

Health insurance

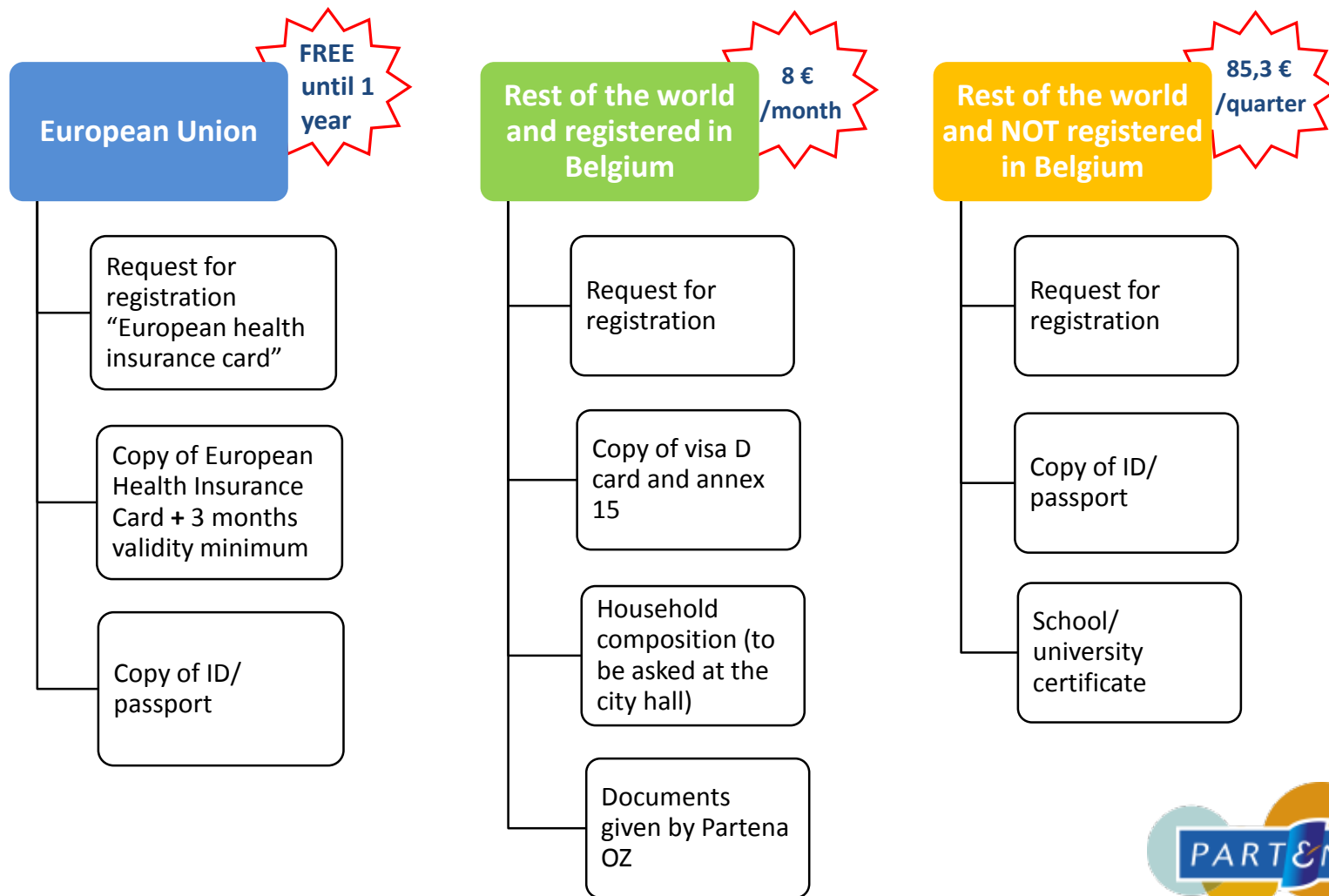


Health Care in Belgium

- Belgium offers a **public** health care system of high-quality.
- **Free choice** of doctor, hospital, pharmacy, etc.
- **Partial reimbursement** of health care expenses
 - *Doctor*
 - *Medicines*
 - *Hospital*

Reimbursements are **based on the national tariffs** given by the National Institute for Sickness and Invalidity Insurance (INAMI/RIZIV).

