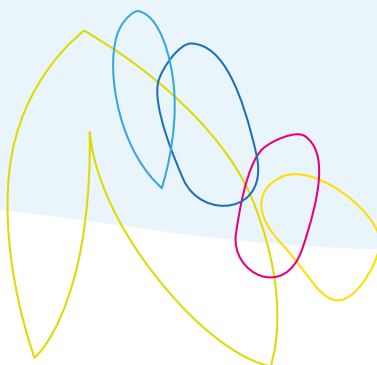


FOCUS
INFORMATIE VOOR PROFESSIONALS

Update septembre 2025

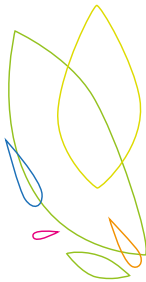
Financiële toegankelijkheid van zorg: verplichte ziekte- verzekering





Deze Focus is bestemd voor de Brusselse zorg- en socialehulpverleners die mensen met **psychische stoornissen** of mentale aandoeningen begeleiden.

De Focus verstrekt **objectieve en concrete informatie over de bestaande regelingen voor bijstand en over terugbetalingen in Brussel**. Brusselse zorg- en socialehulpverleners vinden hier de praktische informatie die ze nodig hebben om de betrokkenen en hun omgeving te ondersteunen.



Deze Focus gaat uitsluitend over voorzieningen die de financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg bevorderen voor personen die zijn ingeschreven in het Rijksregister of met een bijzondere situatie.

Deze Focus zal worden aangevuld met een specifieke Focus over de toegang tot gezondheidszorg voor mensen die niet in aanmerking komen voor de verplichte verzekering (EU-onderdanen, mensen die internationale bescherming of asiel aanvragen, mensen zonder wettelijk verblijf enz.).

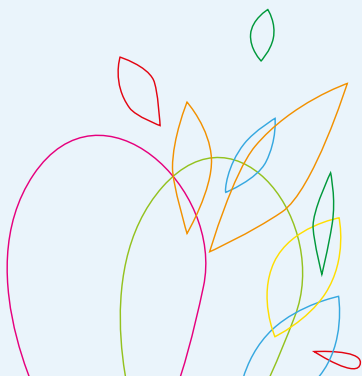
Voor vragen daarover kan je contact opnemen met vzw Medimmigrant:

02 274 14 33 – 0800 14 960

info@medimmigrant.be



INHOUD



1. CONTEXTELEMENTEN	<i>p 6</i>
FINANCIËLE TOEGANKELIJKHEID: EEN BEPALENDE FACTOR VAN DE GEZONDHEID	<i>p 6</i>
ALGEMENE KENMERKEN VAN VOORZIENINGEN DIE STREVEN NAAR EEN BETERE FINANCIËLE TOEGANKELIJKHEID	<i>p 7</i>
2. OVERZICHT	<i>p 8</i>
3. IN DETAIL	<i>p 9</i>
VERPLICHTE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING EN UITKERINGEN (VERPLICHTE ZIEKTEVERZEKERING)	<i>p 9</i>
Veranderen van ziekenfonds	<i>p 11</i>
Remgeld	<i>p 12</i>
Derdebetalersregeling	<i>p 12</i>
De verhoogde tegemoetkoming	<i>p 13</i>
De maximumfactuur	<i>p 13</i>
Andere maatregelen	<i>p 14</i>
Zorgtrajecten, statuut en forfait voor chronische aandoeningen	<i>p 15</i>
Uitzonderlijke maatregelen via het Bijzonder Solidariteitsfonds	<i>p 15</i>
VERPLICHTE AANVULLENDE ZIEKTEVERZEKERING	<i>p 15</i>
Lichaamsbeweging	<i>p 19</i>
Screening en preventie	<i>p 20</i>
Diabetes	<i>p 22</i>
Diëtetiek	<i>p 24</i>
Zwangerschap en geboorte	<i>p 25</i>
Alternatieve geneeswijzen	<i>p 27</i>
Optische hulpmiddelen	<i>p 28</i>
Seksuele en reproductieve gezondheid	<i>p 30</i>
Stoppen met roken	<i>p 31</i>
Tandverzorging	<i>p 32</i>
Voetverzorging	<i>p 34</i>
Psychologische ondersteuning	<i>p 35</i>
Ziekenvervoer	<i>p 36</i>
Vaccinatie en allergieën	<i>p 40</i>
FACULTATIEVE AANVULLENDE ZIEKTEVERZEKERINGEN	<i>p 41</i>
4. MEER INFORMATIE	<i>p 44</i>

1. CONTEXTELEMENTEN

FINANCIËLE TOEGANKELIJKHEID: EEN BEPALENDE FACTOR VAN DE GEZONDHEID

De gezondheidstoestand¹ van een bevolkingsgroep wordt beïnvloed door sociale gezondheids-determinanten en wordt gekenmerkt door een zogenaamde sociale gradiënt, die de sociale ongelijkheden in de gezondheid illustreert. Concreet: hoe lager op de sociale ladder, hoe groter het risico op een slechtere gezondheid.

In het bijzonder is het **gezondheidssysteem een bepalende factor** met een unieke plaats, omdat het sociale ongelijkheden in gezondheid helpt te verminderen door ziekten te voorkomen en individuen te verzorgen. De hele bevolking moet gelijke toegang hebben tot de gezondheidsdiensten en -zorg waaruit het gezondheidssysteem bestaat. Maar ook hier zien we een duidelijke sociale gradiënt: **hoe lager iemands sociaal-economisch niveau, hoe groter het risico dat zij zorg zullen uitstellen of geen beroep zullen doen op de beschikbare diensten**². Ze zijn ook meer blootgesteld aan het risico op catastrofale gezondheidsuitgaven³, waardoor hun verarming nog verder in de hand wordt gewerkt.

Ter illustratie: “38% van de Brusselse huishoudens⁴ die aangaven moeilijk rond te komen zegt dat ze zich gezondheidszorgen hebben ontzegd of ze hebben uitgesteld om financiële redenen, tegenover 11% van de gezinnen die gemiddeld rondkomen en slechts 4% bij de huishoudens die aangeven gemakkelijk rond te komen”⁵.

Het Belgisch systeem verandert voortdurend en streeft ernaar iedereen te laten genieten van kwaliteitsvolle gezondheidszorg tegen redelijke tarieven, via de aansluiting bij een verzekeringsinstelling. Het doel van deze voorzieningen is het bestrijden van deze sociale ongelijkheden in gezondheid. Door de gezondheidsuitgaven die mensen oplopen te beperken, streven ze naar een **betere financiële toegankelijkheid** tot gezondheidsdiensten en -zorg voor de hele bevolking.

¹ De gezondheidstoestand verwijst naar de definitie van gezondheid van de WGO: “Een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet louter het ontbreken van ziekten of gebreken”.

² Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. Iedereen even gezond in Brussel? Recente cijfers en kaarten over sociale ongelijkheden in gezondheid. Gemeenschappelijke gemeenschapscommissie, Brussel, 2019.

³ Catastrofale gezondheidsuitgaven: Wanneer de directe uitgaven van een gezin een vooraf gedefinieerd deel van het gezondheidsbudget overschrijden en het niet langer in zijn andere basisbehoeften kan voorzien.

⁴ Dit gegeven houdt op zijn minst rekening met dit fenomeen, aangezien het enkel mensen betreft die gedekt zijn door de verplichte ziekteverzekering van het RIZIV, waardoor mensen die asiel zoeken en mensen zonder papieren, van wie de middelen meestal zeer schaars zijn, zijn uitgesloten.

⁵ Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2022). Welzijnsbarometer 2021. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

ALGEMENE KENMERKEN VAN VOORZIENINGEN DIE STREVEN NAAR EEN BETERE FINANCIËLE TOEGANKELIJKHEID

De bestaande voorzieningen zijn opgezet via **diverse organisaties die afzonderlijk of samen tussenkomen**:

- Afhankelijk van **het verblijfsstatuut van personen** en hun **sociaal-economische situatie**
- Voor **bepaalde zorg en diensten** die per organisatie verschillen
- Die **de volledige of een deel van de kosten** van die zorg en diensten op zich nemen, afhankelijk van de organisatie.

Door het feit dat verschillende organisaties met hun eigen voorzieningen tussenkomen, heeft onze gezondheidszorg een vrij complexe organisatievorm. Deze Focus wil daarom **duidelijke en praktische informatie geven aan professionals**, die zij vervolgens kunnen doorgeven aan **hun begunstigten**. Als ze goed op de hoogte zijn van hun rechten, kunnen ze die **doen gelden** omdat ze weten tot welke organisaties ze zich moeten richten, waarvoor en hoe.

2. OVERZICHT

Verblijfsstatuut van personen	Personen ingeschreven in het Rijksregister, ofwel: • Belgen ingeschreven in het bevolkingsregister • Vreemdelingen ingeschreven in het bevolkingsregister met een duurzaam verblijfsrecht • Vreemdelingen ingeschreven in het vreemdelingenregister met een onbeperkt verblijfsrecht • Vreemdelingen ingeschreven in het vreemdelingenregister met een tijdelijk verblijfsrecht en bepaalde vreemdelingen ingeschreven in het Wachtregister met bijzondere situaties, zoals de NBMV.		
Systemen	Belgische sociale zekerheid	Zieken-fondsen	Ziekenfondsen en/of privéverzekeringen
Mechanismen	Verplichte ziekteverzekering	Verplichte aanvullende verzekering	Facultatieve aanvullende verzekering
Financierings-organisaties	RIZIV		
Beheersorganen	Verzekeringsinstellingen: ziekenfondsen, HZIV en Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail	Ziekenfondsen	Ziekenfondsen en/of privéverzekeringen
Toegangs-voorwaarden	• Ziekenfondsen: verplichte bijdrage • HZIV: gratis of eventuele bijdrage in bepaalde gevallen • Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail: automatische aansluiting voor statutaire medewerkers	Aansluiting bij een ziekenfonds en bijdrage betaald	Aansluiting bij een ziekenfonds en bijdrage betaald (voor de aanvullende verzekering) EN/OF Afsluiting van een privéverzekering en jaarlijkse premie betaald (voor de facultatieve aanvullende verzekeringen)

3. IN DETAIL

Het meest voorkomende verblijfsstatuut in België en Brussel wordt toegekend aan **personen die zijn ingeschreven in het Rijksregister**, ofwel omdat ze:

- **Belgen** zijn en ingeschreven zijn in het bevolkingsregister.
- **Vreemdelingen** zijn en ingeschreven zijn in het bevolkingsregister met een **duurzaam verblijfsrecht**.
- **Vreemdelingen** zijn en ingeschreven zijn in het vreemdelingenregister met een **onbeperkt verblijfsrecht**.
- **Vreemdelingen** zijn en ingeschreven zijn in het vreemdelingenregister met een **tijdelijk verblijfsrecht**.

