

Algemene voorwaarden op 1 januari 2010.



Samenvatting van de statuten van het Ziekenfonds, gestemd door de Buitengewone Algemene Vergadering van 16 september 2009.

Maandbedragen van de bijdragen in € op 01/01/2010, alle heffingen inbegrepen.

Leeftijdsgroepen	Hospitalia	Hospitalia plus	Hospitalia ambulant ⁽¹⁾
Aangesloten bij de producten Hospitalia:			
• vóór 01/01/1994 of aangesloten, na deze datum, jonger dan 46 jaar (2)			
jonger dan 18 jaar	2,94	4,59	6,67
van 18 tot 24 jaar	3,30	5,64	6,85
van 25 tot 49 jaar	8,46	14,60	14,03
van 50 tot 59 jaar	11,29	17,94	20,20
60 jaar en ouder	19,55	31,16	31,71
• Na 01/01/1994, tussen 46 en 49 jaar (2)			
46 tot 49 jaar (+ 5 %)	8,88	15,33	14,73
50 tot 59 jaar (+ 5 %)	11,85	18,84	21,21
60 jaar en ouder (+ 5 %)	20,53	32,73	33,30
• Na 01/01/1994, tussen 50 en 54 jaar (2)			
50 tot 59 jaar (+ 10 %)	12,42	19,73	22,22
60 jaar en ouder (+ 10 %)	21,51	34,28	34,88
• Na 01/01/1994, tussen 55 en 59 jaar (2)			
55 tot 59 jaar (+ 50 %)	16,93	26,92	30,30
60 jaar en ouder (+ 50 %)	29,33	46,75	47,57
• Na 01/01/1994, vanaf 60 jaar of ouder (2)			
60 jaar en ouder (+ 70 %)	33,23	52,98	

(1) Deze bedragen worden toegevoegd aan deze van Hospitalia of Hospitalia Plus.

(2) Op begindatum aansluiting of op datum overgang van Hospitalia naar Hospitalia Plus.

Hospitalia is de gedeponeerde naam van het Ziekenfonds voor Hospitalisatiekosten.
Erkend bij K.B. van 14 mei 1981 (B.S. van 19 juni 1981) onder het nr. 780/01
Maatschappelijke zetel: Sint-Huibrechtsstraat, 19 - 1150 BRUSSEL - Ondernemingsnummer: 422.189.629

BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

1. Onder ZIEKENFONDS moet men het bij K.B. van 14 mei 1981 erkende ZIEKENFONDS VOOR HOSPITALISATIEKOSTEN verstaan (B.S. van 19 juni 1981), (courante benaming: HOSPITALIA).

2. De aangeslotene is de persoon waarvan de identiteit vermeld staat op het aansluitingsformulier. Hij kan kiezen voor een basisverzekering (HOSPITALIA) of een verruimde versie (HOSPITALIA PLUS). Ter aanvulling van HOSPITALIA of HOSPITALIA PLUS, kan hij tevens opteren voor HOSPITALIA AMBULANT.

3. De NOMENCLATUUR is deze die bestaat in de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (K.B. van 14 september 1984 en latere wijzigingen).

4. Moet als een HOSPITALISATIE beschouwd worden: elk verblijf van ten minste één nacht en de dag-hospitalisatie, in een verpleeginstelling, d.w.z. een als zodanig door het Ministerie van Volksgezondheid erkende instelling, waar er gebruik wordt gemaakt van wetenschappelijk beproefde diagnosemiddelen en therapeutische middelen.

5. De uitdrukking VERSTREKKING VAN VERZORGING verwijst naar de lijst van de in de Nomenclatuur vervatte verstrekkingen.

6. Onder FARMACEUTISCHE PRODUCTEN dient men elke farmaceutische specialiteit te verstaan die bij het Ministerie van Volksgezondheid is ingeschreven krachtens artikel 6 van de wet van 25 maart 1964 en van het K.B. van 3 juli 1969, gewijzigd door latere besluiten.

7. Onder IMPLANTATEN, medische apparatuur en diverse leveringen dient men te verstaan alles wat wettelijk erkend wordt.

8. Een ONGEVAL is een plotse gebeurtenis die zich buiten de wil van de verzekerde persoon voordoet en een lichamelijk letsel veroorzaakt waarvan de oorzaak of één van de oorzaken buiten het organisme ligt. Dit ongeval moet aanleiding gegeven hebben tot traumatische letsels waarvan de behandeling van dien aard is dat ze gedekt wordt door deze bepalingen.

9. Onder HOSPITALISATIENOTA en HONORARIUMNOTA, dient men de stukken te verstaan zoals deze bepaald zijn door artikel 9 septies-bis, paragraaf 1 van het Koninklijk Besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

10. Onder HOSPITALISATIEGEVAL, dient men het verblijf van een patiënt te verstaan dat begrepen is tussen de datum van de opname in een verplegingsinrichting en de datum waarop de betrokkene diezelfde inrichting verlaat.

11. Onder KWITANTIE, verstaat men het document dat door het ziekenfonds gebruikt wordt in het kader van de financiële vereffening van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering aan het lid dat verstrekkingen heeft moeten betalen buiten het kader van de derde betaler.

12. Onder AMBULANTE VERZORGING, verstaat men de verzorging die toegediend wordt buiten een ziekenhuisopname en buiten een daghospitalisatie, zoals bepaald in bovenvermeld punt 4.

12. Onder VOORAF BESTAANDE AANDOENING, ZIEKTE OF TOESTAND, verstaat men een ziekte, aandoening of gezondheidstoestand (zoals zwangerschap), die bestaat op het ogenblik van de aansluiting bij het Ziekenfonds (of op het ogenblik van de overgang van het ene product naar het andere binnen het Ziekenfonds) en die een ziekenhuisopname veroorzaakt.

AANVAARDING

Personen die willen aansluiten (of aangesloten willen blijven) bij het Ziekenfonds, kunnen dit enkel op voorwaarde dat zij in de verplichte verzekering aan-

sluiten of aangesloten zijn bij een van de volgende 9 afdelingen :

501: OZ - 506: Mutualité Professionnelle et Libre de la Région Wallonne - 509: Euromut - 515: Freie Krankenkasse - 516: Securex - 526: Partena OZV - 527: Partenamut - 232: Munalux - 235: VNZ.

Er zijn wel enkele statutaire uitzonderingen (zie onze afdelingen).

De kinderen die als personen ten laste van het gezin beschouwd worden en de echtgeno(o)t(e) of samenwonende moeten eveneens aansluiten in het kader van dezelfde dekking HOSPITALIA, HOSPITALIA PLUS en HOSPITALIA AMBULANT, behalve indien zij reeds gedekt zijn door een hospitalisatieverzekering van het type 'werkelijke kosten'.

De leeftijdsgrens voor de aansluiting is vastgesteld op 65 jaar voor HOSPITALIA en HOSPITALIA PLUS behalve in geval van mutatie in de verplichte verzekering voor de personen die vooraf aangesloten waren en in orde waren met hun bijdragen bij een gelijkaardige hospitalisatiedienst van een andere Belgische mutualistische entiteit.

Ze is vastgesteld op 59 jaar voor HOSPITALIA AMBULANT.

