

Medische eigen bijdrage, niet-vergoede geneesmiddelen en aanvullende verzekering in Frankrijk – samenvatting

Het Franse zorgsysteem verdeelt de kosten tussen drie partijen: de sociale zekerheid, de aanvullende verzekering (mutuelle) en de patiënt. Een deel van de kosten blijft altijd ten laste van de patiënt, met name de medische eigen bijdrage (franchise médicale), forfaitaire bijdragen en niet-vergoede geneesmiddelen.

Medische eigen bijdrage (franchise médicale)

De franchise médicale is een verplicht klein bedrag dat wordt ingehouden op de terugbetalingen van de sociale zekerheid. Dit bedrag wordt dus niet rechtstreeks aan de arts of apotheker betaald. Wanneer de verzekerde de kosten niet zelf heeft voorgesloten, kan het ziekenfonds de franchise niet onmiddellijk aftrekken. In dat geval wordt een lopend totaal bijgehouden, dat later wordt verrekend met een volgende terugbetaling. Is het openstaande bedrag hoger dan de vergoeding, dan wordt slechts een deel ingehouden en blijft het saldo openstaan.

Bedragen

- €1 per doosje geneesmiddelen
- €1 per paramedische handeling
- €4 per medisch vervoer

Dagelijkse maxima

- max. €4 per dag voor paramedische handelingen
- max. €8 per dag voor medisch vervoer

Jaarlijks maximum



€50 per persoon per kalenderjaar

De franchise geldt o.a. niet voor spoedeisend vervoer (Samu/15), maar wel voor vervoer per taxi conventionné, VSL of ambulance.

Vrijstellingen

- kinderen en jongeren onder 18 jaar
- begunstigen van Complémentaire santé solidaire of AME
- zwangere vrouwen vanaf de 6e maand tot 12 dagen na de bevalling
- minderjarigen voor (nood)anticonceptie zonder ouderlijke toestemming
- slachtoffers van terroristische aanslagen (gerelateerde zorgkosten)

Forfaitaire bijdrage (€2)

Naast de franchise geldt een forfaitaire bijdrage van €2 voor:

- consulten bij huisarts of specialist
- radiologische onderzoeken
- laboratoriumanalyses

Maximum: €8 per dag

Niet van toepassing op tandzorg, verloskundige zorg en paramedische zorg waarvoor al een franchise geldt.

Vrijgesteld:

- jongeren onder 18 jaar
- zwangerschap (vanaf 6e maand tot 12 dagen na bevalling)
- begunstigden van Compl. santé solidaire of AME

Niet-vergoede geneesmiddelen

Sommige geneesmiddelen worden niet terugbetaald, zoals comfortmedicatie, middelen tegen stress/vermoeidheid en bepaalde natuurlijke producten.



Deze kosten zijn volledig voor rekening van de patiënt (geen eigen bijdrage maar geen vergoeding).

Rol van de mutuelle

De aanvullende verzekering kan:

- niet-vergoede delen aanvullen
- extra kosten dekken
- soms bepaalde niet-vergoede medicijnen vergoeden



Wettelijk mogen franchise médicales en forfaitaire bijdragen niet door de mutuelle worden terugbetaald.

Inning en betalingsbrieven

Normaal worden bijdragen automatisch ingehouden op terugbetalingen. Ontvangt u een brief met “betaling van uw forfaitaire bijdragen en eigen bijdragen”, dan betekent dit dat inhouding niet mogelijk was en er een openstaand saldo rechtstreeks moet worden betaald.

Kort samengevat

- De patiënt betaalt altijd een deel zelf (behalve vrijstellingen).
- Franchise en forfaitaire bijdragen zijn verplicht.
- Sommige medicijnen worden niet vergoed.
- De mutuelle mag deze bijdragen niet terugbetalen.
- Jaarlijks maximum: €50 franchise + €50 forfaitaire bijdragen.
- Betalingsbrieven zijn inhaalbetalingen, geen boetes.

Conclusie:

Het Franse zorgsysteem werkt met gedeelde kosten. De franchise médicale, forfaitaire bijdragen en niet-vergoede geneesmiddelen behoren structureel tot de persoonlijke uitgaven van de patiënt. Inzicht in dit systeem voorkomt verwarring bij inhoudingen en betalingsbrieven.