

## **Reglement betreffende de betaling van medische kosten.**

### **Artikel 1**

Het OCMW kan medische kosten van cliënten volledig of gedeeltelijk ten laste nemen, nl.

- Dokterskosten : het geconventioneerde tarief van de arts, verminderd met de terugbetaling van de mutualiteit;
- Apothekerskosten : de bewezen kosten ,verminderd met de tegemoetkoming van de mutualiteit , van medicatie verstrekt op doktersvoorschrift, van categorie B en C, begrensd tot maximaal 70% van de kostprijs van het generisch equivalent, en van categorie D , begrensd tot maximaal 5 euro per aanvraag en per maand;
- Hospitalisatiekosten' : op basis van een gemeenschappelijke kamer worden alle medische kosten ten laste van de patiënt, behalve de zogenaamde "hotelkosten" (extra maaltijden, dranken, telefoonkosten, toiletartikelen, e.a.) vergoed, na voorlegging van de ziekenhuisfactuur en het uittreksel van de terugbetaling door de mutualiteit. De supplementen inherent aan een éénpersoonskamer worden niet terugbetaald. Een offerte van een ziekenhuis uit de ZNA-groep dient voorgelegd te worden, omdat deze als terugbetalingsbasis fungeert.
- Tandartskosten: het geconventioneerde tarief van de tandarts, verminderd met de terugbetaling van de mutualiteit. Een offerte van een ziekenhuis uit de ZNA-groep dient voorgelegd te worden, omdat deze als terugbetalingsbasis fungeert.
- Kosten kine : de tarieven gehanteerd door het ziekenfonds worden als berekeningsbasis genomen voor terugbetaling. Er geldt een maximale tussenkomst op basis van de officiële remgelden voor 18 beurten op jaarbasis, met uitzondering van verlengingen bij E-pathologie.
- Kosten oogarts : de tussenkomst voor brilglazen, op voorschrift van de oogarts, wordt vastgesteld volgens noodwendigheid. De tussenkomst voor een brilmontuur is begrensd tot maximaal 100 euro.

Bewijsstukken van deze medische kosten dienen binnen de twee maanden te worden ingediend.

### **Artikel 2**

Er wordt rekening gehouden met de maximumfactuur, een financiële beschermingsmaatregel die de jaarlijkse medische kosten voor gezinnen tot een plafondbedrag beperkt. Wie onder de maatregel van de maximumfactuur valt, is verplicht dit te melden aan het OCMW (ondertekening document).

### **Artikel 3**

Het Bijzonder Comité Sociale Dienst beoordeelt ieder dossier op individuele basis en kan op gemotiveerde wijze afwijken van de principes opgenomen in dit reglement.

### **Artikel 4**

Bij vermoeden van misbruik kan het Bijzonder Comité voor de Sociale Dienst het percentage van terugbetaling van medische kosten gedurende de volgende 12 maanden herleiden tot 50% . Na deze 12 maanden kan het dossier herzien worden.

### **Artikel 5**

Dit reglement vervangt het vorige en wordt van kracht op 1 februari 2020.