

tegemoetkoming diëtiëk bij ernstige of chronische ziekte



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 Onafhankelijk Ziekenfonds

voorziet een tegemoetkoming van 10 euro per sessie met een maximum van 12 sessies per 2 kalenderjaren bij een gediplomeerd diëtist, een erkende gezondheidscoach (lid Vlaamse Vereniging GezondheidsCoaches of VVGC) of bij WW (Weight Watchers).

Wie kan hiervan genieten?

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 (6 maanden geldig).
- Laat het document invullen en afstempelen door een gediplomeerd diëtist, een erkende gezondheidscoach of WW.

Gegevens van de klant of kleeftbriefje

Kleeftbriefje

In te vullen door de behandelende arts

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"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> schizofrenie | <input type="checkbox"/> spier- en skeletaandoeningen | <input type="checkbox"/> vasculaire demencie en visuele handicaps. | | |

datum:

Handtekening en/of stempel

In te vullen door de diëtist, de gezondheidscoach of WW

Ik,

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Erkende diëtist | naam: | voornaam: |
| <input type="checkbox"/> WW | naam: | voornaam: |
| <input type="checkbox"/> Gezondheidscoach VVGC | lidnummer VVGC: | |

verklaar, naam: voornaam:

behandeld te hebben op volgende data:

datum	honorarium/bedrag	datum	honorarium/bedrag
1.		5.	
2.		6.	
3.		7.	
4.		8.	

Handtekening en/of stempel

datum:

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



GT05511D0000000420878900