Dit statuut kan onder bepaalde voorwaarden ook worden toegekend aan personen die niet zijn ingeschreven in het Rijksregister, maar die zijn ingeschreven in het Wachregister en over een bewijs van inschrijving beschikken. Dat is bijvoorbeeld het geval voor niet-begeleide minderjarige vreemdelingen (NBMV).

Personen met dit statuut hebben in principe toegang tot het Belgische socialezekerheidsstelsel, inclusief de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (verplichte ziekteverzekering).

De aansluiting bij de verplichte ziekteverzekering wordt over het algemeen aangevuld met een aanvullende verzekering, automatisch via een aansluiting bij het ziekenfonds of facultatief via een privéverzekering in geval van aansluiting bij de HZIV of de kas der geneeskundige verzorging van HR Rail.

VERPLICHTE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING EN UITKERINGEN (VERPLICHTE ZIEKTEVERZEKERING)

De verplichte ziekteverzekering wordt

gefinancierd door het **Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)** dat elk jaar een budget geeft aan **verzekeringsinstellingen**. Die hebben onder meer als taak de ziektekosten van hun aangesloten en dekken⁶.

De aansluiting bij een van de verzekeringsinstellingen is verplicht om te kunnen genieten van de verplichte ziekteverzekering en aanvullende verzekering.

Er zijn 7 verzekeringsinstellingen in België:

- **De 5 ziekenfondsen:**
 - » De Landsbond der Christelijke Mutualiteiten
 - » De Landsbond van Liberale Mutualiteiten
 - » De Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
 - » De Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen
 - » Het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten
- **De Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV)**
 - » Aansluiting bij de HZIV is kosteloos maar:
 - » De terugbetalingen hebben alleen betrekking op de verplichte verzekering (via het RIZIV).
 - » In tegenstelling tot de ziekenfondsen biedt de HZIV geen aanvullende verzekering aan.

• **De Kas der Geneeskundige Verzorging van HR Rail** - verplicht en uitsluitend voorbehouden aan statutaire medewerkers van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen (NMBS).

Zowel voor de verplichte ziekteverzekering als voor de verplichte aanvullende verzekering (ziekenfondsen) zijn er **twee categorieën van aangesloten en**:

- de titularissen,
- de personen ten laste (samenwonend en/of band van verwantschap met de titularis).

⁶ Verzekeringsinstellingen komen ook op andere niveaus tussenbeide, zoals de betaling van de uitkeringen in geval van invaliditeit. De andere niveaus worden niet in deze Focus beschreven. Ga naar de volgende pagina voor meer informatie: Ziekenfondsen | RIZIV

De voorwaarden voor de toegang tot verzekeringsinstellingen verschillen per verzekeringsinstelling en zijn afhankelijk van het statuut (titularis of persoon ten laste).



Procedure om te genieten van de verplichte ziekteverzekering

De begunstigde kan zich aansluiten bij een verzekeringsinstelling door rechtstreeks naar de website van de instelling van zijn keuze of naar een van de kantoren ervan te gaan.

ZIEKEN-FONDSEN	BIJDRAGE VOOR DE VERPLICHTE AANVULLENDE VERZEKERING ⁷ (PER MAAND EN PER GERECHTIGDE)	POSTADRES (HOOFD-KANTOOR)	TELEFOON (CENTRAAL)	WEBSITE
134 Christelijke Mutualiteit	€ 15	Anspachlaan 111-115 1000 BRUSSEL	02 501 58 58 0800 10 987	www.mc.be
228 Mutualia	€ 11,40	Brand Whitlocklaan 87-93 bus 4 1200 BRUSSEL	02 733 97 40	www.mutualia.be
306 Solidaris Brabant	€ 8,30	Zuidstraat 111 1000 BRUSSEL	02 506 96 11	www.solidaris-brabant.be
403 LM Mutplus.be	€ 9,50	Koninginneplein 51-52 1030 BRUSSEL	02 209 48 11	www.mutplus.be
509 Partenamut	€ 14	Louis Mettwielaan 74-76 1080 BRUSSEL	02 444 41 11	www.partenamut.be
526 Helan	€ 10,30	Sluisweg 2 bus 1 9000 GENT	02 218 22 22	www.helan.be
602 HZIV	€ 0	Troonstraat 30B 1000 BRUSSEL	02 229 34 80	www.HZIV.be
910 RailCare	€ 0	Frankrijkstraat 89 1070 BRUSSEL	0800 95 482	www.hr-railcare.be

⁷ De verplichte aanvullende verzekering moet worden onderscheiden van de verplichte verzekering, die wordt beheerd door het RIZIV en een groot deel van de medische kosten terugbetaalt: voor werknemers wordt de bijdrage rechtstreeks ingehouden op het brutoloon via de sociale bijdragen die aan de RSZ (Rijksdienst voor Sociale Zekerheid) worden betaald.

De verschillende verzekeringsinstellingen bieden allemaal een identieke dekking voor geneeskundige verstrekkingen (verplichte ziekteverzekering).

Dit zijn de categorieën van de geneeskundige verstrekkingen waarvoor de ziekteverzekering een tegemoetkoming verleent:

- de bezoeken en raadplegingen van **huisartsen** en **artsen-specialisten**,
- de verzorging door **kinesitherapeuten**,
- de verzorging door **verpleegkundigen** en diensten voor thuisverpleging,
- de **tandverzorging**,
- de **verlossingen**,
- de **prothesen, rolstoelen, verbanden en implantaten**,
- de **ziekenhuisverpleging**,
- de verzorging in **rustoorden** voor bejaarden
- de **revalidatiezorg**,
- **geneesmiddelen** (magistrale bereidingen, farmaceutische specialiteiten en generische geneesmiddelen).

Alle geneeskundige verstrekkingen die worden terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering staan vermeld in de nomenclatuur die is opgesteld door het RIZIV. De databank Nomensoft bevat: het bedrag dat aan de zorgverlener wordt betaald (het honorarium), het bedrag van de tegemoetkoming door de verzekeringsinstelling en het remgeld ten laste van de patiënt.

Veranderen van ziekenfonds

In België ben je vrij om van ziekenfonds te veranderen. Het is belangrijk om een nieuw

ziekenfonds te kiezen dat voldoet aan de specifieke behoeften van de persoon.

Enkele aandachtspunten:

- Sommige ziekenfondsen leggen praktische voorwaarden op (bijvoorbeeld meer dan 12 maanden aangesloten zijn voordat iemand van ziekenfonds mag veranderen), maar ook toelatingsvoorwaarden, met name als de persoon een aanzienlijke medische voorgeschiedenis of chronische ziekten heeft.
- Over het algemeen is het mogelijk om van ziekenfonds te veranderen bij het begin van elk kalenderkwartaal (1 januari, 1 april, 1 juli, 1 oktober). Het kan enkele weken duren voordat de nieuwe aansluiting van kracht wordt, dus het is best om de aanvraag zo snel mogelijk in te dienen.
- Bij verandering van ziekenfonds behoudt de aangeslotene zijn rechten en geniet hij direct van de voordelen van zijn nieuwe ziekenfonds, indien hij in orde is met zijn oude ziekenfonds. Als het ziekenfonds toch een wachttermijn oplegt, geniet het aangesloten lid van de rechten van zijn ziekenfonds zolang hij niet gedekt is door zijn nieuwe ziekenfonds.



Procedure om van ziekenfonds te veranderen

1. Dien het verzoek in bij het nieuwe ziekenfonds via de website of in een kantoor.
2. Zeg het oude ziekenfonds op.

Remgeld

De verzekeringsinstelling betaalt **de volledige of een deel van de kosten**. Bij een gedeeltelijke tussenkomst betaalt de persoon de rest zelf (het zogenaamde 'remgeld').

Twee betalingsmogelijkheden voor medische zorgen:

- Ofwel betaalt de persoon de volledige kosten en krijgt hij de terugbetaling van de verzekeringsinstelling
- Ofwel betaalt de persoon alleen het remgeld (als de derdebetalersregeling van toepassing is).

Derdebetalersregeling

Dankzij de **derdebetalersregeling** betaal je alleen je persoonlijk deel van de medische kosten (het remgeld en eventuele ereloon-supplementen).

Sinds 1 januari 2022 kunnen alle zorgverleners (huisarts, tandarts, kinesitherapeut, logopedist enz.) de derdebetalersregeling toepassen voor al hun patiënten en voor alle geneeskundige verstrekkingen. De zorgverlener is niet verplicht om dit toe te passen, behalve in bepaalde gevallen. Zo is de derde betalersregeling verplicht:

- Voor huisartsen wanneer de patiënt geniet van een verhoogde tegemoetkoming van de ziekteverzekering (maar dit is niet verplicht voor huisbezoeken)
- Voor bepaalde verstrekkingen van tandartsen (met name moeilijke tandherstellingen bij kankerpatiënten)
- Voor bandagisten voor stomamateriaal

De derdebetalersregeling is verplicht voor de hierboven vermelde situaties. In alle andere gevallen is het de keuze van de zorgverlener zelf om het systeem al dan niet toe te passen, het is niet verplicht.



Procedure voor het toepassen van de derdebetalersregeling

1. *Controleer de identiteit van de begunstigde door voorlegging van het document. Voor verpleegkundigen is een elektronische controle van het identiteitsbewijs vereist.*
2. *Controleer of de persoon verzekerd is door de verzekeraar te raadplegen op MyCareNet of, voor huisartsen, de tarieven op MyCareNet*
3. *Factureer elektronisch via MyCareNet of op papier, volgens de beroepsspecifieke regeling.*

Bij elektronische facturatie via het MyCareNet-netwerk betaalt het ziekenfonds de zorgverlener binnen de 2 weken. Als de facturatie op papier en magnetische drager gebeurt, betaalt het ziekenfonds binnen de 2 maanden volgend op het einde van de maand waarin de factuur werd verzonden.

Dankzij de **sociale derdebetalersregeling** kunnen bepaalde categorieën van personen ook buiten de hierboven genoemde specifieke situaties genieten van de derdebetalersregeling.

Dit systeem werd ingevoerd om te voorkomen dat zorg wordt uitgesteld en te garanderen dat iedereen toegang tot zorg heeft. De betrokken personen zijn diegenen die zich in een occasionele individuele financiële noodsituatie bevinden, de begunstigden van een verhoogde tegemoetkoming enz.

De verhoogde tegemoetkoming

Dankzij de verhoogde tegemoetkoming (BVT-statuu) is het bedrag van het remgeld na tussenkomst van de verplichte ziekteverzekering lager. Het BVT-statuu wordt toegekend na een onderzoek van het inkomen op basis van het jaarlijkse bruto belastbaar inkomen (max. € 28.100,75, verhoogd met € 5.202,22 per extra persoon in het gezin – bedragen van kracht sinds februari 2025) of automatisch als bij een van de gezinsleden een specifieke indicator aanwezig is op het moment van de aanvraag: personen die gedurende 3 maanden genieten van een leefloon van het OCMW, ouderen die een inkomensgarantie ontvangen, personen die een toeslag krijgen voor een kind met een handicap van minstens 66%, niet-begeleide minderjarige vreemdelingen (NBMV) en weeskinderen die beide ouders verloren.