Het lid dat geschrapt wordt zal pas na 3 jaar opnieuw kunnen aansluiten bij het Ziekenfonds met een nieuwe wachttijd, behalve als hij een aansluiting kan bewijzen (én kan bewijzen dat hij in orde was met de bijdragen) bij een gelijkaardige ziekenfondsverzekering of hospitalisatieverzekering van de werkgever tot de datum van zijn heraansluiting.

BEGIN, DUUR EN EINDE VAN DE WAARBORG

1. Is aangesloten, iedere persoon die erkenning heeft bekomen van het recht op de verstrekkingen van het Ziekenfonds, mits betaling van een bijdrage.

2. Het document 'Aanvraag voor een aansluiting of een transfer' en de 'Medische vragenlijst', naar behoren ingevuld, moeten hiertoe aan het Ziekenfonds bezorgd worden.

Deze medische vragenlijst heeft tot doel:

- hetzij in het kader van HOSPITALIA of HOSPITALIA PLUS, in geval van vooraf bestaande ziektes, aandoeningen of toestanden, de tegemoetkoming eventueel te beperken tot een dagforfait voor de ziekenhuisopname ten gevolge van die ziekte, aandoening of toestand;
- hetzij voor HOSPITALIA AMBULANT de aansluiting te aanvaarden of te weigeren.

3. De aansluiting begint te lopen op de 1e dag van de maand die volgt op de maand in de loop waarvan het lid deze stukken verstuurd of overhandigd heeft (de poststempel, het ontvangstbewijs door het ziekenfonds of de registratie van het document bij de ontvangst, via scanning, hebben bewijskracht), dit voor zover de aanvraag aanvaard wordt door de Medisch Adviseur voor HOSPITALIA AMBULANT en het Ziekenfonds de eerste bijdrage ontvangen heeft voor elke aangeslotene, uiterlijk op de laatste dag van de 6e maand die volgt op de aansluitingsdatum.

De aansluiting van een pasgeborene of van een adoptiekind jonger dan drie jaar, dat niet vrijgesteld is van wachttijd (cf. wachttijd, punt 2, blz. 3), begint te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op zijn geboorte of zijn adoptie, op voorwaarde dat de aansluitingsaanvraag en de medische vragenlijst ingediend worden vóór het einde van de 3e maand die volgt op zijn geboorte of zijn adoptie, en dat de eerste bijdrage door het Ziekenfonds geïnd wordt uiterlijk op de laatste dag van de 6e maand die volgt op de aansluitingsdatum.

De spontane betaling van een bijdrage, zonder dat men hiertoe uitgenodigd werd, wordt niet als een aansluiting beschouwd. Bij niet-naleving van de termijn van 6 maanden, zal deze bijdrage terugbetaald worden en dan zal er een nieuwe aansluitingsprocedure moeten worden ingesteld.

4. Mocht de Medisch Adviseur, op basis van de medische vragenlijst, bijkomende inlichtingen vragen, vooraleer hij zich kan uitspreken over de aansluitings- of overgangsaanvraag, dan beschikt de kandidaat over 45 dagen om hieraan een gevolg te geven. Wordt deze termijn nageleefd en aanvaardt de Medisch Adviseur de aansluiting of de overgang, met of zonder beperking van de tegemoetkoming, dan begint deze te lopen volgens de hierboven beschreven regels.

Wordt de termijn niet nageleefd, dan begint de aansluiting of overgang, gezien de afwezigheid van ontvangen bijkomende informatie, automatisch te lopen volgens de hierboven bepaalde regels met een beperking van de tegemoetkoming van HOSPITALIA of HOSPITALIA PLUS voor de vooraf bestaande ziekte of aandoening of toestand die vermeld staat op de medische vragenlijst.

Overschrijdt de termijn evenwel de 90 dagen, dan zal de aansluitingsprocedure helemaal opnieuw moeten worden begonnen voor HOSPITALIA AMBULANT.

5. De beslissing tot aanvaarding met of zonder beperking van de tegemoetkoming voor HOSPITALIA of HOSPITALIA PLUS, of tot aanvaarding of weigering voor HOSPITALIA AMBULANT wordt per brief medegedeeld aan de kandidaat voor een aansluiting.

Bij aanvaarding, zal de brief voor elke aangeslotene die voorkomt op de aansluitingsaanvraag, melding maken van het bedrag en de betaaldatum van de eerste bijdrage en van de datum van inwerkingtreding van de aansluiting.

6. De duur van de dekking is onbeperkt, onder voorbehoud van de volgende punten:

- de aangeslotene kan een einde maken aan de verzekering door de verzending van zijn ontslag, en ook van het ontslag van alle personen die verplicht waren om aan te sluiten. Het ontslag wordt effectief, mits naleving van een opzegtermijn van 1 maand, die begint te lopen op de 1e dag van de maand die volgt op de maand waarin dit betekend werd. De teveel betaalde bijdragen zullen terugbetaald worden;
- het Ziekenfonds mag een aangeslotene uitsluiten, wanneer deze laatste vrijwillig schade zou hebben berokkend aan de belangen van het Ziekenfonds en meer bepaald in geval van leugenachtige aangifte, van verzwijging of fraude bij de indiening van de terugbetalingsaanvragen of in geval van weigering om zich te schikken naar onderhavige bepalingen;
- het Ziekenfonds kan evenwel geen einde maken aan de aansluiting, wanneer er sprake zou zijn van een (eenmalige of veelvoudige) tegemoetkoming en het kan geen regels inzake een leeftijdsgrens inroepen.

DE OVERGANG VAN DE ENE AANSLUITING NAAR DE ANDERE

VAN HOSPITALIA NAAR HOSPITALIA PLUS

Ieder lid dat aangesloten is in het kader van HOSPITALIA, kan een overgang aanvragen naar HOSPITALIA PLUS, indien hij jonger is dan 66 jaar, mits de indiening van een aanvraag voor een transfer en een medische vragenlijst.

Op basis van de medische vragenlijst zal de Medisch Adviseur de aansluiting aanvaarden, met of zonder beperking van de tegemoetkoming in geval van vooraf bestaande ziektes, aandoeningen of toestanden. De beperkingen die al gelden in het kader van HOSPITALIA zullen van toepassing blijven voor HOSPITALIA PLUS.

Het lid zal verplicht een nieuwe wachttijd moeten vervullen in het kader van HOSPITALIA PLUS. Hij zal tijdens de wachttijd van HOSPITALIA PLUS evenwel verder kunnen genieten van de terugbetalingen die toegekend worden door HOSPITALIA, voor zover de wachttijd voor HOSPITALIA integraal vervuld werd.

In geval van een beperking van de dekking, gaat de beperking onmiddellijk in op de datum van de overgang.

De overgang van HOSPITALIA naar HOSPITALIA PLUS zal geweigerd worden aan het lid dat reeds zo'n overgang gedaan heeft in de laatste drie jaren voorafgaand voor de overgang.

VAN HOSPITALIA PLUS NAAR HOSPITALIA

Ieder lid dat aangesloten is in het kader van HOSPITALIA PLUS, kan op ieder ogenblik zijn overgang naar HOSPITALIA aanvragen op de eerste dag van de maand die volgt op de indiening van de aanvraag voor een transfer, zonder enige andere voorwaarde, mits de vervulling van een wachttijd die gelijk zal zijn aan het aantal eventueel nog onvervulde maanden van de wachttijd die vervuld moest worden in het kader van HOSPITALIA PLUS. De beperkingen van tegemoetkoming, die gelden voor HOSPITALIA PLUS, zullen van toepassing blijven voor HOSPITALIA.

