

Terugbetalingsaanvraag diëtiëk bij ernstige of chronische ziekte



onafhankelijk ziekenfonds

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 bus 1 - 9000 Gent

Opgelet! Dit voordeel kan enkel nog aangevraagd worden voor sessies die plaatsvonden vóór 1/1/2021.

Partena Onafhankelijk Ziekenfonds

voorziet een tegemoetkoming van 10 euro per sessie met een maximum van 12 sessies per 2 kalenderjaar bij een gediplomeerd diëtist.

Wie kan hiervan genieten?

- Personen die gebruik maakten van sessies die plaatsvonden vóór 1/1/2021.
- Personen met een ernstige of chronische ziekte.

Wat moet je doen om hiervan te genieten?

- Bevestig een kleeftbriefje van de persoon die de diëtiëk volgde.
- Laat het document invullen en afstempelen door je behandelende (huis)arts of voeg een medisch getuigschrift toe.
- Laat het document invullen en afstempelen door een gediplomeerd diëtist.

Klantgegevens (of kleeftzegel)

Naam en voornaam:	_____
Klantnummer:	_____
Adres:	_____ _____ _____

In te vullen door de behandelende arts

Hierbij bevestig ik dat: _____

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"/> Covid-19	<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"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> schizofrenie	<input type="checkbox"/> spier- en skeletaandoeningen		
<input type="checkbox"/> vasculaire dementie	<input type="checkbox"/> visuele handicaps				

Datum: _____

Stempel en/of handtekening van de behandelende arts:



In te vullen door de erkende diëtist(e)

Hierbij verklaar ik, erkende diëtist(e), _____

dat ik: _____

heb behandeld op de volgende data:

datum	honorarium/bedrag
1. / /	
2. / /	
3. / /	
4. / /	

datum	honorarium/bedrag
5. / /	
6. / /	
7. / /	
8. / /	

Datum: / /

Stempel en/of handtekening:

Nomenclatuurcodes: eerste 4 zittingen: **809093**; bijkomende zittingen: **809104**