Procedure om te genieten van de verhoogde tegemoetkoming⁹

De verhoogde tegemoetkoming wordt automatisch toegekend bij aanwezigheid van een specifieke indicator. Het kan ook worden aangevraagd en zal worden toegekend op basis van een analyse van het dossier (situatie, inkomen enz.). Vanaf 2025 zal het ziekenfonds een controle uitvoeren op het inkomen om het recht op de verhoogde tegemoetkoming toe te kennen.

De maximumfactuur

De 'maximumfactuur' (MAF) is een systeem dat werd ingevoerd om te voorkomen dat de jaarlijkse uitgaven voor geneeskundige verzorgen van een gezin een maximumbedrag zouden overschrijden: als de medische kosten (van de persoon en van zijn gezin) die betaalbaar blijven na tegemoetkoming van de verplichte ziekteverzekering in de loop van het jaar een maximumbedrag bereiken, dan betaalt de verzekeringsinstelling de kosten die daar later nog bijkomen volledig terug. Het toepasselijk plafond wordt vastgesteld in verhouding tot het netto belastbaar gezinsinkomen (de som van alle netto inkomens van alle gezinsleden) en is onderhandelbaar.

Er zijn 4 soorten MAF's: De inkomens-MAF, de sociale MAF, de MAF voor een kind jonger dan 19 jaar en de specifieke MAF voor de leden van het gezin van de aangeslotene met een statuut van persoon met een chronische aandoening.

⁸ Verhoogde tegemoetkoming: grensbedragen van de inkomsten | RIZIV. Zie [hier](#).

⁹ Verhoogde tegemoetkoming: betere vergoeding van medische kosten | RIZIV. Zie [hier](#).



Procedure om te genieten van de MAF

Het voordeel wordt automatisch toegekend, u hoeft niets te doen. Het ziekenfonds neemt alle remgelden voor zijn rekening en, wanneer het plafond wordt overschreden, worden de terugbetalingen waarop de persoon recht heeft automatisch op zijn bankrekening gestort.

Andere maatregelen

Conventionering

- Conventionering verwijst naar de vrijwillige aansluiting van een zorgverlener (arts, tandarts, kinesist, enz.) bij de officiële tarieven die zijn vastgesteld door de verplichte ziekteverzekering.
- Door een geconventioneerde zorgverlener te raadplegen, betalen patiënten alleen het remgeld, zonder honorariumsupplement.
- Zo zijn de eigen bijdragen voorspelbaar en worden ze beperkt, wat vooral belangrijk is voor mensen in een kwetsbare situatie.
- De lijsten van geconventioneerde zorgverleners zijn beschikbaar op de website van het RIZIV (of van de ziekenfondsen).

Globaal medisch dossier (GMD)

- Het GMD is een zorgcoördinatie tool die wordt geopend bij de huisarts, ongeacht leeftijd of situatie.
- Het geeft recht op een vermindering van het remgeld voor consultaties bij die arts (en soms in het kader van geïntegreerde zorg,

bijvoorbeeld voor chronische ziekten).

- Het bevordert ook een meer coherente zorgverlening, met name in een zorgtraject dat wordt gecoördineerd met andere zorgverleners.
- !!! Dit is niet hetzelfde als het gedeeld gezondheidsdossier, dat een digitaal medium is voor de uitwisseling van gegevens tussen zorginstellingen binnen het Brussels Gezondheidsnetwerk. Via dat dossier kunnen gezondheidsgegevens op een elektronische en beveiligde manier worden gedeeld tussen zorgverleners, zorginstellingen en patiënten. Een gedeeld gezondheidsdossier is gratis en is er voor iedereen. De gegevens worden bij de zorgverlener bewaard.



Zie Brussels Gezondheidsnetwerk - Delen van gezondheidsgegevens [hier](#).

Echelonnering (of doorverwijzing)

- Het systeem van echelonnering maakt het mogelijk om een betere terugbetaling te krijgen voor een gespecialiseerde consultatie, op voorwaarde dat die wordt voorafgegaan door een advies of een expliciete doorverwijzing van de huisarts.
- De regeling wil algemene geneeskunde als toegangspoort tot het zorgstelsel waarderen en zo met een gefaseerde en gecoördineerde aanpak werken.
- De regeling geldt enkel voor bepaalde specialismen en kan variëren naargelang de geldende overeenkomsten. Het moet per geval worden nagekeken.

¹⁰ Een lijst van geconventioneerde zorgverleners is beschikbaar via deze link RIZIV - Zoeken. Zie [hier](#).

Zorgtrajecten, statuut en forfait voor chronische aandoeningen

Wanneer een **zorgtraject** voor een persoon met diabetes type 2 of met chronisch nierfalen wordt gestart, worden de raadplegingen bij de huisarts en specialist volledig terugbetaald (aanschaffing van het remgeld)*.



Meer informatie: raadpleeg de specifieke Focus over diabetes [hier](#).

Dankzij het **statuut chronische aandoening** geniet je automatisch van de toekenning van de derdebetalersregeling of een verlaging van het maximale jaarbedrag in het kader van de maximumfactuur en op basis van de totale zorgkosten.

Het **forfait voor chronische ziekten** wordt geactiveerd wanneer het plafond voor de remgelden wordt bereikt en op basis van afhankelijkheidscriteria.

Uitzonderlijke maatregelen via het Bijzonder Solidariteitsfonds

Het Bijzonder Solidariteitsfonds (BSF) kent voor bepaalde medische prestaties die niet vergoed worden een financiële tussenkomst toe aan patiënten die aan een zeer ernstige aandoening lijden en die aan bepaalde criteria voldoen. De toegang is afhankelijk van de aansluiting bij een verzekeringsinstelling, hetzij een ziekenfonds, hetzij de HZIV. De volgende gevallen komen in aanmerking:

- Zeldzame indicatie voor de voorschrijving van de verstrekking
- Zeldzame aandoening
- Zeldzame aandoening waarvoor continue en complexe verzorging nodig is
- Medisch hulpmiddel en/of verstrekkingen die innovatieve medische technieken zijn (met uitzondering van geneesmiddelen)
- Kind dat aan een chronische ziekte leidt en een behandeling nodig heeft
- Zorg verleend in het buitenland
- Onvervulde medische behoefte (Unmet Medical Need) (enkel voor de terugbetaling van geneesmiddelen).

In de praktijk moet de aanvraag voor het BSF worden ingediend bij de adviserend arts van het ziekenfonds met een ter post aangetekende brief of op gelijk welke andere manier die toelaat de datum van indiening met zekerheid vast te stellen.

VERPLICHTE AANVULLENDE ZIEKTEVERZEKERING

Als iemand ervoor kiest om zich bij een ziekenfonds als verzekeringsinstelling voor de verplichte ziekteverzekering aan te sluiten, geniet hij automatisch en verplicht van de aanvullende verzekering van het ziekenfonds. Als hij deze aanvullende voordelen niet wenst, kan hij zich aansluiten bij de HZIV. In dat geval betaalt hij geen aanvullende bijdrage en zijn de terugbetalingstarieven deze die zijn vastgesteld door het RIZIV.

* Aangezien de statuten voor het jaar 2025 niet beschikbaar zijn, is de meest recente referentie hier het document 'Diensten en voordelen 2025'. Voor meer informatie kunt u de statuten 2025 van Mutplus raadplegen [hier](#).

Verzekeringsinstellingen		Verplichte verzekering	Aanvullende verplichte verzekering
Ziekenfondsen	De Landsbond der Christelijke Mutualiteiten	×	×
	De Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen	×	×
	Het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten	×	×
	De Landsbond van Liberale Mutualiteiten	×	×
	De Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen	×	×
De Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV)		×	
De kas der Geneeskundige Verzorging van HR Rail (NMBS)		×	×

¹¹ Statutaire werknemers van de Belgische spoorwegen zijn automatisch aangesloten bij de Kas der Geneeskundige verzorging van HR Rail. HR Rail vervult dezelfde taken als een ziekenfonds maar keert enkel uit voor verstrekkingen van de verplichte verzekering. Een intern sociaal fonds zorgt voor aanvullende tegemoetkomingen.

In dit hoofdstuk wordt in de onderstaande tabel het aanbod van de verplichte aanvullende verzekering voorgesteld:

	134 Christelijke Mutualiteit	228 Mutualia	306 Solidaris Brabant	403 LM Mutplus.be ¹²
Lichaams-beweging	×	×	×	×
Screening en preventie		×	×	×
Diabetes		×		×
Diëtetiek	×	×	×	×
Zwangerschap en geboorte	×	×	×	×
Alternatieve geneeswijzen	×	×	×	×
Optische hulpmiddelen	×	×	×	×
Seksuele en reproductieve gezondheid	×	×	×	×
Stoppen met roken		×	×	×
Tandverzorging	×	×	×	×
Voetverzorging		×	×	×
Psychologische ondersteuning	×	×	×	×
Ziekenvervoer	×	×	×	×
Vaccinatie/ allergieën	×	×	×	×

¹² Aangezien de statuten voor 2025 niet beschikbaar zijn, is de meest recente referentie [hier](#) het document 'Diensten en voordelen 2025'

	509 Partenamut	526 Helan	602 HZIV	910 RailCare
Lichaams-beweging	X	X	Open-bare instelling Alleen verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (geen aanvullende verzekering). Voor het personeel en de statutaire gepensioneerden van de Belgische Spoorwegen en hun personen ten laste.	
Screening en preventie	X	X		
Diabetes	X	X		
Diëtetiek	X	X		
Zwangerschap en geboorte	X	X		
Alternatieve geneeswijzen	X	X		
Optische hulpmiddelen	X	X		
Seksuele en reproductieve gezondheid	X	X		
Stoppen met roken	X	X		
Tandverzorging	X	X		
Voetverzorging	X	X		
Psychologische ondersteuning	X	X		
Ziekenvervoer	X	X		
Vaccinatie/ allergieën	X	X		