BIJKOMENDE AANSLUITING BIJ HOSPITALIA AMBULANT

Ieder lid, jonger dan 60 jaar, dat aangesloten is in het kader van HOSPITALIA of HOSPITALIA PLUS, kan vragen om aangesloten te worden bij de bijkomende dekking HOSPITALIA AMBULANT, mits de indiening van een aanvraag voor een transfer en een medische vragenlijst. Het aanvaarde lid zal verplicht een nieuwe wachttijd moeten vervullen in het kader van HOSPITALIA AMBULANT. De aansluiting bij deze bijkomende dekking zal geweigerd worden aan het lid dat reeds zo'n aanvraag ingediend had in de laatste drie jaar voorafgaand aan de aanvraag.

Ieder lid dat aangesloten is in het kader van HOSPITALIA AMBULANT, kan de schraping van deze dekking vragen. Het ontslag wordt effectief, mits naleving van een opzegtermijn van 1 maand, die begint te lopen op de 1e dag van de maand die volgt op de maand waarin dit betekend werd.

WACHTTIJDEN

1. Algemene voorwaarden

Vooraleer men kan genieten van de tegemoetkomingen van het Ziekenfonds, dient men een wachttijd van 6 maanden te vervullen. Deze wachttijd begint te lopen op de aansluitingsdatum. Het Ziekenfonds kent geen tegemoetkoming toe voor een ziekenhuisopname, die een aanvang genomen heeft tijdens de wachttijd.

2. Vrijstelling van de wachttijd

Indien één van de ouders aangesloten is bij het Ziekenfonds op een aansluitingsdatum die voorafgaat aan de geboorte- of adoptiedatum, dan is de pasgeborene gedekt vanaf zijn geboorte, en het adoptiekind jonger dan drie jaar vanaf de adoptiedatum, zonder medische vragenlijst, op voorwaarde dat een kopie van de geboorteakte of adoptieakte ingediend wordt vóór het einde van de 3e maand die volgt op de geboorte of de adoptie en dat de eerste bijdrage uiterlijk geïnd wordt op de laatste dag van de 6e maand die volgt op de aansluitingsdatum. Dit geldt enkel als de gerechtigde van het kind aangesloten is in de verplichte verzekering zijn wachttijd beëindigd heeft.

3. Schorsing

In geval van gevangenschap en op verzoek van de aangeslotene, kunnen de statutaire rechten en verplichtingen geschorst worden. Deze rechten en verplichtingen treden opnieuw in werking vanaf de 1e dag van de maand die volgt op het verzoek van de aangeslotene om een einde te maken aan deze periode van schorsing en op voorwaarde dat hij zijn aanvraag indient binnen de 90 dagen na het einde van de reden van schorsing en hij zijn bijdrage betaald heeft binnen de 15 dagen na het verzoek tot betaling door het Ziekenfonds.

4. Afwijking van de wachttijd bij ongeval

Het Ziekenfonds verstrekt een tegemoetkoming voor elke ziekenhuisopname en elke ambulante verzorging die het gevolg zijn van een ongeval dat traumatische letsels veroorzaakt heeft, waarvan de behandeling van

dien aard is dat ze gedekt wordt door de bepalingen van dit document, op voorwaarde dat het ongeval zich voordoet na de aansluitingsdatum. Deze tegemoetkoming is onderworpen aan het gunstig advies van de Medisch Adviseur van het Ziekenfonds.

5. Afwijking van de wachttijd voor de gelijkaardige hospitalisatieverzekeringen

Het Ziekenfonds verstrekt een tegemoetkoming ten gunste van de nieuwe aangeslotenen, die op basis van afdoende bewijsstukken kunnen aantonen dat zij tot de datum van hun aansluiting bij het Ziekenfonds Hospitalia en sinds 6 maanden gedekt waren al naargelang het geval, door een gelijkaardige verzekering ambulante verzorging voor HOSPITALIA AMBULANT of door een gelijkaardige hospitalisatieverzekering van het type 'werkelijke kosten', dit is een verzekering waarvan de terugbetalingen gebeuren op basis van de werkelijke kosten die vermeld staan op de hospitalisatiefactuur, voor HOSPITALIA of HOSPITALIA PLUS.

TERUGBETALINGEN DOOR HOSPITALIA EN HOSPITALIA PLUS

De terugbetalingen worden bepaald op basis van de door de aangeslotene gekozen dekking: HOSPITALIA of HOSPITALIA PLUS.

Indien er geen onderscheid gemaakt wordt tussen de beide verzekeringen, dan zijn onderstaande tegemoetkomingen van toepassing op de beide verzekeringen.

TEGEMOETKOMINGEN VOOR HOSPITALISATIES IN BELGIE

1. De tegemoetkoming is verschuldigd in geval van ziekenhuisopname in een erkende dienst. Het gaat hier om de volgende diensten:

- 19 (n) afdeling niet-intensieve neonatale verzorging
- 21 (C) dienst voor diagnose en heelkundige behandeling
- 22 (D) dienst voor diagnose en medische behandeling
- 23 (E) dienst voor kindergeneeskunde
- 24 (H) dienst voor gewone ziekenhuisverpleging
- 25 (L) dienst voor besmettelijke ziekten
- 26 (M) kraamdienst
- 27 (N) dienst voor intensieve neonatale verzorging
- 29 eenheid voor de behandeling van patiënten met zware brandwonden
- 34 (K) dienst voor neuropsychiatrie voor kinderen (dag en nacht)
- 37 (A) dienst voor neuropsychiatrie (dag en nacht)
- 41 (T) psychiatrische dienst (dag en nacht)
- 49 (I) dienst intensieve verzorging en in de op blz. 4 voorziene limieten:
- 30 (G) dienst voor geriatrie en revalidatie
- 61 tot 66 (S) dienst voor specialiteiten

De tegemoetkoming in diensten 34, 37 en 41 is beperkt tot 10 dagen per jaar voor HOSPITALIA en 30 dagen per jaar voor HOSPITALIA PLUS.

2. De tegemoetkomingen inzake verstrekkingen worden slechts toegepast overeenkomstig de regels voor de toepassing van de Nomenclatuur.

3. In geval van volledige ziekenhuisopname in een gemeenschappelijke of een tweepersoonskamer:

- kent HOSPITALIA een integrale tegemoetkoming toe in de werkelijk gedragen kosten die vermeld staan in de punten 4.1 tot 4.6.1. hierna.

- betaalt HOSPITALIA PLUS het bedrag van de ziekenhuisfactuur integraal terug.

4. In geval van ziekenhuisopname in een eenpersoonskamer, zijn de volgende tegemoetkomingen voorzien:

4.1. Tegemoetkoming in de kamersupplementen aangerekend naast het persoonlijk aandeel in de verpleegdagprijs:

- HOSPITALIA betaalt het aangerekende kamersupplement met een maximum van € 75 per dag terug;

- HOSPITALIA PLUS betaalt de verblijfkosten volledig terug.

4.2. Terugbetaling van de kosten van het verblijf van vader of moeder bij zijn/haar gehospitaliseerd kind, jonger dan 12 jaar voor HOSPITALIA en jonger dan 19 jaar voor HOSPITALIA PLUS, tot een maximumbedrag van € 25 per dag.

