Kohll) vind je vanaf punt 15.

**Nee:** Ga naar vraag 44.

44. Gaat het om medische verzorging die in België niet wordt verstrekt of niet kan worden verstrekt binnen een redelijke termijn (of niet bestaat), rekening houdende met je gezondheidstoestand? Of gaat het om een medisch product dat in België niet beschikbaar is?

**Ja:** Je kunt hiervoor eventueel de toestemming bekomen van je ziekenfonds en een formulier E112 ontvangen, op voorwaarde dat je een gemotiveerde aanvraag met een medisch verslag indient bij je ziekenfonds. De adviserend geneesheer van je ziekenfonds beslist of deze toestemming al dan niet toegekend wordt. Meer informatie over deze mogelijkheid vanaf punt 6.

**Nee:** De kans is groot dat je niet aan de voorwaarden voldoet om je in het kader van één van de hierboven omschreven mogelijkheden te laten behandelen in het buitenland, of om er een medisch product te kopen. Indien je toch beslist om een beroep te doen op een buitenlandse verstrekker, zal je de medische kosten zeer zelf moeten betalen, zonder enige tussenkomst van het ziekenfonds.

### C. Geprogrammeerde medische verzorging in een ander land dan Zwitserland of een lidstaat van de EER

#### 45. Wil je voor geprogrammeerde medische verzorging naar één van de volgende landen reizen: Turkije, Marokko, Tunesië, Algerije, Kroatië, Servië, Macedonië, Bosnië-Herzegovina, Montenegro?

**Ja:** De bilaterale verdragen met Turkije, Algerije en de republieken van ex-Joegoslavië voorzien niet in de mogelijkheid om naar deze landen te reizen voor geprogrammeerde medische verzorging. Marokko en Tunesië maken geen onderscheid tussen dringende en niet-dringende verzorging wat betekent dat eventuele geprogrammeerde medische verzorging in deze landen wel terugbetaald wordt, en dit zonder daarvoor voorafgaandelijk het akkoord van de adviserend geneesheer van het Belgische ziekenfonds te hebben. Voor Tunesië kan je hiervoor het formulier tijdelijk verblijf BTUN11 gebruiken. Voor Marokko bestaat er geen formulier maar worden de facturen van de medische kosten getarifeerd en terugbetaald volgens het Belgische tarief en volgens de Belgische wetgeving. Meer hierover vanaf punt 53.

**Nee:** Ga naar vraag 46.

#### 46. Gaat het om medische verzorging waarvoor je gehospitaliseerd moet worden (dwz minstens één nacht doorbrengen in het ziekenhuis)?

**Ja:** Ga naar vraag 47.

**Nee:** Wanneer het gaat om geprogrammeerde medische verzorging in een land waar geen verdrag van toepassing is inzake de ZIV, dan voorziet de Belgische wetgever enkel in een terugbetaling wanneer het om een ziekenhuisopname gaat. Betreft het ambulante verzorging of een ambulante behandeling en je beslist toch om te vertrekken, dan zal het Belgische ziekenfonds je deze medische kosten niet terugbetalen en zal je alles zelf moeten dragen. Meer informatie hierover vanaf punt 57.

#### 47. Vereist het herstel van je gezondheid een ziekenhuisopname in een buitenlands ziekenhuis voor medische verzorging die onder gunstigere voorwaarden kan gebeuren in dat buitenlandse ziekenhuis dan in België?

**Ja:** Voor je naar het buitenland vertrekt, moet je voor deze geprogrammeerde medische verzorging de toestemming van de adviserend geneesheer vragen en krijgen dmv een schriftelijke aanvraag, bij voorkeur gemotiveerd met een medisch verslag. De adviserend geneesheer zal op basis van deze gegevens al dan niet de toestemming verlenen voor deze behandeling. Indien de toestemming wordt verleend, worden de medische kosten na je terugkeer getarifeerd en terugbetaald door je ziekenfonds volgens het Belgische tarief en de Belgische wetgeving. Meer hierover vanaf punt 57.

**Nee:** De kans is groot dat je niet aan de voorwaarden voldoet om je te laten behandelen in het buitenland. Indien je toch beslist om een beroep te doen op de buitenlandse verstrekker, zal je de medische kosten zelf moeten betalen, zonder enige tussenkomst van het ziekenfonds.

## Lijst van gebruikte afkortingen

**BSF:** Bijzondere solidariteitsfonds

**EER:** Europese Economische Ruimte (lijst van lidstaten in punt 2)

**EU:** Europese Unie (lijst van lidstaten in punt 1)

**EZVK:** Europese ziekteverzekeringskaart

**IZOM:** Integratie Zorg Op Maat

**RIZIV:** Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

**ZIV:** Ziekte- en invaliditeitsverzekering

## Geprogrammeerde medische verzorging in het buitenland

Een praktische handleiding voor Belgische  
verzekerden die voor geprogrammeerde  
medische verzorging naar het buitenland  
reizen



**Onafhankelijke**  
**Ziekenfondsen**

Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Sint-Huibrechtsstraat 19 • 1150 Brussel  
Tel +32 (0)2 778 92 11 • Fax +32 (0)2 778 94 00  
[www.mloz.be](http://www.mloz.be) • [info@mloz.be](mailto:info@mloz.be)