

# Health insurance/Brussels

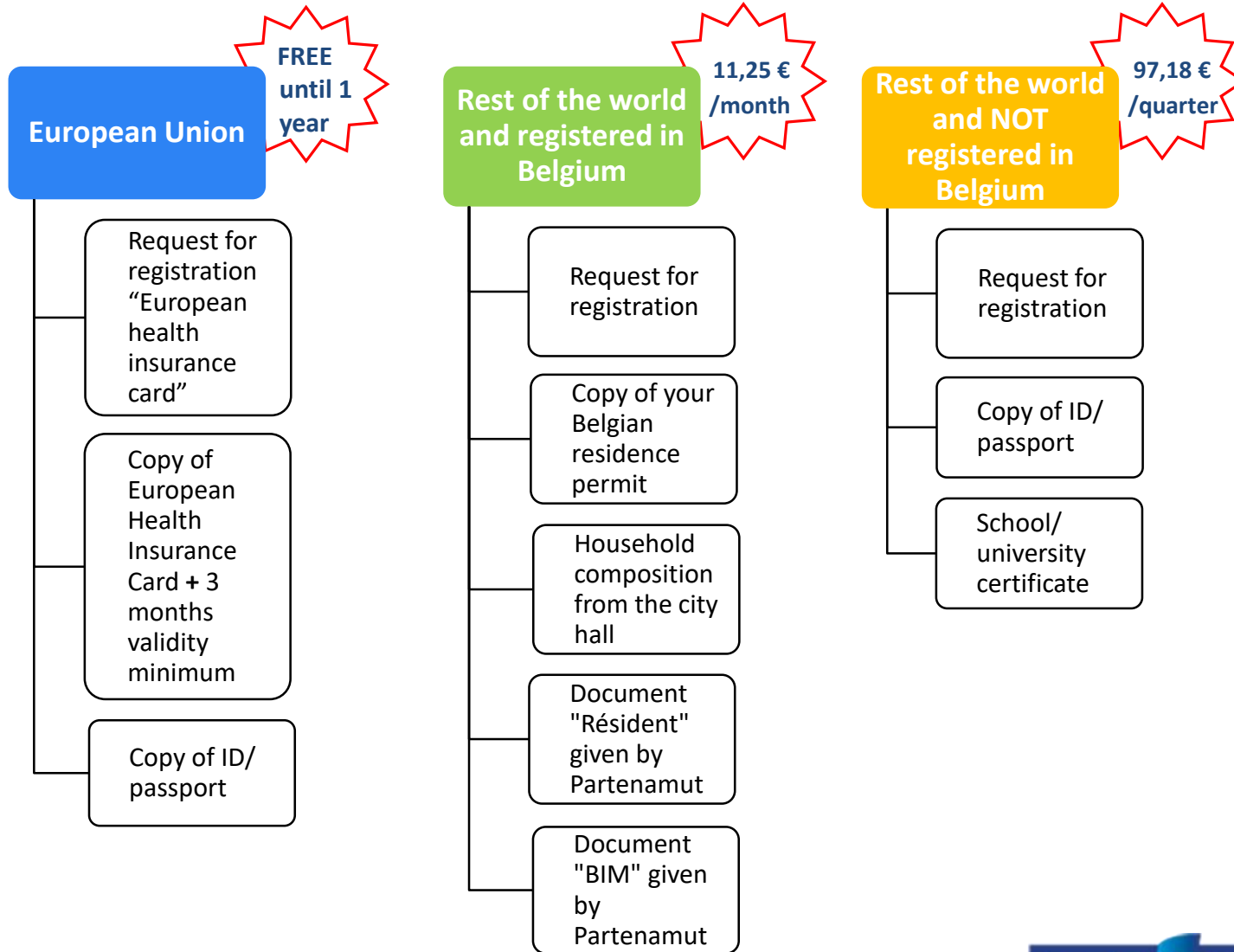


# Health Care in Belgium

- Belgium offers a **public** health care system of high-quality.
- **Free choice** of doctor, hospital, pharmacy, etc.
- **Partial reimbursement** of health care expenses
  - *Doctor*
  - *Medecines*
  - *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 DROITS DEUXIÈME OU TROISIÈME LANGUE**  
 Nom et prénom du titulaire: \_\_\_\_\_

Organisme assureur: **N° 509**  
 Numéro d'inscription: **1 00**  
 Adresse du titulaire: **108/100**

**ATTESTATION DE SOINS DONNES**  
**A REMPLIR PAR LE GÉNÉRALISTE**

Nom du patient du patient: *Van Roye Frédéric*

Coordonnées (Ville, etc): *1000*

Praticien de soins: *1000*

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

Prescrit par: \_\_\_\_\_

en date du: \_\_\_\_\_

Numéro d'identification INAMI du prescripteur: \_\_\_\_\_

Laboratoire ou appareillage ou service agréé sous le n°: \_\_\_\_\_

Date de la prescription de la prescription: \_\_\_\_\_

Le patient est hospitalisé / ambulatoire (1): \_\_\_\_\_

N° de l'établissement: \_\_\_\_\_

Service: \_\_\_\_\_

(1) Soins en chambre ou en clinique  
 (2) Soins en clinique ou en ambulatoire

Identification du dispensateur: **Montant A.M. 21.1.04**

1783494/70/004 1 990045/34  
 ANTOINET STUYVENBERG, DR.  
 MÉDECINE GÉNÉRALISTE

Date: *29/07*

**RECU**

1783494/70/004 1 990045/34  
 ANTOINET STUYVENBERG, DR.  
 Date: *29/07*

Reçu la somme de: \_\_\_\_\_

- 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:
  - “ Boulevard Louis Mettwie laan 74/76 - 1080 Bruxelles/Brussel ”
- Reimbursement onto your bank account
- You have 2 years to send us the medical attestation

# Reimbursement system: with E-attest

## E-ATTEST\*



CASE A	CASE B
➤ Pay full amount	➤ Pay remainder fee
➤ Receive a receipt	➤ Receive a receipt
➤ Reimbursement onto your bank account	

\* Automatic payment between doctor and health insurance

# 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	Q: 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	
délivré à partir de la date indiquée ou à partir de:		
PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS		



## Medicine

Thanks to your Belgian residence permit, 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	
Tarifcation par récépé	Code CNK et dénomination du produit formulé de la préparation magistrale
Payé le montant total de : Date de la copie : Date d'exécution de l'ordonnance :  Pour copie conforme. (signature du pharmacien)	
<small>(1) Paiement au comptant pour un des motifs énumérés ci-dessous (à indiquer par une croix dans la case ad hoc):</small>	
<input type="checkbox"/> Le récépé n'est pas établi sur l'ordonnance de médicaments officielle.	
<input type="checkbox"/> La condition pour le tiers payant n'est pas indiquée par le prescripteur.	
<input type="checkbox"/> Produit(s) devant être délivré(s) au comptant.	
<input type="checkbox"/> Réseau MyCare/Net indisponible	
<input type="checkbox"/> Autorisation non présentée/manquée	
<b>Remarque importante:</b> Le présent document doit être établi par ordonnance de médicaments.	
<small>inod/Annexe 30</small>	

- 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:  

“ Boulevard Louis Mettwie laan 74/76 -  
1080 Bruxelles/Brussel ”
- 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,....**



# Partenamut : Online tools

**Become a WEB member**



**[www.partenamut.be](http://www.partenamut.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](mailto:students@bepartena.be)  
+ Name of your school/university in subject

If questions once a member



- Via our contact form on [www.partenamut.be](http://www.partenamut.be)
- 02 444 47 00