4.3. Terugbetaling van de farmaceutische producten in het ziekenhuis.

4.4. Terugbetaling van de forfaits 'opname' en van de persoonlijke aandelen en dagforfaits - die wettelijk ten laste van de rechthebbende zijn - vermeld in de kolom 'persoonlijk aandeel patiënt' van de hospitalisatienota en van de honorariumnota.

4.5. Tegemoetkoming in de honorariumtoeslagen.

- HOSPITALIA betaalt maximum 100 % van de tegemoetkoming ten laste van het ziekenfonds terug.

- HOSPITALIA PLUS betaalt ten hoogste 300 % van de tegemoetkoming ten laste van het ziekenfonds terug.

4.6. Implantaten, diverse leveringen en medische apparatuur:

4.6.1. HOSPITALIA kent een tegemoetkoming toe in de toeslagen ten laste van de patiënt voor alle leveringen van de nomenclatuur die behoren tot de bevoegdheid van orthopedisten, bandagisten en leveranciers van implantaten, dit naar rata van 100 % van de reële tegemoetkoming van de verplichte verzekering. Deze tegemoetkoming wordt beperkt tot een maximumbedrag van € 2.500 per hospitalisatiegeval.

4.6.2. HOSPITALIA PLUS kent een tegemoetkoming toe in de supplementen ten laste van de patiënt voor de diverse leveringen naar rata van 300 % van de reële tegemoetkoming van de verplichte verzekering. Voor de leveringen die geen aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming, is er terugbetaling tot het bedrag van de aangerekende prijs.

4.6.3. HOSPITALIA PLUS betaalt de kosten van de implantaten en van de medische hulpmiddelen die ten laste zijn van de patiënt, terug naar rata van de in werkelijkheid aangerekende prijs, voor zover dit bedrag geïdentificeerd kan worden als de voor een implantaat aangerekende prijs.

4.7. HOSPITALIA en HOSPITALIA PLUS kennen een tegemoetkoming toe voor de remgelden en van de honorariumsupplementen, beperkt tot 100 % van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering, betreffende de raadplegingen en bezoeken van algemeen geneeskundigen en specialisten, technische medische handelingen, klinische biologie, medische beeldvorming en inwendige geneeskunde, ambulant toegediend in de dienst spoedgevallen (op dezelfde dag als de opname in hetzelfde ziekenhuis) en voorafgaand aan een hospitalisatieperiode, voor zover deze verzorging toegediend werd in België en rechtstreeks verband houdt met de ziekenhuisopname die erop volgde.

5. HOSPITALIA PLUS kent een tegemoetkoming toe van € 6,50 per dag ten gunste van de aangeslotenen die verbleven hebben in een opvangtehuis van een ziekenhuis of in een verzorgingshotel, in het kader van een ziekenhuisopname.

6. HOSPITALIA PLUS betaalt in-vitrofertilisatie en de kosten van robotchirurgie respectievelijk terug, met een max. van € 500 per kalenderjaar in een eenpersoonskamer.

7. HOSPITALIA PLUS kent een tegemoetkoming toe in de kraamzorg na de ziekenhuisopname, naar rata van € 20 per dag gedurende een maximumperiode van 7 dagen, vanaf de dag na het vertrek uit het ziekenhuis.

8. In geval van ziekenhuisopname of daghospitalisatie kent HOSPITALIA PLUS een tegemoetkoming toe in de werkelijk gedragen kosten van het dringend vervoer (dienst 100/112) naar het ziekenhuis, naar rata van maximum € 250 per kalenderjaar, na iedere tegemoetkoming, behalve deze die toegekend wordt door de aanvullende verzekering van de ziekenfondsen. Er is geen tegemoetkoming als het gaat om een ziekenhuisopname die het gevolg is van een vooraf

bestaande ziekte, aandoening of toestand.

9. In geval van thuisbevalling, kent het Ziekenfonds een tegemoetkoming toe naar rata van een eenmalig forfait dat alle kosten moet dekken, met inbegrip van de verzorging vóór en na de bevalling (30 dagen erna voor HOSPITALIA en 30 dagen ervoor en 90 dagen erna voor HOSPITALIA PLUS): tegemoetkoming naar rata van € 200 voor HOSPITALIA en € 500 voor HOSPITALIA PLUS.

10. HOSPITALIA en HOSPITALIA PLUS kennen een tegemoetkoming toe voor de wettelijke voorschotten die aan het ziekenhuis gestort worden op voorlegging van een bewijsstuk van het ziekenhuis dat de betaling van zo'n voorschot attesteert en op voorwaarde dat de aangeslotene recht heeft op de voordelen van het Ziekenfonds zonder beperking voor vooraf bestaande ziektes, aandoeningen of toestanden. Indien achteraf zou blijken dat de ziekenhuisopname niet gedekt kan worden of indien het bedrag van het voorschot hoger is dan de tegemoetkoming van het Ziekenfonds of indien het lid zijn factuur niet voorlegt, dan zal het verschuldigde bedrag teruggevorderd worden.

11. Waarborg zware ziektes

HOSPITALIA PLUS kent een tegemoetkoming toe in de kosten van de geneeskundige verzorging die toegediend wordt buiten een ziekenhuisverblijf voor de volgende 21 zware ziektes: kanker, leukemie, ziekte van Parkinson, ziekte van Hodgkin, ziekte van Alzheimer, aids, tuberculose, multiple sclerose, amyotrofische laterale sclerose, cerebrale meningitis, poliomyelitis, progressieve spierdystrofie, encephalitis, tetanus, mucoviscidose, ziekte van Crohn, brucellose, levercirrose ingevolge hepatitis, sclerodermie met aantasting van de organen, diabetes type 1, rectocolitis ulcerosa na toestemming van de Medisch Adviseur en naar rata van een maximumplafond van € 7.000 per jaar.

De geneeskundige verzorging moet toegediend worden in België, medisch noodzakelijk zijn, voorgeschreven door een arts, opgenomen in de nomenclatuur, rechtstreeks in verband met de zware ziekte en toegediend tijdens de periode van de toekenning van de waarborg, zoals deze aanvaard werd door de Medisch Adviseur.

Dit akkoord moet voorafgaandelijk aan de Medisch Adviseur aangevraagd worden op basis van een medisch attest, waarin de diagnose van de zware ziekte zal vermeld worden.

De 1e periode van één jaar aanvaard door de Medisch Adviseur begint te lopen op de dag van dit medische attest. Dit akkoord kan vernieuwd worden per periode van één jaar voor dezelfde ziekte, al dan niet onmiddellijk na de 1e periode.

De waarborg zware ziektes is evenwel slechts verworven voor zover de diagnose van de zware ziekte noch vóór 1 januari 2004, datum van de inwerking-treding van deze waarborg, noch vóór de aansluiting gesteld werd.

Om de volgende voordelen van deze waarborg te kunnen genieten moet de aangeslotene alle bewijsstukken of een kopie ervan overhandigen:

11.1. De raadplegingen en bezoeken van algemeen geneeskundigen en specialisten, de technisch-medische handelingen, de medische beeldvorming, de radio- en radiumtherapie, de nucleaire geneeskunde, de interne geneeskunde, de dermatovenereologie, de fysiotherapie, de klinische biologie, de toeslag urgentie, de bandagisterie, de orthopedie, de optiek, de akoustiek, de anatomo-pathologie, de genetica, de speciale versterkingen, de kinesitherapie, de verpleegkundige zorgen, de logopedie, de radio-isotopen en de hartrevalidatie zijn terugbetaald naar rata van de remgelden en van de wettelijke honorariumsupplementen, beperkt tot 100 % van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering.