Lichaamsbeweging

ZIEKENFONDSEN	TEGEMOETKOMINGEN	VOORWAARDEN
134 Christelijke Mutualiteit	Tot € 50 per jaar voor inschrijvings-/ abonnementskosten: • Voor een sport , uit een uitgebreide lijst van sportdisciplines • Voor sportevenementen OF € 150 voor 3 jaar voor de aankoop van een fiets	Formulier Factuur met vermelding van de maat: minimaal 20 inch Vanaf het jaar waarin de aangeslotene 19 jaar wordt
228 Mutualia	Aansluiting bij een erkende sportclub: € 60/jaar	Formulier
306 Solidaris Brabant	Aansluiting sportclub of fitness: : € 45/jaar Inschrijving voor bepaalde sportkampen/- verblijven: € 37,50/jaar	Formulier Betalingsbewijs
403 LM Mutplus.be	Sportprikkel: € 40/jaar Geschenkencheque van € 25/jaar	Formulier Betalingsbewijs
509 Partenamut	Aansluiting bij een erkende sportclub: € 50/jaar Abonnement op een sportapp: € 30/jaar	Formulier OF kopie lidkaart + attest van de club + betalingsbewijs Lijst van de door het ziekenfonds aanvaarde apps
526 Helan	Sportclub: € 50/jaar Inschrijving sportevenement: € 25/jaarn Fitness: 20% op het abonnement in een partnercentrum (nieuw lid van het centrum + mogelijkheid om fitness een week uit te proberen in de fitnesscentra van het netwerk dankzij de fitnessbon) Preventief sportmedisch onderzoek en programma 'Bewegen Op Verwijzing' (BOV): € 25 per jaar voor een gezondheidscheck bij een sportarts OF voor een BOV-begeleidingstraject	Attest van de club Formulier of betalingsbewijs Voorleggen van een klevertje (zie Fitnesscheque) Formulier of inschrijvingsbewijs voor het programma

Screening en preventie

ZIEKENFONDSEN	TEGEMOETKOMINGEN	VOORWAARDEN
134 Christelijke Mutualiteit	Tot € 75/jaar/persoon, naar keuze: • Sessies osteopathie, manuele geneeskunde, acupunctuur en chiropraxie • Kosten voor vaccins of desensibiliserende middelen (allergieën) • Kosten voor bloedafname (1 analyse per jaar) • Consultaties bij een diëtist of arts-voedingsdeskundige	In te vullen formulier
228 Mutualia	Een vergoeding van maximaal € 50/jaar voor de volgende screeningonderzoeken (totaal bedrag voor alle screeningonderzoeken samen) : • Borstkanker • Prostaatkanker • Darmkanker • Osteoporose • Diabetes type 2 • Cardiovasculaire ziekten • Neurodegeneratieve aandoeningen • Hiv	Door de aangeslotene en de arts ingevuld formulier
306 Solidaris Brabant	Screening dikkedarmkanker: € 10/jaar Screening prostaatkanker: € 10/jaar Screening borstkanker: € 10/2 jaar Screening baarmoederhalskanker: € 10/3 jaar Screening osteoporose: € 20/5 jaar	Door de arts ingevuld formulier Getuigschrift van verstrekte zorg Getuigschrift van verstrekte zorg Formulier ingevuld door de arts-specialist die het onderzoek heeft uitgevoerd
403 LM Mutplus.be	Mammografie: € 7,50/jaar Preventief onderzoek naar prostaatkanker: € 7,50/jaar	Getuigschrift voor verstrekte hulp of factuur Getuigschrift voor verstrekte hulp

Screening en preventie

ZIEKENFONDSEN	TEGEMOETKOMINGEN	VOORWAARDEN
509 Partenamut	Forfaitaire vergoeding van € 15/maximaal 3 keer per jaar per persoon: Consultaties en/of onderzoeken voor de preventie en screening van de volgende aandoeningen: kanker, hart- en vaatziekten, allergieën, aandoeningen van de luchtwegen, osteoporose, doofheid bij pasgeborenen, diabetes, slaapstoornissen Screening op burn-out: forfaitaire vergoeding van € 50	Voorgeschreven door een arts Getuigschrift voor verstrekte hulp of factuur Formulier Onderzoek uitgevoerd door een arts in een gespecialiseerd centrum + modelformulier
526 Helan	Preventief onderzoek: € 30 Max. € 10/consultatie en 3 consultaties en/of preventieve onderzoeken, zoals mammografie, spirometrietest, endoscopie, bloedonderzoek, uitstrijkje en aanschaf van een zelftest voor dikkedarmkanker RSV-vaccin: terugbetaald voor zwangere vrouwen Bedrag dat ten laste blijft: € 12,5 (zonder verhoogde tegemoetkoming) € 8,30 met verhoogde tegemoetkoming)	Formulier Medisch voorschrift + toestemming van de adviserend arts

Diabetes



Zie de Focus **Zorgsystemen voor diabetes type 2** [hier](#).

ZIEKENFONDSEN	TEGEMOETKOMINGEN	VOORWAARDEN
134 Christelijke Mutualiteit	Geen aanvullend voordeel bovenop waarin de verplichte verzekering voorziet	/
228 Mutualia	Materiaal: 100 teststrookjes/jaar, 1 glucosemeter/3 jaar Podologie: € 10/sessie, max. 2 sessies/jaar • Voor speciale verstrekkingen: onychoplastie, orthonyxie, orthoplastie € 10/1 sessie/jaar Diëtetiek: € 10/jaar, 1 sessie/jaar (patiënt die orale antidiabetica gebruikt)	Factuur of attest van de zorgverlener + medisch attest (podologie of diëtetiek) Formulier in te vullen door de aangeslotene (aanvraag van materiaal)
306 Solidaris Brabant	Geen aanvullend voordeel bovenop waarin de verplichte verzekering voorziet	/
403 LM Mutplus.be	Geneesmiddelen en verzorgingsmateriaal (glucagon, pompzak, pleisters, glucometer, teststrookjes, lancetten, naalden, prikpen en meetapparaat): 50% van de aankoop prijs • Maximaal € 150 per jaar voor: materiaal voor de verzorging van doorligwonden, materiaal voor sondevoeding en enterale voeding Association Belge du Diabète: 100% van de bijdrage	Formulier + betalingsbewijs + medisch attest

Diabetes

ZIEKENFONDSEN	TEGEMOETKOMINGEN	VOORWAARDEN
509 Partenamut	Materiaal (teststrookjes, lancetten, injectienaalden en pleisters voor glucosesensoren): max. 50% van de aankoopprijs, € 160/jaar Glucosemeter: max. 50% van de aankoopprijs/5 jaar Association Belge du Diabète: € 35/jaar Diëtist - Voedingsdeskundige 8 sessies/jaar/ persoon: tot € 240/jaar	Formulier voor de diabeteseducator Aankoopfactuur OF betalingsbewijs Voor de aankoop van materiaal: • Over een Globaal Medisch Dossier (GMD) beschikken • BVAC-attest van de apotheker • Gedetailleerde informatie voor... › teststrookjes/lancetten: opgenomen zijn in een begeleidingstraject voor patiënten met diabetes type 2 › patches voor glucosesensoren: lid zijn van een diabetesconventie › insulienaalden: opgenomen zijn in een zorgtraject voor diabetes, een diabetesconventie of een begeleidingstraject voor patiënten met diabetes type 2 Voor sessies: • De honorariumnota of de aanvraag voor tegemoetkoming voor diëtistische zorg, ondertekend door de diëtist • Een medisch attest waarin de pathologie en de diëtistische zorg worden bevestigd
526 Helan	Medische consultaties voor diabetes bij de huisarts, diëtist, tandarts of oogarts en lidmaatschap van de Diabetes Liga: totale tegemoetkoming van maximaal € 60 per jaar Materiaal: 30% op de aankoopprijs van materiaal voor de controle of behandeling van diabetes, aangekocht in een door Helan erkende thuiszorgwinkel	Attest (consultaties) Betalingsbewijs (lidgeld) Factuur Onmiddellijke korting via de site van de thuiszorgwinkel.

Diëtetiek

ZIEKENFONDSEN	TEGEMOETKOMINGEN	VOORWAARDEN
134 Christelijke Mutualiteit	Dieet- (en/of sport)monitoring: Tot € 75/jaar/persoon, naar keuze: Consultatie bij een diëtist of arts-voedingsdeskundige	Formulier (aan te vragen bij het ziekenfonds) of getuigschrift van de zorgverlener, goedgekeurd door het ziekenfonds
228 Mutualia	In geval van obesitas of anorexia: Dieetaanalyse: € 25 Opvolging: € 75/jaar, max. € 12,50/sessie en 6 sessies/jaar op medisch voorschrift	Formulier ingevuld door de aangeslotene en de diëtist of voedingsdeskundige + medisch voorschrift
306 Solidaris Brabant	Diëtetiek: € 60/jaar bij een diëtist of bijeenkomst van Weight Watchers	Formulier + medisch voorschrift
403 LM Mutplus.be	Consultatie diëtetiek: € 5/raadpleging Max. 6 raadplegingen/jaar Aankoop van medicatie tegen overgewicht: max. € 40/jaar Andere voordelen: Weight Watchers (€ 5/sessie op voorwaarde dat 6 sessies worden gevolgd over een periode van 6 maanden), Infraligne (€ 30/jaar)	Formulier
509 Partenamut	Diëtetiek: forfaitaire tegemoetkoming van € 20/sessie (max. 4 sessies/jaar). In geval van zware of chronische aandoeningen: max. 12 sessies/jaar) - € 20/sessie Aankoop van dieetvoeding voor medische doeleinden: tegemoetkoming van 10% op de aankoopprijs, op voorwaarde dat het bedrag niet hoger is dan het bedrag van de kosten die nog betaalbaar zijn na tussenkomst van de verplichte ziekteverzekering. Max. € 150/jaar Enterale sondevoeding: tegemoetkoming om de kosten te dekken die ten laste blijven van de patiënt. Forfaitaire tegemoetkoming: € 25/maand	Formulier OF bewijs met vermelding van het honorarium + medisch voorschrift bij chronische ziekte
526 Helan	Consultatie diëtetiek: 25 €/jaar bij een door het RIZIV erkende diëtist of arts-voedingsdeskundige	Formulier of attest

Zwangerschap en geboorte

ZIEKENFONDSEN	TEGEMOETKOMINGEN	VOORWAARDEN
134 Christelijke Mutualiteit	Geboortepremie: € 350 (per kind) Aankoopbon: € 50 Perinatale ondersteuning voor de moeder: echografieën, bezoeken aan de gynaecoloog of vroedvrouw en kinesitherapiesessies worden volledig terugbetaald tijdens de zwangerschap en tot 3 maanden na de bevalling Thuisbevalling of bevalling in een geboortehuis: tegemoetkoming van € 150 In-vitrofertilisatie (IVF), eiceldonatie of intra-uteriene inseminatie: max. € 1.200 (€ 200 per cyclus, tot 6 keer)	Automatisch Aangifte van de zwangerschap na 4 maanden Aangesloten zijn bij de CM en in orde zijn met de bijdragen. Jonger zijn dan 43 jaar Gevolgd worden in een door het RIZIV erkend medisch centrum Terugbetaling voor maximaal 6 cycli
228 Mutualia	In-vitrofertilisatie (IVF): max. € 250/jaar Prenatale gynaecologie: max. € 50/jaar Perinatale kinesitherapie: € 3/sessie, max. 15 sessies/zwangerschap Babymassagecursus: € 10/cyclus Opsporing van doofheid: kosten volledig gedekt. Zuigelingenvoeding en luiers: € 75/jaar gedurende 3 jaar. Geboorte en adoptie: Premie van € 350 Pediatrie: Terugbetaling van het remgeld Psychomotorische therapie voor kinderen jonger dan 14 jaar: € 12/sessie en max. € 120/jaar	IVF › Factuur opsturen Gynaecologie › Formulier ingevuld door de aangeslotene en de gynaecoloog. Kinesitherapie › Attest Babymassagecursus › inschrijving via formulier Opsporing van doofheid › Factuur Zuigelingenvoeding en luiers: Terugbetaling van aankoop in de apotheek › Aankoopbewijs Pakket luiers ter waarde van € 75 via formulier. Geboorte en adoptie › Uittreksel uit de geboorteakte Pediatrie › Formulier ingevuld door de aangeslotene Als het kind jonger is dan 18 jaar, moet het een GMS (Globaal Medisch Dossier) hebben bij een huisarts. Voor kinderen jonger dan 3 jaar is dat niet nodig. Psychomotorische therapie › formulier ingevuld door de aangeslotene en door de behandelaar.