Registration



Reimbursement system

A COMPLETER PAR LE TITULAIRE
COMPLÉTER EN CLIPSEBOLUS OU ACHETER UNE JONSTREPELLO.A.
 Nom et prénom du souscripteur

Organisme assureur: **509**
 Numéro d'inscription: **1 00**
 Adresse du titulaire: **100/100 1**

ATTESTATION DE SOINS DONNES
A REMPLIR PAR LE DISPENSATEUR

Nom du patient du patient: *Van Roye Frederic*
 Sexe: *M* / *F* / *A* / *N* / *Autre*
 Date de naissance: *10/06*
 Autres prestations (2)

Nom de la prestation	N° de la prestation	Quantité	Date de la prestation	N° de la prestation	Quantité
/					

Prescrit par: *Montant A.M. 21,134*
 en date du: *21/08/2014*
 Numéro d'identification INAMI: *1234567890*
 du prescripteur: *1234567890*
 Laboratoire ou appareillage ou service agréé sous le n°: *1234567890*
 Date de la prescription: *21/08/2014*
 Le patient est hospitalisé / ambulat (1): *1234567890*
 N° de l'établissement: *1234567890*
 Service: *1234567890*

(1) Soins en chambre malade.
 (2) Soins en service ou en ambulatoire.

Identification du dispensateur:
 1234567890 / 1234567890
 1234567890, DR.
 MÉDECINE GÉNÉRALTE

Date: *21/08/2014*


RECU
 1234567890 / 1234567890
 1234567890, DR.
 Date: *21/08/2014*

Reçu la somme de: *21,134*

- Pay full amount
- Receive a medical attestation
- Affix your Identification sticker on top of it
- Drop them off in a mailbox of our agency **OR** send them by post at the address below:
 “ Sluisweg 2 box 1 – 9000 Gent ”
- Reimbursement onto your bank account
- You have 2 years to send us the medical attestation

Reimbursement system : Pharmacy

✓ With ID CARD

 0.00000.00.000		Nom et prénom du prescripteur Dr. Dubois Jean Cardiologue
A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR: nom et prénom du bénéficiaire: Monsieur Y.		
Réservé à la vignette du conditionnement	Si: Kredex®6,25mg 2 comp/j dt 1bte Simvastatine EG® 20mg 1 comp/j dt 1bte Asaflow®80mg 1 comp/j dt 1bte Lisinopril EG * 20mg 1comp/j dt 1 bte Zopiclone ½ le soir dt 1bte	
Cachet du prescripteur	Date et signature du prescripteur délivrable à partir de la date indiquée ou à partir de:	
PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS		



Medicine

Thanks to your ID card, you will only pay the **remainder fee** at the pharmacy.

Reimbursement system : Pharmacy

✘ Without ID

ANNEXE 30

PAIEMENT AU COMPTANT (1) DES PRESTATIONS PHARMACEUTIQUES REMBOURSABLES	
<i>Figurent C.A.</i>	
Prescrit par :	
N° d'identification DNAMI :	
à en date du	
NOM, NUMERO D'IDENTIFICATION INAMI ET NUMERO BCE DE LA PHARMACIE	
Tarification par récépé	Code CNK et dénomination du produit formule de la préparation magistrale
Reçu le montant total de	
Date de la copie :	
Date d'exécution de l'ordonnance :	
Pour copie conforme.	
(signature du pharmacien)	

(1) Paiement au comptant pour un des motifs énumérés ci-dessous (à indiquer par une croix dans la case ad hoc):

- Le récépé n'est pas établi sur l'ordonnance de médicaments officielle.
- La condition pour le tiers payant n'est pas indiquée par le prescripteur.
- Produit(s) devant être délivré(s) au comptant.
- Réseau MyCare/Net indisponible
- Autorisation non présentée/manque

Remarque importante:
Le présent document doit être établi par ordonnance de médicaments.

mod/Annexe 30

- Pay full amount
- Receive the annex 30
- Affix your Identification sticker on top of it
- Drop them off in the mailbox of our agency
OR send them by post at the address below:

“ Sluisweg 2 box 1 – 9000 Gent ”
- Reimbursement onto your bank account
- You have 2 years to send us the medical attestation

Reimbursement system : Hospital

- Identify yourself (Reception - Terminal desk - Private insurance card)
 - Contribution of the National health insurance is deducted directly from the hospital bill
 - Bill sent after a few weeks with remainder fee
- ✦ Remainder fee and/or supplements (amount to be paid by yourself) depend on your private hospitalization insurance.

Costs considerably higher if single room, choice of hospital, medical providers,....

Partena OZ : Online tools

Become a web member



www.partena-ziekenfonds.be

APP

- To order document: id stickers, address change, advantages
- To calculate your reimbursement
- To search for general information: rates, doctors, hospital...
- To check your file

Contact us

To become a member



- students@bepartena.be

+ Name of your school/university in subject

If questions once a member



- Via our contact form on

« www.bepartena.be »

- 02 444 47 00