11.2. De allopatrische farmaceutische producten, magistrale bereidingen en prikken op medisch voor-

schrift zijn terugbetaald naar rata van de prijs die de patiënt in werkelijkheid betaald heeft, indien tegemoetkoming van de verplichte ziekteverzekering.

11.3. De huur van medisch materiaal is terugbetaald, na een mogelijke tegemoetkoming van de aanvullende verzekering van de ziekenfondsen.

TEGEMOETKOMINGEN VOOR DE DAGHOSPITALISATIE IN BELGIË

De terugbetaling is volledig. Nochtans worden de diverse kosten door HOSPITALIA, in een eenpersoonskamer, slechts terugbetaald tot max. € 25.

TEGEMOETKOMINGEN VOOR HOSPITALISATIES IN HET BUITENLAND

In geval van ziekenhuisopname in het buitenland bedraagt de tegemoetkoming voor de dekking van de werkelijke kosten:

- max. € 200 per dag voor HOSPITALIA
 - max. € 360 per dag voor HOSPITALIA PLUS
- dit, na de tegemoetkoming van de verplichte verzekering volgens het Belgische tarief of van het land waar de ziekenhuisopname gebeurd was.

De daghospitalisatie (one-day clinic) wordt niet gedekt in het buitenland. Voor de vooraf bestaande ziektes, aandoeningen of toestanden, is de tegemoetkoming beperkt tot max. € 20 per dag ziekenhuisopname.

TEGEMOETKOMINGEN IN DIENSTEN 30 (Geriatric) en 61 tot 66 (Specialiteiten)

- HOSPITALIA kent een tegemoetkoming toe in de kosten overeenkomstig de hierboven beschreven algemene regels, dit ten hoogste tijdens de eerste 50 dagen bij een verblijf in een dienst G of S, per hospitalisatiegeval, zelfs bij een overgang van de ene dienst naar de andere.

Bij een nieuwe ziekenhuisopname in een dienst G of S, zal het Ziekenfonds slechts een tegemoetkoming toekennen, voor zover er een periode van minimum 6 kalenderdagen verstreken is sedert het einde van de vorige ziekenhuisopname.

Is deze termijn nog niet verstreken, dan zal het Ziekenfonds een tegemoetkoming toekennen voor het saldo van de 50 dagen, waarvoor nog geen terugbetaling toegekend werd tijdens de vorige ziekenhuisopname.

- Bovenvermelde beperkingen in diensten G en S gelden niet voor HOSPITALIA PLUS.

TEGEMOETKOMINGEN IN VERZORGING VOOR HET ZIEKENHUISVERBLIJF

De verzorging vóór het ziekenhuisverblijf moet verstrekt worden in België en moet rechtstreeks verband houden met de ziekenhuisopname die volgt en die onder deze algemene voorwaarden valt voor zover het Ziekenfonds ook een tegemoetkoming toegekend heeft voor de hospitalisatie in kwestie.

Deze verzorging moet gestaafd worden door een kwitantie.

- HOSPITALIA kent terzake geen tegemoetkoming toe, behalve in de dienst spoedgevallen (zie punt 4.7 op blz. 3).

- De tegemoetkoming van HOSPITALIA PLUS beoogt:

- de terugbetaling van 100 % van het persoonlijk aandeel in de kosten van de in het kader van de ziekteverzekering vergoedbare farmaceutische producten en magistrale bereidingen, die voorgeschreven zijn door een arts en afgeleverd worden in de 30 dagen voorafgaand aan de ziekenhuisopname in kwestie;

- de dekking van de remgelden en van de wettelijke honorariumsupplementen, beperkt tot 100 % van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering en betreffende de verzorging vóór het ziekenhuisverblijf.

Onder verzorging vóór het verblijf in het ziekenhuis,

dient men de raadplegingen en bezoeken van algemeen geneeskundigen en specialisten te verstaan, als ook de technisch-medische handelingen, de medische beeldvorming, de radio- en radiumtherapie, de nucleaire geneeskunde, de interne geneeskunde, de dermatovenereologie, de klinische biologie, de toeslag urgentie, de anatomo-pathologie, de vroedvrouwen, de kinesitherapie, de radio-isotopen die ambulant uitgevoerd werden tijdens de periode van 30 dagen voorafgaand aan de ziekenhuisopname.

Indien de periode van 30 dagen voorafgaand aan de door HOSPITALIA PLUS ten laste genomen ziekenhuisopname samenvalt met een periode van nazorg, dan heeft het lid recht op de gunstigste terugbetaling.

De verzorging vóór het verblijf in het ziekenhuis zal niet terugbetaald worden wanneer het gaat om een verblijf in een dienst 30 (geriatric), in diensten 34, 37 en 41 (psychiatrie) en in diensten 61 tot 66 (specialiteiten), met uitzondering van de ambulante verzorging van de dienst spoedgevallen.

Voor de ziekenhuisverbliven die het gevolg zijn van vooraf bestaande ziektes, aandoeningen of toestanden, is er geen tegemoetkoming.

TEGEMOETKOMINGEN IN VERZORGING NA HET VERLATEN VAN HET ZIEKENHUIS

De verzorging na het ziekenhuisverblijf moet verstrekt worden in België en moet rechtstreeks verband houden met de ziekenhuisopname, die voorafging en die onder deze algemene voorwaarden valt voor zover het Ziekenfonds ook een tegemoetkoming toegekend heeft voor de hospitalisatie in kwestie.

Deze verzorging moet gestaafd worden door een kwitantie.

- De tegemoetkoming van HOSPITALIA beoogt:

- de terugbetaling van 100 % van het persoonlijk aandeel in de kosten van de in het kader van de ziekteverzekering vergoedbare farmaceutische producten en magistrale bereidingen, die voorgeschreven zijn door een arts en afgeleverd worden in de 30 dagen na de ziekenhuisopname in kwestie.

- de dekking van de remgelden en van de wettelijke honorariumsupplementen, beperkt tot 100 % van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering betreffende de verzorging na het ziekenhuisverblijf.

Onder verzorging na het verlaten van het ziekenhuis, dient men de raadplegingen en bezoeken van algemeen geneeskundigen en specialisten te verstaan, de technisch-medische handelingen, de medische beeldvorming, de radio- en radiumtherapie, de nucleaire geneeskunde, de interne geneeskunde, de dermatovenereologie, de fysiotherapie, de klinische biologie, de toeslag urgentie, de anatomo-pathologie, de vroedvrouwen, de kinesitherapie, de verpleegkundige zorgen, de radio-isotopen en de hartrevalidatie zoals omschreven in de nomenclatuur, die ambulant uitgevoerd werden binnen de 30 dagen volgend op de ziekenhuisopname.

De kinesitherapie-, fysiotherapie- en hartrevalidatiezittingen worden beperkt tot 20 en moeten plaatsvinden binnen de 90 dagen na de periode van ziekenhuisopname.

Nazorg is uitgesloten, na een verblijf in een dienst 30 (geriatric), in diensten 34, 37 en 41 (psychiatrie) en in de diensten 61 tot 66 (specialiteiten).

Voor de ziekenhuisverbliven die het gevolg zijn van vooraf bestaande ziektes, aandoeningen of toestanden is er geen tegemoetkoming.