Zwangerschap en geboorte

ZIEKENFONDSEN	TEGEMOETKOMINGEN	VOORWAARDEN
306 Solidaris Brabant	Gratis pre- en postnatale consultaties via Soralia Geboorte-/adoptiepremie: € 130 per aangesloten ouder Pre- en postnatale kinesitherapie sessies (tot 9+9 sessies): terugbetaling van het remgeld Medisch begeleide voortplanting: IVF (in-vitrofertilisatie): max. € 500 ICSI (intracytoplasmatische sperma-injectie): max. € 700	Inschrijving in het programma Geboorteakte Een GMD hebben of ingeschreven zijn bij een medisch centrum Aangifte IVF of ICSI
403 LM Mutplus.be	Geboortepremie: € 200 Borstvoedingspremie: € 375 Crèche/kinderopvang: € 60/jaar Inschrijving jeugdbeweging: € 15/jaar	Acte de naissance et attestation Attestation Dans un milieu d'accueil reconnu Formulier
509 Partenamut	Geboorte- en adoptiepremie: max. € 350 (per kind) Zwangerschapsvitaminen: € 30/per zwangerschap Tot € 100 per geboorte (€ 200 voor een tweeling, € 300 voor een drieling enz.): • € 5/sessie voor sessies voorbereiding op de bevalling of prenatale en postnatale zorg (massage, kinesitherapie, haptonomie) • Werkelijk gefactureerde kosten, indien de zorg betrekking heeft op bijstand bij de bevalling (kinesitherapie en haptonomie)	Uittreksel uit de geboorteakte + attest BVAC van de apotheker + medisch attest/standaardformulier ingevuld en ondertekend door de begunstigde en de gynaecoloog Tot 6 maanden voor en na de geboorte Met door het RIZIV erkende zorgverleners Ook in geval van vroegtijdige zwangerschapsonderbreking (miskraam)
526 Helan	Geboortepremie: € 150/aangesloten ouder Foliumzuur: max. € 30/jaar Postnatale zorg (kraamzorg): max. € 5/uur of € 150/jaar of 30 uur/jaar (per aangesloten ouder). Kraamhotel: Tot € 200 terugbetaling. Genetische dragerschaps-screening: Tot € 150 (per aangesloten ouder).	Betalingsbewijs Betalingsbewijs Online aanvraagformulier Factuur Online formulier

Alternatieve geneeswijzen

ZIEKENFONDSEN	TEGEMOETKOMINGEN	VOORWAARDEN
134 Christelijke Mutualiteit	Tot € 75 per jaar en per persoon (max. € 15 per sessie) voor osteopathie, manuele geneeskunde, acupunctuur, chiropraxie en homeopathie	Bewijs van de zorgverlener
228 Mutualia	Homeopathie; mindfulness; shiatsu; chiropraxie; osteopathie; acupunctuur; hippotherapie; kinesiologie; sofrologie; mesotherapie; reflexologie; naturopathie; microkinesitherapie: € 120/jaar, max. € 10/sessie, max. 12 sessies/jaar Homeopathische geneesmiddelen: 50% van de aankoopprijs. Max. € 100/jaar/begunstigde (geneesmiddelen gekocht in België of in een buurland) Fytotherapeutische geneesmiddelen: 50% van de aankoopprijs. Max. € 50/jaar/begunstigde Geen tegemoetkoming voor voedingssupplementen.	Formulier ingevuld door de aangeslotene en de zorgverlener Door het ziekenfonds erkende zorgverlener Homeopathische en fytotherapeutische geneesmiddelen op basis van een medisch voorschrift › BVAC
306 Solidaris Brabant	Acupunctuur, chiropraxie en osteopathie: € 62,50/jaar € 12,50/sessie en max. 5 sessies/jaar	Originele kwitantie, naar behoren ingevuld door een erkende zorgverlener
403 LM Mutplus.be	Acupunctuur, chiropraxie, osteopathie en homeotherapie: € 60, € 10/sessie en max. 6 sessies/jaar	Originele kwitantie, naar behoren ingevuld door de zorgverlener Zorgverlener erkend door het ziekenfonds
509 Partenamut	Homeopathie/homeopathische producten: € 75/jaar, tegemoetkoming van 50% van de aankoopprijs van de homeopathische producten Forfaitaire tegemoetkoming van € 10/sessie, max. 12 sessies/jaar: Osteopathie, chiropraxie, homeopathie, mesotherapie, mindfulness-therapie, sofrologie en shockwavetherapie	Document van de apotheker
526 Helan	Acupunctuur, osteopathie, chiropraxie: € 12/sessie, max. 6 sessies/jaar	Formulier Osteopaat moet lid zijn van een door het RIZIV erkende beroepsvereniging. Chiropractor moet lid zijn van de Belgische vereniging van chiropractors Acupuncturist moet lid zijn van een erkende beroepsfederatie

Optische hulpmiddelen

ZIEKENFONDSEN	TEGEMOETKOMINGEN	VOORWAARDEN
134 Christelijke Mutualiteit	Tot € 120 om de 3 jaar voor de aankoop van een bril of corrigerende lenzen 10% korting op lenzen , 20% korting op brillen en 40% korting voor jongeren onder de 18 jaar Tot € 500 per persoon (€ 250 per oog): correctie van het gezichtsvermogen of behandeling van oogziekten door middel van een laseroperatie of implantaat	Zonder voorschrift en voor alle leeftijden Via partner Qualias Optique Geen leeftijdsgrenzen
228 Mutualia	Brilmontuur – Glazen of lenzen: -18 jaar • montuur: max. € 25 beperkt tot de betaalde prijs en om de 4 jaar hernieuwbaar. Verhoogde tegemoetkoming van € 50 voor het eerste montuur (eenmalig) • Monturen en glazen, alleen glazen of lenzen: max. € 75/2 jaar +18 jaar Monturen en corrigerende glazen, alleen corrigerende glazen of lenzen. € 175/4 jaar met voorschrift van een oogarts Laser: € 250 (€ 125/oog); eenmalige tegemoetkoming	Montuur -18 jaar factuur van een door het RIZIV erkende opticien Monturen en glazen, glazen of lenzen: • Formulier 15 of gedetailleerd ontvangstbewijs van een erkende opticien, apotheker of oogarts • Voorschrift van een door het RIZIV erkende medisch specialist (6 maanden geldig) + 18 jaar: Voorschrift oogarts + betalingsbewijs. Laser: Voorlegging van de originele bewijsstukken afgegeven door de door het RIZIV erkende medisch specialist.
306 Solidaris Brabant	Brillen en lenzen: € 60/10 jaar Brillen: 15% korting bij partner-opticiens Laser: € 150/oog	Factuur of attest Factuur of attest

Optique

ZIEKENFONDSEN	TEGEMOETKOMINGEN	VOORWAARDEN
403 LM Mutplus.be	Monturen, glazen en lenzen: € 50 Laser: € 100/oog* Oogcorrectie 'Near vision CK': € 100/oog* <i>* Op voorwaarde dat er tijdens het jaar geen aanvraag tot terugbetaling was voor monturen, glazen en lenzen en laserbehandeling of 'Near vision CK'</i>	Formulier OF medisch voorschrift OF aankoopbewijs
509 Partenamut	Monturen, corrigerende glazen en corrigerende lenzen: € 75/2 jaar Laserchirurgie: € 100/oog Intraoculaire lenzen: € 50/oog (eenmalige tegemoetkoming in het leven van de begunstigde) Bril tegen verminderde prijs: € 50 (bril met unifocale glazen + € 100 voor bril met multifocale glazen) => tegemoetkoming binnen een periode van 2 jaar	Formulier OF factuur + medisch voorschrift partner-opticiens: lijst verkrijgbaar bij het ziekenfonds
526 Helan	Brillen en lenzen: € 50/jaar indien ≤18 jaar € 30/jaar indien ≤19 jaar Tot € 60/jaar voor mensen van 19 tot 65 jaar met een sterke correctie (dioptrie van +4,5 tot +6) Ooglaserchirurgie en lensimplantaten: tot € 100 per oog, eenmalige tegemoetkoming Voorkeurtarieven: 15% korting bij partner-opticiens	Formulier of afleveringsattest Partner-opticiens: lijst verkrijgbaar bij het ziekenfonds

Seksuele en reproductieve gezondheid

ZIEKENFONDSEN	TEGEMOETKOMINGEN	VOORWAARDEN
134 Christelijke Mutualiteit	Tot € 360 per jaar en per persoon (max. € 20 per sessie voor: consultatie van een psycholoog, psychotherapeut, orthopedagoog of seksuoloog)	Wanneer er geen terugbetaling is door de verplichte verzekering en bij erkende zorgverleners (via het ziekenfonds)
228 Mutualia	Anticonceptie: Tegemoetkoming in de kosten van condooms in een anticonceptiebehandeling Max. € 40/jaar voor de anticonceptiepil, vaginale ring, injectie, anticonceptiepleister € 120/2 jaar voor spiraaltje, implantaat. Menopauze: Maximaal € 40 per jaar voor hormoonsubstitutiebehandeling (HST) ter behandeling van menopauzeklachten, op vertoon van een BVAC.	Anticonceptie: Pil, ring, injectie, pleister › Op vertoon van een BVAC (gedetailleerde kassabon van de apotheker) Spiraaltje, implantaat › Verklaring van aflevering met stempel van de apotheker
306 Solidaris Brabant	Anticonceptiemiddelen: € 40 per jaar voor de meeste anticonceptiemiddelen voor vrouwen	BVAC-formulier van de apotheek Door het centrum voor medisch begeleide voortplanting ingevulde behandelingsverklaring.
403 LM Mutplus.be	€ 30/jaar: anticonceptiemiddelen (pil, anticonceptiepleister, vaginale ring, spiraaltje, implantaat en/of anticonceptie-injectie, condooms gekocht in de apotheek, kosten van een vasectomie) € 160/jaar: Consultatie bij een seksuoloog (via de vzw Aditi of via een klinisch psycholoog)	BVAC-attest van de apotheek Factuur bij vasectomie Attest
509 Partenamut	€ 50/jaar: voor andere anticonceptiemiddelen dan het spiraaltje en het implantaat € 150 gedurende een periode van 3 opeenvolgende jaren: voor spiraaltje en anticonceptie-implantaat	Ofwel een attest van aflevering van de apotheker, ofwel een formulier van het ziekenfonds dat is ingevuld en ondertekend door de begunstigde en de zorgverlener
526 Helan	€ 3 per maand: aankoop van anticonceptiemiddelen (orale combinatiepillen, anticonceptie-injecties en minipillen, anticonceptiepleisters, hormonale en koperspiraaltjes, vaginale ringen, hormonale staafjes of implantaten, morning-afterpil)	Betalingsbewijs

