

# tegemoetkoming psychotherapie



Hoe vraag je deze terugbetaling aan?

**Via MijnPartena, jouw online ziekenfonds of de Partena Ziekenfonds app:**  
neem een foto of scan van het ingevulde formulier en vraag je terugbetaling digitaal aan.

**Per post naar Partena Ziekenfonds, Sluisweg 2 b1, 9000 Gent.**

## Partena Ziekenfonds

voorziet een tegemoetkoming van 20 euro per sessie psychotherapie

- voor kinderen en jongeren t.e.m. 18 jaar voor max. 6 sessies/jaar
- voor chronisch zieken voor max. 12 sessies/jaar

Volgende therapieën komen in aanmerking: alternatieve therapie, groepspsychotherapie, sociotherapie, PMT/bewegingstherapie, creatieve therapie, psycho-educatie, sociale vaardigheden, systeemtherapie, dramatherapie, danstherapie, muziektherapie en cognitieve gedragstherapie.

**Nieuw vanaf 14/3/2020:** Ook teleconsultaties worden terugbetaald.

## Wat moet je doen om hiervan te genieten?

- Bevestig een kleeftbriefje van de persoon die de psychotherapie volgde.
- Kinderen en jongeren t.e.m. 18 jaar: laat dit document invullen en afstempelen door de psycholoog of psychotherapeut.
- Chronisch zieken: laat dit document invullen en afstempelen door de psycholoog of psychotherapeut en het daarvoor voorziene vak door je behandelende arts. (Of voeg een medisch getuigschrift toe – 6 maanden geldig.)

## Zorgen om medische kosten?

Medicalia begint waar een andere gezondheidsverzekering stopt. Je krijgt per aansluitingsjaar tot maximaal 1.500 euro terugbetaald voor medische zorgen buiten een ziekenhuisopname. Psychotherapie wordt maximaal 600 euro terugbetaald. Zo blijven consultaties bij bv. de psycholoog betaalbaar. Bekijk de terugbetalingsinfo op [www.partena-ziekenfonds.be/medicalia](http://www.partena-ziekenfonds.be/medicalia)

## Gegevens van de klant of kleeftzegel

Kleeftzegel

## In te vullen door de behandelende arts (voor chronisch zieken)

Hierbij bevestig ik dat: naam: ..... voornaam: .....

lijdt aan de volgende chronische ziekte:

- |  |  |   |   |                                   |                                    |
|--|--|---|---|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> amputaties        | <input type="checkbox"/> Alzheimer                       | <input type="checkbox"/> anorexie                             | <input type="checkbox"/> astma / chronisch obstructieve longziekte (COPD) |                                   |                                    |
| <input type="checkbox"/> atherosclerose    | <input type="checkbox"/> autistische spectrumstoornissen | <input type="checkbox"/> beroerte                             | <input type="checkbox"/> brandwonden                                      | <input type="checkbox"/> boulimie |                                    |
| <input type="checkbox"/> Crohn             | <input type="checkbox"/> chronische pijnen               | <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob                    | <input type="checkbox"/> depressie  | <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> epilepsie |
| <input type="checkbox"/> gehoorstoornissen | <input type="checkbox"/> Huntington                      | <input type="checkbox"/> hyperlipidemie/hyper cholesterolemie | <input type="checkbox"/> hypertensie                                      | <input type="checkbox"/> kanker   |                                    |
| <input type="checkbox"/> metabool syndroom | <input type="checkbox"/> mucoviscidose                   | <input type="checkbox"/> multiple sclerose                    | <input type="checkbox"/> nierziekten                                      | <input type="checkbox"/> obesitas | <input type="checkbox"/> Covid-19  |
| <input type="checkbox"/> Parkinson         | <input type="checkbox"/> schizofrenie                    | <input type="checkbox"/> spier- en skeletaandoeningen         | <input type="checkbox"/> vasculaire dementie en visuele handicaps.        |                                   |                                    |

Datum: .....

Stempel en/of handtekening van de behandelende arts

## In te vullen door de psycholoog of psychotherapeut

Datum	Betaald bedrag	Naam en handtekening en/of stempel van de psycholoog of psychotherapeut
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Nomenclatuurcodes: kinderen/jongeren: **809384**; chronisch zieken: **809292**



\*GT07411D0000000439522800\*