- De tegemoetkoming van HOSPITALIA PLUS beoogt:

- de terugbetaling van 100 % van het persoonlijk aandeel in de kosten van de in het kader van de ziekteverzekering vergoedbare farmaceutische producten en magistrale bereidingen, die voorgeschreven zijn door een arts en afgeleverd worden in de 90 dagen na de ziekenhuisopname;

- de dekking van de remgelden en van de wettelijke honorariumsupplementen, beperkt tot 100 % van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering en betreffende de nazorg.

Onder nazorg, dient men de raadplegingen en bezoeken van algemeen geneeskundigen en geneesheren-specialisten te verstaan, alsook de medisch-technische handelingen, de medische beeldvorming, de radio- en radiumtherapie, de nucleaire geneeskunde, de interne geneeskunde, de dermatovenereologie, de fysiotherapie, de klinische biologie, de toeslag urgentie, de anatomo-pathologie, de vroedvrouwen, de kinesitherapie, de verpleegkundige zorgen, de logopedie, de radio-isotopen, de hartrevalidatie die ambulant uitgevoerd worden tijdens de periode van 90 dagen die volgt op een ziekenhuisopname.

De kinesitherapie-, fysiotherapie- en hartrevalidatiezittingen worden beperkt tot 45 en moeten uitgevoerd zijn binnen de 180 dagen na de periode van ziekenhuisopname.

Indien de periode van de door **HOSPITALIA PLUS** ten laste genomen nazorg samenvalt met een periode van verzorging vóór een ziekenhuisverblijf, dan heeft het lid recht op de voordeligste terugbetaling.

De nazorg wordt niet terugbetaald na een verblijf in een dienst 30 (geriatrie), in diensten 34, 37 en 41 (psychiatrie) en in de diensten 61 tot 66 (specialiteiten).

Voor de ziekenhuisverblijven die het gevolg zijn van vooraf bestaande ziektes, aandoeningen of toestanden, is er geen tegemoetkoming.

GRENSBEDRAG PER JAAR

- In het kader van **HOSPITALIA**, wordt het totaal van de tegemoetkomingen van het Ziekenfonds beperkt tot € 12.500 per aangesloten persoon en per kalenderjaar tijdens hetwelk de verstrekkingen recht geven op deze tegemoetkoming, uitgevoerd werden.
- Er wordt geen grensbedrag toegepast op de tegemoetkoming in het kader van **HOSPITALIA PLUS**.

TERUGBETALINGEN VAN HOSPITALIA AMBULANT IN BELGIË

Buiten een periode van hospitalisatie en indien de prestaties of producten voorgeschreven en verstrekt zijn in België.

Medische honoraria - Raadplegingen - Huisbezoeken - Technische verstrekkingen

Het Ziekenfonds betaalt terug: de raadplegingen en bezoeken van algemeen geneeskundigen en specialisten, de technisch-medische handelingen, de medische beeldvorming, de radio- en radiumtherapie, de nucleaire geneeskunde, de interne geneeskunde, de dermatovenereologie, de fysiotherapie, de klinische biologie, de toeslag urgentie, de bandagisterie, de orthopedie, de optiek, de akoustiek, de anatomo-pathologie, de genetik, de vroedvrouwen, de speciale verstrekkingen, de tandartsen, de kinesitherapie, de verpleegkundige zorgen, de logopedie, de radio-isotopen, de hartrevalidatie, indien er een tegemoetkoming is van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, voor een bedrag gelijk aan 50 % van het remgeld.

De berekening van de tegemoetkomingen gebeurt uitsluitend op basis van de medische codes van de officiële nomenclatuur, die de zorgverstrekkers moeten aanbrengen op de aan de patiënten afgeleverde getuigschriften.

In te dienen bewijsstukken

Aan de leden die aangesloten zijn bij dezelfde afdeling in de verplichte verzekering en voor het Ziekenfonds, worden de tegemoetkomingen van dit laatste vereffend na voorlegging van de getuigschriften voor verstrekte hulp, tegelijkertijd met de tegemoetkomingen toegekend in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Voor de andere leden worden de tegemoetkomingen betaald op basis van een fotokopie van de getuigschriften voor verstrekte hulp, met het originele bewijsstuk van de Z.I.V.-terugbetaling.

Kosten voor geneesmiddelen buiten een periode van hospitalisatie

Indien voorgeschreven door een erkend geneesheer of tandarts, worden de farmaceutische producten en de magistrale bereidingen terugbetaald ten belope van 50 % van de door de patiënt werkelijk betaalde prijs.

Worden door het Ziekenfonds nooit terugbetaald:

- de homeopathische en diëtetische geneesmiddelen, alsook deze bestemd voor lichaamshygiëne;
- de niet-geneeskrachtige producten, verkocht in de apotheek, zoals: voedingsmiddelen, dranken, zeep, zouten, tandpasta's, enz.
- de fytotherapie.

In te dienen bewijsstukken

Het Ziekenfonds dient het volgende document te ontvangen: een 'Attest van vergoedbare farmaceutische verstrekkingen in het kader van een bijkomende verzekering' van de apotheker, dat naar behoren ingevuld moet worden door de apotheker en medeondertekend moet worden door het lid.

Protheses

Voor zover zij het voorwerp uitmaken van een medisch voorschrift, ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming is, komt het Ziekenfonds tussen met inachtneming van volgende limieten en voorwaarden:

1. Tandprotheses afgeleverd buiten een periode van hospitalisatie

De protheses worden binnen de volgende limieten terugbetaald:

a) Volledige prothese

- maximum € 500 per prothese, bovenaan of onderaan, met een hernieuwingstermijn vastgesteld op 5 jaar.

b) Gedeeltelijke prothese

- per tand: maximum € 25;
- per basisplaat: maximum € 50;
- per haak: maximum € 20.

De tegemoetkoming van het Ziekenfonds wordt beperkt tot € 250 per kalenderjaar.

c) Andere tandprotheses

zoals bruggen, stiftanden, kronen, aanhechting van tanden op een bestaande prothese: maximum € 250 per kalenderjaar.

2. Oogprotheses

De glazen, contactlenzen en intraoculaire lenzen, met uitsluiting van monturen en zonnebrillen, worden terugbetaald ten belope van maximum € 250 per kalenderjaar.

3. Andere

Voor de hoorapparaten, orthopedische zolen, pruiken, borstprotheses, beugels en tandimplantaten, zonder zuiver esthetisch doel, die het voorwerp uitmaken van een voorschrift of getuigschrift van een geneesheer-specialist, blijft de tegemoetkoming van het Ziekenfonds beperkt tot ten hoogste € 250 per kalenderjaar.

Bewijsstukken die ingediend moeten worden voor de protheses

Overhandiging aan het Ziekenfonds van een Hospitalia-formulier dat de titel 'Protheses - Tegemoetkomingsaanvraag' draagt. Dit formulier moet naar behoren ingevuld worden door de zorgverlener en medeondertekend worden door de aangeslotene.

Voor de oogprotheses en andere protheses, moeten de volgende stukken bijgevoegd worden:

- het medisch voorschrift en
- de originele factuur van de opticien of van de prothesemaker.