Stoppen met roken

ZIEKENFONDSEN	TEGEMOETKOMINGEN	VOORWAARDEN
134 Christelijke Mutualiteit	Geen aanvullend voordeel bovenop waarin de verplichte verzekering voorziet	/
228 Mutualia	Geneesmiddelen om te stoppen met roken: € 20 per behandeling. Maximaal 3 behandelingen/leven. Zwangere vrouwen: € 30/sessie, max. 8 sessies/ zwangerschap 'Varenicline' Champix®: 'starter pack' (2 weken om het geneesmiddel te testen) en 3 kuren terugbetaald/5 jaar	Geneesmiddelen › BVAC-ontvangstbewijs van de apotheker Tabacoloog › Een erkende tabacoloog raadplegen.
306 Solidaris Brabant	Erkende therapeutische behandeling: € 50 (eenmalige tegemoetkoming)	BVAC-attest van de apotheker
403 LM Mutplus.be	Rookstopmiddelen: Tegemoetkoming van € 50 OF Training om te stoppen met roken (Allen Carr-methode): Korting van € 50 In beide gevallen: eenmalige tegemoetkoming	Producten: BVAC-attest van de apotheker Training: formulier
509 Partenamut	Geneesmiddelen en nicotinevervangers: € 75/jaar Tabakoloog: € 25/2 jaar	Formulier BVAC-attest van de apotheker Raadpleging van een arts of een erkende tabakoloog met een diploma in de psychologie of een professional in de gezondheidszorg, die geslaagd is voor een opleiding in de tabakologie (de opleiding van het Fonds des Affections respiratoires [FARES], of van de Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding [VRGT]) Getuigschriften voor verstrekte hulp of conform document en ereloonstaat
526 Helan	Geen aanvullend voordeel bovenop waarin de verplichte verzekering voorziet	Getuigschrift van de arts OF factuur van de tabakoloog

Tandverzorging

ZIEKENFONDSEN	TEGEMOETKOMINGEN	VOORWAARDEN
134 Christelijke Mutualiteit	Orthodontie • € 500 voor beugel van een kind • Alle bezoeken worden terugbetaald als het kind een GMD heeft Tandprothese en implantaat • € 200 om de 3 jaar voor tandprothesen die niet worden vergoed door de verplichte verzekering (uitneembare prothese, brug, kroon en tandimplantaat)	Formulier + kind jonger dan 15 jaar
228 Mutualia	Tandprothesen, implantaten, vaste prothesen, kronen en bruggen: 15% van de kosten boven € 250 Max € 500/2 jaar Orthodontie • Voor alle aanvragen die worden ingediend voordat het betreffende kind de maximumleeftijd heeft bereikt die is vastgesteld in de regels van de verplichte verzekering. Terugbetaling van max. € 750 als volgt: » € 250,00 bij het plaatsen van de beugel; » € 150,00 na 6 sessies; » € 150,00 na 12 sessies; » € 200,00 na 24 sessies; • Voor alle andere begunstigten eenmalige tegemoetkoming van maximaal € 150 na 6 maanden behandeling. Vroege orthodontische behandeling voor kinderen jonger dan 9 jaar, toegekend door de adviserend arts. Tegemoetkoming van 50% van het remgeld	Tandprothesen, implantaten, vaste prothesen, kronen en bruggen: Bewijsstuk of formulier ingevuld door de aangeslotene en de tandarts. Orthodontie: Door de aangeslotene en de orthodontist ingevuld formulier. Vroege orthodontische behandeling › Bewijsstukken orthodontist.

Tandverzorging

ZIEKENFONDSEN	TEGEMOETKOMINGEN	VOORWAARDEN
306 Solidaris Brabant	Consultaties tandheelkunde en orthodontie: terugbetaling van het remgeld Preventieve behandeling: terugbetaling van het remgeld Vroege orthodontische behandeling voor kinderen jonger dan 9 jaar: terugbetaling van het remgeld Beugel (klassieke behandeling gestart vóór de leeftijd van 15 jaar): terugbetaling tot € 1.050 Kronen, bruggen, prothesen en implantaten: terugbetaling van 20% van het bedrag met een maximum van € 1.050/2 jaar.	Attest De behandeling moet zijn uitgevoerd in een van de Medische Centra César de Paepe of Over een Globaal Medisch Dossier beschikken of Ingeschreven zijn in een wijkgezondheidscentrum (maison médicale) Getuigschrift voor verstrekte hulp
403 LM Mutplus.be	Orthodontische behandelingen (behandeling gestart vóór 15 jaar): max. € 1.050 Jaarlijks mondonderzoek: terugbetaling van het remgeld (1 keer/jaar) Tandprothesen, -bruggen en -implantaten, kronen en prothesen: max. € 1.200/2 jaar	Formulier Formulier 'Tandartsen - Rechtstreekse betaling/ derdebetalersregeling' afgegeven door de tandarts
509 Partenamut	Vroege orthodontische behandeling: forfait € 100 Plaatsing van een orthodontisch apparaat: € 250 bij betaling door de verplichte verzekering van het forfaitair bedrag voor orthodontische apparatuur bij reguliere orthodontische behandeling	Getuigschrift voor verstrekte hulp
526 Helan	Orthodontie: Tegemoetkoming van 60% voor -22 jarigen op het remgeld, het materiaal en bepaalde supplementen tot een maximum van € 1.050 per behandeling.	Formulier

Voetverzorging

ZIEKENFONDSEN	TEGEMOETKOMINGEN	VOORWAARDEN
134 Christelijke Mutualiteit	Geen aanvullend voordeel bovenop waarin de verplichte verzekering voorziet	/
228 Mutualia	Pedicure: € 40/jaar Max. € 5/sessie en max. 8 sessies/jaar Podoloog voor diabetici: Cfr. Diabetes	Ontvangstbewijs afgegeven door de zorgverlener of formulier ingevuld door de zorgverlener en de aangeslotene
306 Solidaris Brabant	Pedicure: Tegemoetkoming van € 45/jaar voor 60-plussers Podologie: Tegemoetkoming van € 57/jaar voor 60-plussers	Formulier + medisch getuigschrift indien <60 jaar Enkel via 'Thuiszorg' Brussel' of de 'Medische Centra César de Paep'
403 LM Mutplus.be	Pedicure: Max. € 4/sessie en 6 sessies/jaar Orthopedische zolen: € 15/inlegzool om de 2 jaar	Alleen indien >65 jaar OF patiënt met diabetes type 1/personen met obesitas/blinden Formulier ingevuld door een door het RIZIV erkende orthopedist of podoloog
509 Partenamut	Pedicure OF podologie: • 8 sessies per jaar en € 5 per sessie • € 25 per inlegzool/jaar	Formulier OF kwitantie van de zorgverlener + medisch getuigschrift indien <65 jaar (behalve indien 'voortraject diabetes type 2 Inlegzolen vervaardigd door een door het RIZIV erkende podoloog (orthopedisten en bandagisten zijn uitgesloten)
526 Helan	Pedicure: Max. € 5/sessie en 4 sessies/jaar Podologische zolen: € 50/jaar	Formulier + medisch getuigschrift (indien <65 jaar) Formulier

Psychologische ondersteuning



Voor meer informatie over het aanbod van geestelijke gezondheid in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en over het aanbod van eerstelijnspsychologen, [lees hier het Focus Geestelijke Gezondheid](#).

ZIEKENFONDSEN	TEGEMOETKOMINGEN	VOORWAARDEN
134 Christelijke Mutualiteit	Tot € 20 per sessie en € 360 per jaar (zie seksuele gezondheid): Psycholoog, psychotherapeut, seksuoloog en orthopedagoog.	Formulier Prestataire reconnu-e par la mutualité ou repris-e dans le répertoire Commission des psychologues
228 Mutualia	Psychologie: € 240/jaar, max. € 20/sessie, max. 12 sessies/jaar Samenwerking met de vzw 'Multi-Care': psychologisch advies tegen een	Formulier in te vullen door de psycholoog en de aangeslotene.
306 Solidaris Brabant	Psychotherapie: € 160 Max. € 20/sessie en 8 sessies/jaar	Attest Gediplomeerde psycholoog ingeschreven bij de Psychologencommissie
403 LM Mutplus.be	Psychologie of psychotherapie: € 20/sessie max. € 160/jaar Cursus mindfulness: terugbetaling van 60% van de aankoopprijs (max. € 160/jaar)	Formulier + moet worden verzonden door een arts of een centrum voor geestelijke gezondheidszorg Gediplomeerde psycholoog ingeschreven bij de Psychologencommissie Attest
509 Partenamut	Individuele psychologische sessies en relatie- of gezinstherapieën: tot € 20/sessie, en 20 sessies/jaar Hulplijn voor psychologische ondersteuning (M>V 8 u. tot 20 u.: 0800 88 080): 5x/jaar (max. 45 minuten per gesprek) Abonnement op een app voor geestelijke gezondheid: forfaitair bedrag van € 30/jaar	Formulier OF ereloonnota Lijst van de door het ziekenfonds aanvaarde apps.
526 Helan	Psychologie: Max. € 10/sessie en 12 sessies/jaar bij een psycholoog, orthopedagoog of psychotherapeut die is aangesloten bij een beroepsvereniging, of bij een seksuoloog die lid is van de beroepsvereniging VVS (Vlaamse Vereniging voor Seksuologie).	Formulier

