

HONORAIRES

des soins remboursables les plus courants

**DISPENSATEUR DE SOINS
CONVENTIONNE**

Titre professionnel : kinésithérapeute

Numéro INAMI :

Numéro BCE :

	Intervention INAMI + ticket modérateur	Intervention INAMI	À charge du patient
DESCRIPTION DES SOINS	HONORAIRES **	INTERVENTION INAMI	TICKET MODERATEUR PATIENT
Séances « 1 à 9 » au cabinet en pathologie « courante » Code nomenclature* : 567011 – 567055 - 567092		Non Bim Bim	Non Bim Bim
Séances « 10 à 18 » au cabinet en pathologie « courante » Code nomenclature* : 560011 – 560114- 567210		Non Bim Bim	Non Bim Bim
Séances au cabinet en pathologie lourde « E » Code nomenclature* : 560652 – 560770 - 560895		Non Bim Bim	Non Bim Bim
Séances « 1 à 20 » au cabinet en pathologie fonctionnelle aiguë « Fa » Code nomenclature* : 567276 – 567291 - 567313		Non Bim Bim	Non Bim Bim
Séances « 1 à 60 » en pathologie fonctionnelle chronique « Fb » Code nomenclature* : 563614 – 563710 - 563813		Non Bim Bim	Non Bim Bim
Séances au cabinet dans le cadre de la kinésithérapie périnatale Code nomenclature* : 561595 – 561610 - 561632		Non Bim Bim	Non Bim Bim

* Ce sont les codes de nomenclature pour les patients en soins ambulatoires au cabinet en fonction de la localisation de ce cabinet.

** En cas d'exigences particulières du bénéficiaire, un coût complémentaire peut s'appliquer. Par « exigences particulières » on entend : lorsque le traitement est effectué avant 8 heures ou après 19 heures, un jour férié ou pendant le week-end, sauf sur prescription expresse du médecin indiquant que le traitement doit être effectué à l'un des jours susmentionnés.

Conventionné - Un dispensateur de soins conventionné applique les tarifs officiels de l'INAMI.

Non Bim – Bénéficiaire sans intervention majorée

Bim - Personne qui a droit à une intervention plus élevée de l'INAMI (bénéficiaire de l'intervention majorée).

Montant total - Montant maximal que vous payez pour ces soins. Il se compose de l'intervention de l'INAMI, du ticket modérateur et du coût complémentaire éventuel en cas d'exigence particulière.

Intervention INAMI - Partie de l'honoraire que l'assurance obligatoire soins de santé prend en charge.

Ticket modérateur patient - Partie maximale de l'honoraire que vous prenez en charge, en plus du coût complémentaire éventuel en cas d'exigence particulière.

Coût complémentaire - Montant que le dispensateur de soins conventionné facture en plus de l'honoraire INAMI en cas d'exigence particulière du patient. Par « exigences particulières » on entend : lorsque le traitement est effectué avant 8 heures ou après 19 heures, un jour férié ou pendant le week-end, sauf sur prescription expresse du médecin indiquant que le traitement doit être effectué à l'un des jours susmentionnés

Que payez-vous chez le dispensateur de soins ?

Le montant total. Votre mutualité vous rembourse ensuite le montant de l'intervention de l'INAMI
OU

Uniquement le ticket modérateur et les coûts complémentaires éventuels en cas d'exigence particulière (si le dispensateur applique le tiers payant)

Ces tarifs s'appliquent uniquement aux personnes assurées auprès de l'assurance obligatoire soins de santé si les conditions de remboursement sont remplies.

**Vous avez le droit d'obtenir toute information
quant aux répercussions financières des soins.**

Adresse(s) du cabinet :
Numéro de téléphone :
Site web (si d'application) :
Adresse e-mail indiquée sur le site Web (pour données administratives uniquement) :
Forme juridique :
Assurance RC Pro (nom, adresse, couverture géographique) :

Adresse du siège social (si personne morale):

Autorités de contrôle compétentes
Visa : SPF Santé publique, Direction générale des professions de santé, Avenue Galilée 5/02, 1210 Bruxelles

INAMI : Avenue Galilée 5/01, 1210 Bruxelles
Reconnaissance de titre professionnel particulier : Direction de l'Agrément des Prestataires de Soins de Santé (DAPSS), Rue Adolphe Lavallée 1, 1080 Bruxelles

HONORARIA

van de vaak voorkomende terugbetaalde zorg

GECONVENTIONEERDE ZORGVERLENER

Bijzondere Beroepstitel : kinesitherapeut

RIZIV-nummer :

KBO-nummer :