Cumulatie van terugbetalingen

De terugbetalingen die opgenomen zijn in **HOSPITALIA AMBULANT**, mogen gecumuleerd worden met de terugbetalingen vóór en na een ziekenhuisopname en met de terugbetalingen voor de waarborg zware ziektes, zoals deze beschreven staan in deze algemene voorwaarden. Het terugbetaalde bedrag kan en mag hoe dan ook niet hoger zijn dan het bedrag van de gedekte waarborg en a fortiori het bedrag dat in werkelijkheid aangerekend werd aan het lid.

HULPVERLENING IN BELGIË

Het Ziekenfonds biedt onderstaande hulpverlening aan de aangeslotenen bij **HOSPITALIA** en **HOSPITALIA PLUS** die recht hebben op de tegemoetkoming van het Ziekenfonds in het kader van een ziekenhuisopname of van een daghospitalisatie in België, op voorwaarde dat zij hun wachttijd beëindigd hebben. Het volstaat hiertoe een telefoontje te geven aan de hulpverleningscentrale van het Ziekenfonds, die 24 uur op 24 toegankelijk is (tel.: 02 778 92 93).

1° Ziekenoppas na een daghospitalisatie

Het Ziekenfonds organiseert, binnen de 24 uur, en bekostigt het gezelschap van een ziekenoppas gedurende ten hoogste 12 uur voor een alleenstaande aangeslotene die een daghospitalisatie ondergaan heeft, dit tijdens de nacht die onmiddellijk volgt op deze daghospitalisatie, tussen 19 uur en 8 uur.

Om aanspraak te kunnen maken op deze dienst, moet de alleenstaande aangeslotene:

- aan de ziekenoppas een medisch attest bezorgen van de behandelende arts van de daghospitalisatie, attest waarin verduidelijkt wordt dat er een daghospitalisatie gebeurd is en dat er een oppas vereist is, zonder dat er verpleegkundige verzorging toegediend hoeft te worden;
- een telefoon ter beschikking hebben.

2° Thuisoppas van kinderen

Het Ziekenfonds organiseert, binnen de 24 uur, en bekostigt de oppas van de kinderen van de aangeslotene die ouder zijn dan 3 maanden tot 14 jaar, dit in één van de volgende situaties:

1) Indien de aangeslotene voor een duur van meer dan 2 dagen in het ziekenhuis opgenomen wordt na een ongeval of een plotse en onverwachte ziekte, dan komt het Ziekenfonds tussen in de oppas van zijn kinderen tijdens de eerste nacht die volgt op deze ziekenhuisopname, dit is tussen 19 uur en 8 uur, indien niemand anders voor de kinderen kan zorgen. Deze tussenkomst wordt eveneens toegekend voor een duur van ten hoogste 5 werkdagen, van maandag tot zaterdag, tussen 8 uur en 19 uur; en tot een maximum van 10 uur per dag, terwijl de echtgeno(o)t(e) zijn(haar) beroepsactiviteit uitoefent.

2) Wanneer de bevalling terugbetaald wordt door het Ziekenfonds, dan komt dit laatste tussen in de oppas van de kinderen gedurende ten hoogste 3 werkdagen tijdens het verblijf van de moeder in het ziekenhuis, van maandag tot zaterdag, dit tot een maximum van 10 uur per dag en terwijl de vader zijn beroepsbezigheid uitoefent.

3) Wanneer de bevalling terugbetaald wordt door het Ziekenfonds, dan komt dit laatste tussen in de oppas van de kinderen gedurende ten hoogste drie werkdagen, onmiddellijk na een kort verblijf (ten hoogste twee nachten) van de moeder in het ziekenhuis, van maandag tot zaterdag, dit tot een maximum van 10 uur per dag en terwijl de vader zijn beroepsbezigheid uitoefent.

De tussenkomsten in bovenvermelde punten 2) en 3) zijn onderling niet cumuleerbaar.

Het is de bedoeling van deze oppas om een aandachtige aanwezigheid te verzekeren bij ten hoogste 3 kinderen en om de taken uit te voeren die normaal verzekerd worden door de moeder of de vader van het gezin, met uitsluiting van het huishoudelijk werk en van het vervoer van en naar de school en de woonplaats.

ALGEMENE UITSLUITINGEN (*)

Worden niet gedekt, de kosten van de hospitalisatie en de verzorging van een ziekte of een ongeval:

- die het gevolg zijn van oorlogsfeiten: de waarborg blijft evenwel bestaan tijdens de eerste 14 dagen na het begin van de vijandelijkheden indien het lid verast werd door het uitbreken van een oorlogstoestand tijdens een reis in het buitenland;
- die het gevolg zijn van de beoefening van een betaalde sport met inbegrip van de training;
- die het gevolg zijn van rellen, van burgeroorlogen, van alle collectieve gewelddaden van politieke, ideologische of sociale oorsprong die al dan niet gepaard gaan met opstand tegen de overheid of elke erkende macht, behalve indien de aangeslotene het bewijs levert dat hij niet actief en vrijwillig aan deze gebeurtenissen deelnam;
- die zich voordoen op een ogenblik waarop de aangeslotene zich onder de invloed van bedwelmende of verdovende middelen of van andere drugs bevond;
- die het gevolg zijn van de vrijwillige deelname aan een misdaad of een misdrijf;
- die het gevolg zijn van een opzettelijke handeling van de aangeslotene, (behalve bij redding van personen of goederen) of van een vrijwillige vergroting van het risico door de aangeslotene;
- die het gevolg zijn van dronkenschap, alcoholisme of toxicomanie;
- die het gevolg zijn van kernreacties.

(*) Voor alle dekkingen en kamertypes.

NIET-GEDEKTE VERSTREKKINGEN (*)

Het Ziekenfonds verstrekt geen tegemoetkomingen:

- voor toiletartikelen, cosmetica, voeding, wijnen, minerale waters, luxeuitgaven (telefoon, televisie, bloemen), behalve in het kader van punt 3, blz. 3 met betrekking tot de hospitalisaties in België, in een gemeenschappelijke of een tweepersoonskamer alsook voor de daghospitalisatie. **HOSPITALIA** kent evenwel geen tegemoetkoming toe voor telefoon- en televisiekosten, bloemen en drank, die gefactureerd zijn in het kader van een ziekenhuisopname van minstens één nacht.
- voor medische, farmaceutische en ziekenhuisverstrekkingen van esthetische aard, behalve in geval van voorafgaandelijke toestemming van de Adviserend Geneesheer en indien de verplichte verzekering tussenkomt;
- voor verstrekkingen van het type verjongingskuur;
- voor de prestaties ten gunste van een aangeslotene die weigert om het bezoek te krijgen van een door het Ziekenfonds aangewezen arts, verpleegster of maatschappelijke werk(st)er;
- voor tandimplantaten en tandprothesen, behalve in het kader van **HOSPITALIA AMBULANT** of van een ziekenhuisopname van ten minste een nacht in een meerpersoonskamer die door **HOSPITALIA PLUS** is terugbetaald.

BEPERKINGEN VAN DE TEGEMOETKOMING VOOR VOORAF BESTAANDE ZIKTES, AANDOENINGEN OF TOESTANDEN

Voor **HOSPITALIA** en **HOSPITALIA PLUS** kan de Medisch Adviseur van het Ziekenfonds, op basis van de medische vragenlijst, bij zijn aansluiting aan de aangeslotene meedelen dat de tegemoetkoming beperkt is voor de ziekenhuisopnames die rechtstreeks verband houden met de vooraf bestaande ziektes, aandoeningen of toestanden (zoals zwangerschap). Het begrip van vooraf bestaande toestand die verband houdt met een zwangerschap zal niet toegepast worden voor de bevallingen van aangeslotenen die vooraf gedekt waren door een gelijkaardige mutualistische hospitalisatiedienst en die genoten van een volledige vrijstelling van wachttijd bij het

Ziekenfonds, voor zover de zwangerschap begonnen is na de aansluiting bij deze vorig gelijkaardige mutualistische hospitalisatiedienst.