Ziekenvervoer

ZIEKENFONDSEN	TEGEMOETKOMINGEN	VOORWAARDEN
134 Christelijke Mutualiteit	Dringend ziekenvervoer: Bij een oproep naar het nummer 112: • Tegemoetkoming in de ziekenwagenfactuur tot maximaal € 70,92 • Als een helikopter nodig is, is de tegemoetkoming beperkt tot maximaal € 450 Zonder oproep naar het nummer 112: • Tegemoetkoming tot maximaal € 75 Niet-dringend ziekenvervoer: • Ziekenwagen: € 15 per factuur + € 1,50/km vanaf de 11e km • Licht medisch voertuig of aangepast vervoer: € 5 per factuur + € 0,5/km vanaf de 11e km • Privévoertuig, taxi, openbaar vervoer, service de transport d'intérêt général (STIG) of vrijwilliger van Altéo: € 0,15/km	Factuur en bewijs van het vervoer Formulier (bij privévoertuig, taxi, openbaar vervoer, service de transport d'intérêt général (STIG) of vrijwilliger van Altéo)
228 Mutualia	Dringend ziekenvervoer: • Ziekenwagen: 50% van de kosten; max. € 250/jaar. • Helikopter: 75% van de kosten; max. € 500/jaar. Niet-dringend ziekenvervoer: • Ziekenwagen: Max. € 17,50 voor de eerste 10 kilometer, + max. € 1/km vanaf de 11e kilometer. € 7,50 blijft ten laste van de patiënt Max. € 250/jaar • Taxi of vrijwillige chauffeursdienst: € 0,25/km Max. € 30/heen-en terugtraject Max. € 200/jaar • Eigen wagen: € 0,15/km vanaf de 26e km. Max. € 30/rit en max. € 90/jaar.	Dringend ziekenvervoer: Factuur van de vervoerder + zonder oproep naar 112: gedetailleerd medisch attest dat de urgentie van het vervoer rechtvaardigt. Niet-dringend ziekenvervoer: • Ziekenwagen: Originele factuur van de vervoerder met vermelding van het aantal afgelegde kilometers. • Taxi: Voorlegging van een bewijs van de taxikosten/vervoerder met afgelegde kilometers + bewijs van aanwezigheid. • Eigen wagen: Bewijs van aanwezigheid. Berekend vanaf de woonplaats van de begunstigde.

Ziekenvervoer

ZIEKENFONDSEN	TEGEMOETKOMINGEN	VOORWAARDEN
306 Solidaris Brabant	Dringend ziekenvervoer: € 50 ten laste van de patiënt (€ 25 indien BVT) voor vervoer per ziekenwagen Terugbetaling van € 500 voor een heen- en terugrit met een helikopter van het Universitair Ziekenhuis Sart-Tilman in Luik of het Algemeen Ziekenhuis St. Jan in Brugge. Niet-dringend ziekenvervoer (bij oproep via Mutas): • Ziekenwagen: bedrag ten laste van de patiënt: € 50 Indien BVT: € 25 • € 10 (€ 6 indien BVT) in het geval van dialyse, chemotherapie, radiotherapie of opvolging (enkel voor poliklinische behandelingen) • Eigen wagen: € 0,25/km (min. € 2,5 - max. € 20). • Medisch voertuig of taxi: Bedrag ten laste van de patiënt: € 30 Indien BVT: € 15 • € 6 (€ 3 indien BVT) in het geval van dialyse, chemotherapie, radiotherapie of opvolging (enkel voor poliklinische behandelingen).	Dringend ziekenvervoer: Originele factuur Niet-dringend ziekenvervoer: Contact opnemen met Mutas: 02/272.08.17 Dialyse, chemotherapie, radiotherapie of opvolging: het medisch getuigschrift (waaruit blijkt dat het vervoer noodzakelijk is) aan de chauffeur overhandigen. Remgeld ten laste van de patiënt Eigen wagen: bewijs van de kosten en/of medisch getuigschrift waaruit blijkt dat het vervoer noodzakelijk is

Ziekenvervoer

ZIEKENFONDSEN	TEGEMOETKOMINGEN	VOORWAARDEN
403 LM Mutplus.be	Niet-dringend medisch-sanitair vervoer: Jaarlijks tegemoetkomingsplafond: € 5.000 per jaar en per lid Berekening van de ritten: Heen = 1 rit, terug = 1 rit, dus een heen- en terugrit telt voor 2 ritten. Gedekte situaties: Begin of einde van een ziekenhuisopname Dagopname Hart- of multidisciplinaire revalidatie Postoperatieve zorg na een orgaantransplantatie Begin en einde van een herstelverblijf (indien opname onmiddellijk na een ziekenhuisopname) Begin of einde van een opname in een zorgcentrum (indien opname onmiddellijk na een ziekenhuisopname) Vervoerswijzen en kosten ten laste van de patiënt: Liggend vervoer in ziekenwagen: € 50 per rit* Vervoer in rolstoel: € 30 per rit* Zittend vervoer in taxi: € 20 per rit* Vrijwilligersvervoer: tegemoetkoming van € 0,30 per km, per rit Vervoer met eigen wagen: tegemoetkoming van € 0,15 per km, per rit <i>*Rechtstreeks betalen aan de vervoerder.</i> Dialyse: • Vervoerswijzen en kosten ten laste van de patiënt: » Liggend vervoer in ziekenwagen: € 12 (€ 6 indien BVT) per traject* » Vervoer in rolstoel of zittend vervoer in taxi: € 6 (€ 3 indien BVT) per traject* <i>*Rechtstreeks betalen aan de vervoerder.</i> Oncologische behandeling: • Vervoerswijzen en kosten ten laste van de patiënt: » Liggend vervoer in ziekenwagen: € 20 (€ 10 indien BVT) per traject* » Vervoer in rolstoel of zittend vervoer in taxi: € 10 (€ 5 indien BVT) per traject* <i>*Rechtstreeks betalen aan de vervoerder.</i>	Contact opnemen met Mutas: 078156565 Formulier Contact opnemen met Mutas: 02/272 09 00 Formulier (1) Formulier (2) Voor bepaalde soorten vervoer moet een medisch attest of een getuigschrift worden bijgevoegd.

Ziekenvervoer

ZIEKENFONDSEN	TEGEMOETKOMINGEN	VOORWAARDEN
509 Partenamut	Niet-dringend ziekenvervoer: • Terugbetaling van 50% van de factuur voor door het ziekenfonds erkend vervoer naar een ziekenhuis, een revalidatiecentrum of een hersteloord of rusthuis (met een plafond van € 750/jaar/begunstigde). • Terugbetaling van 30% van de factuur voor niet door het ziekenfonds erkend vervoer naar een ziekenhuis, een revalidatiecentrum of een hersteloord of rusthuis (met een plafond van € 750/jaar/begunstigde). Voor begunstigten met BVT-statuuat bedraagt deze terugbetaling 50%. • 100% terugbetaling van de factuur voor vervoer van of naar een ziekenhuis voor dialyse, chemotherapie, radiotherapie of immunotherapie (vervolgraadplegingen inbegrepen en met een plafond van € 250/maand).	Formulier of bewijs (origineel of kopie) van de kosten Transport voor ambulante zorg + een medisch attest
526 Helan	Dringend ziekenvervoer: 50% van de factuur, maximaal € 1.250 per rit Niet-dringend vervoer: jaarlijks plafond van € 1.400 per persoon • 70% terugbetaling (max € 90) van de factuur (bij samenwerking met i-mens) • Terugbetaling van 70% (max € 20) van de factuur (zonder samenwerking met i-mens) • Nierdialyse: € 0,60/km met een maximum van 30 km/rit – het vervoer in het kader van nierdialyse valt niet onder het maximum van € 1.400 per persoon en per jaar.	Factuur + medisch attest (indien <65 jaar en het vervoer betrekking heeft op ambulante zorg of een consult bij een specialist)

Vaccinatie en allergieën

ZIEKENFONDSEN	TEGEMOETKOMINGEN	VOORWAARDEN
134 Christelijke Mutualiteit	Kosten voor vaccins en desensibiliserende behandelingen (allergieën): tot € 15 per verstrekking, tot € 75 per jaar en per persoon (ongeacht de leeftijd)	BVAC-attest van de apotheker
228 Mutualia	Vaccins: max. € 35/jaar voor alle in België erkende vaccins. HPV-preventievaccin: € 150, d.w.z. € 50/vaccin (behandeling omvat 3 vaccins). Allergie-immunotherapie: 60 % van de behandelingskosten gedurende 3 opeenvolgende jaren (eenmaal/leven)	Vaccins: ontvangstbewijs afgegeven door de apotheker of aankoopbewijs afgegeven door een erkend vaccinatiecentrum Allergie-immunotherapie: Voorschrift specialist + formulier ingevuld door de arts en de aangeslotene
306 Solidaris Brabant	Vaccins: € 25/jaar HPV-vaccin: € 150	BVAC-attest van de apotheker
403 LM Mutplus.be	Vaccins: 50% van de effectief betaalde kostprijs, met een maximum van € 25/jaar, voor vaccins die in België zijn erkend	BVAC-attest van de apotheker
509 Partenamut	Vaccins: max. € 35/jaar Desensibiliserende middelen en antihistaminica: max. € 75/jaar voor max. 5 opeenvolgende jaren en 1 enkele keer Allopathisch antihistaminicum: max. € 50/jaar	Formulier + BVAC-attest van de apotheker
526 Helan	Vaccins: 100% van het remgeld (max. € 25/jaar) op vaccins die in België zijn erkend en niet worden vergoed door de verplichte ziekteverzekering	Formulier of attest

FACULTATIEVE AANVULLENDE ZIEKTEVERZEKERINGEN

Naast de verplichte aanvullende voordelen bieden de ziekenfondsen zogenaamde 'facultatieve' verzekeringen aan. Het betreft vooral verzekeringen voor ziekenhuisopnames en tandverzorging.