	Tussenkost + remgeld	Tussenkost RIZIV	Ten laste van de patiënt
OMSCHRIJVING ZORG	HONORARIUM**	TUSSENKOMST RIZIV	REMGELD PATIËNT
Zittingen « 1 tot 9 » in praktijkkamer voor "courante" pathologie Nomenclatuurcode* : 567011 – 567055 - 567092		RZV V.T.	RZV V.T.
Zittingen « 10 tot 18 » in praktijkkamer voor "courante" pathologie Nomenclatuurcode* : 560011 – 560114- 567210		RZV V.T.	RZV V.T.
Zittingen in praktijkkamer voor zware pathologie "E" Nomenclatuurcode* : 560652 – 560770 - 560895		RZV V.T.	RZV V.T.
Zittingen « 1 tot 20 » in praktijkkamer voor functionele acute pathologie "Fa" Nomenclatuurcode* : 567276 – 567291 - 567313		RZV V.T.	RZV V.T.
Zittingen « 1 tot 60 » in praktijkkamer voor functionele chronische pathologie "Fb" Nomenclatuurcode* : 563614 – 563710 - 563813		RZV V.T.	RZV V.T.
Zittingen in praktijkkamer in het kader van perinatale kinesitherapie Nomenclatuurcode* : 561595 – 561610 - 561632		RZV V.T.	RZV V.T.

* Dit zijn de nomenclatuurcodes voor ambulante patiënten in de praktijkruimte, afhankelijk van de locatie van deze praktijkruimte.

** In geval van bijzondere eisen van de rechthebbende kan een bijkomende kost van toepassing zijn. Onder "bijzondere eisen" wordt verstaan : als de behandeling moet worden verricht vóór 8 uur of na 19 uur, of als de behandeling op een wettelijke feestdag of tijdens het weekeinde wordt verricht, behalve op uitdrukkelijk voorschrift van de arts, waarin staat dat de behandeling moet worden uitgevoerd op één van de hierboven vermelde dagen.

Geconventioneerd - Een geconventioneerde zorgverlener past de officiële tarieven van het RIZIV toe.

RZV - Rechthebbende zonder voorkeurregeling

V.T. - Personen die recht hebben op de "verhoogde tegemoetkoming" van het RIZIV.

Totaalbedrag - Het maximumbedrag dat je betaalt voor je zorg. Dit bestaat uit de "tussenkost RIZIV", het "remgeld" en de eventuele bijkomende kost in geval van bijkomende eisen.

Tussenkost Riziv - Deel van het honorarium dat de verplichte ziekteverzekering ten laste neemt. Ook "tegemoetkoming" genoemd.

Remgeld patiënt - Deel van het honorarium dat je maximaal zelf draagt, naast de eventuele bijkomende kost in geval van bijkomende eisen. Ook "persoonlijk aandeel" genoemd.

Bijkomende kost - Het bedrag dat een zorgverlener maximaal kan aanrekenen boven op het honorarium in geval van bijzondere eisen van de rechthebbende. Onder "bijzondere eisen" wordt verstaan : als de behandeling moet worden verricht vóór 8 uur of na 19 uur, of als de behandeling op een wettelijke feestdag of tijdens het weekeinde wordt verricht, behalve op uitdrukkelijk voorschrift van de arts, waarin staat dat de behandeling moet worden uitgevoerd op één van de hierboven vermelde dagen.

Wat betaal je bij de zorgverlener?

Het totaalbedrag : je ziekenfonds betaalt je de tussenkost RIZIV nadien terug
OF
Enkel het remgeld en de eventuele bijkomende kost in geval van bijzondere eisen (als de zorgverlener de derdebetalersregeling toepast)

Deze honoraria gelden enkel voor verzekerden bij de verplichte ziekteverzekering en indien aan de vergoedingsvoorwaarden is voldaan.

U hebt recht op verdere informatie over de financiële gevolgen van de verleende zorg.

Praktijkadres(sen) :

Telefoonnummer :

Website (indien van toepassing) :

Op website vermeld e-mailadres (enkel voor administratieve gegevens) :

Rechtsvorm :

B.A. Beroep (Naam, adres, geografische dekking) :

Bevoegde toezichthoudende autoriteiten

Visum : FOD Volksgezondheid, directoraat-generaal gezondheidsberoepen, Galileelaan 5/2, 1210 Brussel

RIZIV : Galileelaan 5/1, 1210 Brussel

Erkenning bijzondere beroepstitel : Agentschap Zorg en Gezondheid, Afdeling Informatie en Zorgberoepen Albert II-laan 35 bus 38, 1030 Brussel