Tijdens de 24 eerste maanden aansluiting bij het product, zal de Medisch Adviseur kunnen beslissen deze beperking toe te passen wegens een onopzettelijk verzwijgen of een onopzettelijke onjuistheid betreffende zijn gezondheidstoestand op de medische vragenlijst. De tegemoetkoming is beperkt tot een forfaitair bedrag van € 20 per dag ziekenhuisopname en dit naar rata van ten hoogste het bedrag dat ten laste van de aangeslotene blijft.

Deze beperking is vastgelegd voor een minimale duur van 5 jaar, na afloop waarvan de aangeslotene die dat wenst, kan vragen om zijn toestand opnieuw te bekijken op basis van een nieuw medisch dossier.

CUMULATIE VAN DE DEKKINGEN

A. Er wordt geen rekening gehouden met de onkosten, voor zover zij gedekt kunnen worden:

- door de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals deze georganiseerd wordt door de op 14 juli 1994 gecoördineerde wet en haar uitvoerings-K.B.'s en door het K.B. van 30 juni 1964;
- door de wetgevingen in verband met de arbeidsongevallen (wet van 10 april 1971 en uitvoerings-K.B.'s) en met de beroepsziekten (wet van 3 juni 1970 en uitvoerings-K.B.'s);
- door de E.E.G.-verordeningen nrs. 1408/71 en 574/72 of door een multilaterale of bilaterale sociale zekerheidsvereenkomst gesloten door België;
- door de dienst 'dringende zorgen in het buitenland' van de verzekeringsinstellingen.

De gedekte supplementen worden dus bepaald in verwijzing naar deze tegemoetkomingen.

Heeft het lid om één of andere reden niet het recht om een beroep te doen op één of meerdere van deze tegemoetkomingen, dan komt het Ziekenfonds tussen op dezelfde wijze als voor een lid dat wel recht heeft op deze tegemoetkomingen.

B. Wanneer de krachtens een andere wetgeving, het gemeenrecht of een ander verzekeringscontract toegekende sommen lager zijn dan de door het Ziekenfonds toegekende verstrekkingen, dan heeft de rechthebbende recht op het verschil ten laste van dit laatste.

Deze inlichtingen moeten voorkomen op de 'Tegemoetkomingsaanvraag'.

De tegemoetkoming van het Ziekenfonds kan in geen geval meer bedragen dan het bedrag van de werkelijk door de aangeslotene aangegane kosten.

Wanneer de schade geacht wordt gedekt te worden door het gemeenrecht of door een andere wetgeving, dan kan het Ziekenfonds voorlopig verstrekkingen toekennen, in afwachting van de effectieve betaling van de schadevergoeding. Het Ziekenfonds zal in dit geval in alle rechten treden die de aangeslotene kan uitoefenen ten aanzien van de schuldenaar van de schadevergoeding. De aangeslotene kan geen schikking treffen met de schuldenaar van de schadevergoeding, tenzij met de voorafgaandelijke toestemming van het Ziekenfonds.

BIJDRAGEN

1. De verschuldigde maandelijkse bijdragen moeten per kwartaal, halfjaar of jaar vooruitbetaald worden.

2. Wordt als een vooruitbetaling beschouwd, iedere bijdrage die het Ziekenfonds ontvangt vóór de 1e dag van de eerste maand van het kwartaal of, in geval van domiciliëring bij de bank, de eerste dag van de maand. De aangeslotene die zijn bijdrage niet betaald heeft op het einde van 2 kwartalen, ontvangt een rappel per aangevend schrijven met de mededeling dat zijn lidmaatschap van rechtswege uit het desbetreffende product geschrapt zal worden als hij zijn bijdragen niet betaalt

op de 20e van de maand die volgt op deze van de verzending van de aangetekende brief.

3. Een verhoging van de bijdrage met respectievelijk 5 %, 10 %, 50 % of 70 % wordt berekend op de geldende basistarieven voor de aangeslotenen, die op de datum van hun aansluiting of hun overgang van **HOSPITALIA** naar **HOSPITALIA PLUS** respectievelijk van 46 tot 49 jaar, van 50 tot 54 jaar, van 55 tot 59 jaar of 60 jaar en ouder waren.

4. Verliest de betrokkene de hoedanigheid van aangeslotene (uitsluiting, vrijwillig ontslag of overlijden), dan zullen de bijdragen die reeds betaald waren enkel terugbetaald worden voor de maanden die volgen op de datum waarop de aansluiting een einde genomen heeft. De terugbetaling zal binnen de drie maanden gebeuren.

TEGEMOETKOMINGEN

1. Verjaring

De vordering tot terugbetaling van verstrekkingen verjaart na 2 jaar, te rekenen vanaf het einde van de maand waarin de klant de ziekenhuisfactuur ontvangt. De 3e werkdag die volgt op de datum vermeld op de ziekenhuisfactuur wordt als 'ontvangstdatum' beschouwd.

2. Medische controle

De verstrekkingen worden slechts toegekend onder voorbehoud van het recht van het Ziekenfonds om de gezondheidstoestand van de verzekerde en de gegrondheid van de verstrekkingen op elk ogenblik door de Medisch Adviseur te laten controleren.

3. Betaling van de voordelen

Om aanspraak te kunnen maken op terugbetalingen, moet de aangeslotene in orde zijn met de betaling van zijn bijdragen.

De aangeslotene zal slechts van de vastgestelde voordelen **HOSPITALIA** en **HOSPITALIA PLUS** kunnen genieten op voorwaarde dat hij een document 'Aanvraag voor een tegemoetkoming' uitgereikt door het Ziekenfonds, invult en dat hij dit laatste in het bezit stelt van alle bewijsstukken ter staving van zijn uitgaven (waaronder de originele hospitalisatiefacturen). Het Ziekenfonds heeft het recht om alle bijkomende stukken die het nodig acht op te eisen.

Om aanspraak te kunnen maken op de in **HOSPITALIA AMBULANT** en in de waarborg zware ziektes van **HOSPITALIA PLUS** opgenomen voordelen, zal de aangeslotene de bewijsstukken indienen, die beschreven staan in de rubriek 'Terugbetalingen van Hospitalia Ambulant'. De terugbetalingen zullen toegekend worden aan de effectieve aangeslotenen of aan iedere persoon met een volmacht volgens de 'Aanvraag voor een tegemoetkoming', dit na de ontvangst van de nota over de aangegane kosten en van de afrekening voor de wettelijke tegemoetkomingen.

Hospitalia
continuïteit

Hospitalia Continuïteit is een aanvulling bij de collectieve hospitalisatieverzekering van de werkgever.

Meer info bij uw ziekenfonds of op www.hospitaliacontinuïteit.be

Een tip : zeg nooit dat u aangesloten bent bij Hospitalia!

De ervaring heeft ons immers geleerd dat de honorariumsupplementen vaak de hoogte ingaan, wanneer de patiënt aan het ziekenhuis laat weten dat hij aangesloten is bij een hospitalisatieverzekering.