ZIEKENFONDSEN	ZIEKENHUISOPNAMES (BIJDRAGE PER MAAND & PER BEGUNSTIGDE)	TANDVERZORGING (BIJDRAGE PER MAAND & PER BEGUNSTIGDE)
134 Christelijke Mutualiteit	Hospi +: € 4,88 (-18 jaar: € 0, vanaf de 4e persoon ten laste: € 2,18) Hospi +100: vanaf € 4,92 (+18 jaar); progressieve maandelijkse premie op basis van de leeftijd en de leeftijd bij het afsluiten Hospi +200: vanaf € 12,41 (+18 jaar); progressieve maandelijkse premie op basis van de leeftijd en de leeftijd bij het afsluiten <i>Wachperiode: 6 maanden (behoudens vrijstelling, zie voorwaarden)</i>	Dento +: vanaf € 7,88 (+18 jaar); progressieve maandelijkse premie op basis van de leeftijd en de leeftijd bij het afsluiten Bij afsluiting: Hospi +, Hospi +100 of Hospi +200, korting van 10% op Dento + <i>Wachperiode: 6 maanden (behoudens vrijstelling, zie voorwaarden)</i>
228 Mutualia	Neutra Base: € 6,36/maand zonder personen ten laste en € 8,95/maand met personen ten laste. Neutra Optimum: € 12,80/maand zonder personen ten laste en € 16,67/maand met personen ten laste. Neutra+: vanaf € 3,78; progressieve maandelijkse premie op basis van de leeftijd en de leeftijd bij het afsluiten Neutra Confort: Vanaf € 10,12; progressieve maandelijkse premie op basis van de leeftijd en de leeftijd bij het afsluiten Neutra Top: Vanaf € 21,43; progressieve maandelijkse premie op basis van de leeftijd en de leeftijd bij het afsluiten	Dentalis: vanaf € 6,48 en vanaf € 5,84 bij het afsluiten van een Hospitalisatieverzekering (Neutra+, Confort of Top)

ZIEKENFONDSEN	ZIEKENHUISOPNAMES (BIJDRAGE PER MAAND & PER BEGUNSTIGDE)	TANDVERZORGING (BIJDRAGE PER MAAND & PER BEGUNSTIGDE)
306 Solidaris Brabant	AHV – Aanvullende hospitalisatievergoeding: vanaf € 12,84 (+18 jaar); progressieve maandelijkse premie op basis van de leeftijd en de leeftijd bij het afsluiten. Mogelijkheid om de AHV te combineren met Hospimut of Hospimut Plus <i>Wachtperiode: 6 maanden</i> Hospimut: vanaf € 104,04 (24-49 jaar); progressieve maandelijkse premie op basis van de leeftijd en de leeftijd bij het afsluiten <i>Wachtperiode: 6 maanden (behoudens vrijstelling, zie voorwaarden)</i> Hospimut +: vanaf € 108 (+18 jaar); progressieve maandelijkse premie op basis van de leeftijd en de leeftijd bij het afsluiten <i>Wachtperiode: 6 maanden (behoudens vrijstelling, zie voorwaarden)</i> Hospimut Plus Continuïteit: vanaf € 31,80 (+18 jaar); progressieve maandelijkse premie op basis van de leeftijd en de leeftijd bij het afsluiten, afsluiting uiterlijk in de maand voorafgaand aan de 65e verjaardag. Wachtverzekering bedoeld om te anticiperen op het verlies of het einde van de hospitalisatieverzekering toegekend door de werkgever in het kader van een arbeidsrelatie.	Dentimut Plus: vanaf € 149,28/jaar (+18 jaar); progressieve maandelijkse premie op basis van de leeftijd en de leeftijd bij het afsluiten <i>Wachtperiode: 6 maanden (preventieve, curatieve zorg en parodontologie) of 12 maanden (orthodontie, tandprothesen en -implantaten) (behoudens vrijstelling, zie voorwaarden)</i> Dentalia +: gratis van 0 tot 3 jaar; 4,33 euro van 4 tot 6 jaar; <i>Wachttijd van 6 maanden</i>
403 LM Mutplus.be	MLcare+: vanaf € 6,21 (+20 jaar); progressieve maandelijkse premie op basis van de leeftijd en de leeftijd bij het afsluiten LMcomfort+: vanaf € 9,53 (+20 jaar); progressieve maandelijkse premie op basis van de leeftijd en de leeftijd bij het afsluiten <i>Wachtperiode: 3 maanden (behoudens vrijstelling, zie voorwaarden)</i> LMcontinuïteit+: vanaf € 1,21 (+20 jaar); progressieve maandelijkse premie op basis van de leeftijd en de leeftijd bij het afsluiten <i>Wachtperiode: 6 maanden (behoudens vrijstelling, zie voorwaarden)</i>	Denta Plus: vanaf € 9,44 (+18 jaar); progressieve maandelijkse premie op basis van de leeftijd en de leeftijd bij het afsluiten, nieuwe afsluiting – indien geen andere voorgaande contracten, max. 66 jaar. Bij afsluiting: Hospitaal-Plus 100, Hospitaal-Plus 200 of Hospitaal-Plus Continuïteit, korting van 5% op Dentimut Plus. <i>Wachtperiode: 6 maanden (behoudens vrijstelling, zie voorwaarden)</i> <i>Wachtperiode: 3 maanden</i>

ZIEKENFONDSEN	ZIEKENHUISOPNAMES (BIJDRAGE PER MAAND & PER BEGUNSTIGDE)	TANDVERZORGING (BIJDRAGE PER MAAND & PER BEGUNSTIGDE)
509 Partenamut	Hospitalia: vanaf € 4,11 (0-17 jaar); progressieve maandelijkse premie op basis van de leeftijd en de leeftijd bij het afsluiten <i>Wachtperiode: 6 maanden (behoudens vrijstelling, zie voorwaarden)</i> Hospitalia Plus: vanaf € 8,29 (0-17 jaar); progressieve maandelijkse premie op basis van de leeftijd en de leeftijd bij het afsluiten <i>Wachtperiode: 6 maanden (behoudens vrijstelling, zie voorwaarden)</i> Hospitalia Continuïteit: vanaf € 3,23 (0-17 jaar); progressieve maandelijkse premie op basis van de leeftijd en de leeftijd bij het afsluiten <i>Wachtperiode: 6 maanden (behoudens vrijstelling, zie voorwaarden)</i>	Dentalia Up: vanaf € 4,01; progressieve maandelijkse premie op basis van de leeftijd en de leeftijd bij het afsluiten (gratis tot 3 jaar) <i>Wachtperiode: 6 maanden (behoudens vrijstelling, zie voorwaarden)</i>
526 Helan	Hospitalia: vanaf € 4,44 (0-17 jaar); progressieve maandelijkse premie op basis van de leeftijd en de leeftijd bij het afsluiten Hospitalia Medium: vanaf € 7,17 (0-17 jaar); progressieve maandelijkse premie op basis van de leeftijd en de leeftijd bij het afsluiten, nieuwe afsluiting – indien geen andere voorgaande contracten, max. 65 jaar. Hospitalia Plus: vanaf € 8,62 (0-17 jaar); progressieve maandelijkse premie op basis van de leeftijd en de leeftijd bij het afsluiten, nieuwe afsluiting – indien geen andere voorgaande contracten, max. 65 jaar. Wachtperiode: 6 maanden (behoudens vrijstelling, zie voorwaarden) Wachtpolis Hospitalia Continuïteit: vanaf € 3,23 (0-17 jaar); progressieve maandelijkse premie op basis van de leeftijd en de leeftijd bij het afsluiten <i>Wachtperiode: 6 maanden</i>	Tandverzekering Dentalia Up: vanaf € 4,01 (gratis < 3 jaar); progressieve maandelijkse premie op basis van de leeftijd en de leeftijd bij het afsluiten <i>Geen wachtperiode bij een ongeval of kanker.</i> <i>Geen wachtperiode voor preventieve zorg.</i> <i>Wachtperiode: 6 maanden voor curatieve zorg.</i> <i>Wachtperiode: 12 maanden voor orthodontie, parodontologie, tandprothesen en -implantaten.</i>
602 HZIV	Openbare instelling – Alleen verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (geen aanvullende verzekering).	
910 RailCare	Ziekenhuisopname gedekt door een externe verzekeraar. Tandheelkundige zorg gedekt bovenop de verplichte verzekering. Indien meer tandheelkundige zorg nodig is, kan een aanvullende verzekering worden afgesloten bij een ander ziekenfonds.	

4. MEER INFOMATIE

RIZIV:

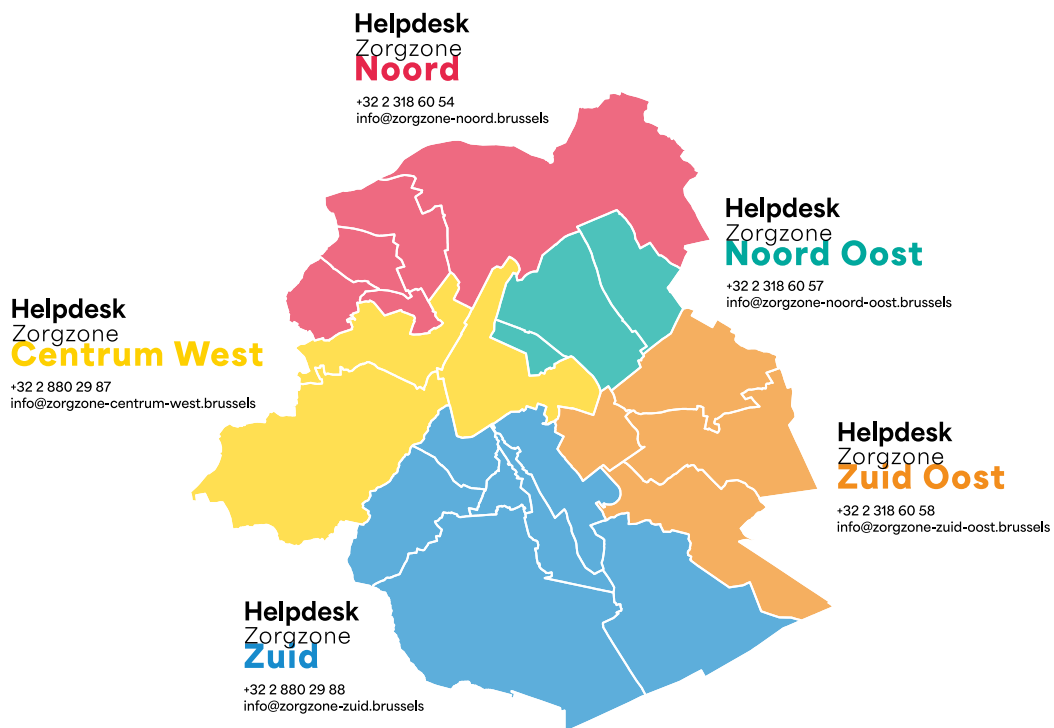
www.riziv.fgov.be

Cultures & Santé, animatietool (FR) over de werking van de ziekenfondsen:

Animer sur les mutualités : Le fonctionnement des mutualités en Belgique : zie [hier](#).

Conventionering RIZIV:

om uit te zoeken hoe je een zorgverlener kunt vinden en of die al dan niet geconventioneerd is RIZIV - Zoeken: zie [hier](#).





BESCHIKBARE FOCUS

- Palliatieve zorg en levenseinde
- Hulp aan huis voor mensen van 60 jaar en ouder
- Zorgsystemen voor diabetes type 2
- Geestelijke gezondheid: aanbod inzake ondersteuning en begeleiding
- Hulpmiddelen voor een leven thuis
- Perinataliteit : zorg- en begeleidingsaanbod in Brussel

De focussen zijn gekoppeld aan repertoria, FAQ's en Focus Live (webinars).

→ Ga naar brusano.brussels



Collectief actie ondernemen om
de welzijns- en gezondheids-
organisatie te veranderen.



Met de steun van de GGC
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE