

Algemene voorwaarden

op 1 januari 2012.



Algemene voorwaarden van de VMOB, gestemd door de Buitengewone Algemene Vergadering van 29 juli 2011.

Maandbedragen in € op 01/01/2012, alle heffingen inbegrepen, in functie van de leeftijd

Leeftijdsgroepen	Hospitalia	Bijkomende bijdrage Hospitalia plus (1)	Hospitalia en Hospitalia plus (2)	Hospitalia ambulante (3)
% Taks inbegrepen	10 %	19,25 %		9,25 %
Aangesloten bij de producten Hospitalia:				
• Vóór 01/01/1994 of aangesloten, na deze datum, vóór de leeftijd van 46 jaar (4)				
jonger dan 18 jaar	3,62	1,26	4,88	7,57
van 18 tot 24 jaar	4,69	1,46	6,15	7,78
van 25 tot 49 jaar	10,01	5,59	15,60	15,93
van 50 tot 59 jaar	12,34	6,82	19,16	22,93
60 jaar en ouder	26,65	8,23	34,88	36,00
• Na 01/01/1994, tussen 46 en 49 jaar (4)				
46 tot 49 jaar (+ 5 %)	10,52	5,87	16,39	16,73
50 tot 59 jaar (+ 5 %)	12,96	7,17	20,13	24,08
60 jaar en ouder (+ 5 %)	27,98	8,65	36,63	37,80
• Na 01/01/1994, tussen 50 en 54 jaar (4)				
50 tot 59 jaar (+ 10 %)	13,57	7,50	21,07	25,23
60 jaar en ouder (+ 10 %)	29,32	9,05	38,37	39,60
• Na 01/01/1994, tussen 55 en 59 jaar (4)				
55 tot 59 jaar (+ 50 %)	18,51	10,23	28,74	34,40
60 jaar en ouder (+ 50 %)	39,99	12,35	52,34	54,00
• Na 01/01/1994, op 60-jarige leeftijd of ouder (4)				
60 jaar en ouder (+ 70 %)	45,31	13,99	59,30	

(1) Een aansluiting bij Hospitalia Plus is enkel mogelijk als aanvulling op een aansluiting bij Hospitalia.

(2) Deze bedragen stemmen overeen met het totaal van de bijdragen, Hospitalia en Hospitalia Plus, die betaald moeten worden door de leden die bij Hospitalia Plus aangesloten zijn.

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

(4) Op de begindatum van de aansluiting of van de bijkomende aansluiting bij Hospitalia Plus.

Verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand "Ziekenfonds voor Hospitalisatiekosten" erkend onder het CDZ codenr.: 750/01 voor de takken 2 en 18.

Maatschappelijke zetel: St-Huibrechtsstraat, 19 - 1150 Brussel (RMP Brussel) - 01/2012

Ondernemingsnummer: 422.189.629

Verantwoordelijke Uitgever: X. Brenez

BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

1. Onder VMOB moet men de bij K.B. van 14 mei 1981 erkende VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ VAN ONDERLINGE BIJSTAND 'Ziekenfonds voor Hospitalisatiekosten' verstaan (B.S. van 19 juni 1981), (courante benaming: HOSPITALIA).

2. Het lid is de persoon waarvan de identiteit vermeld staat op het aansluitingsformulier. Hij kan kiezen voor een basisverzekering HOSPITALIA waarop als aanvulling een dekking HOSPITALIA PLUS genomen kan worden. Voor de verzorging die geen verband houdt met een ziekenhuisopname, kan het lid inschrijven op een uitbreiding van de dekking voor de ambulante verzorging (HOSPITALIA AMBULANT).

3. De NOMENCLATUUR is deze die bestaat in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (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 daghospitalisatie, 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 en medische apparatuur dient men te verstaan alles wat wettelijk erkend wordt.

8. Onder overige LEVERINGEN, verstaat men de producten en verstrekkingen die wettelijk aangerekend mogen worden in de rubriek 4 van de hospitalisatienota.

9. 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.

10. Onder HOSPITALISATIENOTA en HONORARIUM-NOTA, dient men de stukken te verstaan zoals deze bepaald zijn door artikel 10, § 1 van de verordening van 28 juli 2003 houdende uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

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

12. 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.

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

14. 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 de VMOB (of op het ogenblik van de overgang van het ene product naar het andere binnen de VMOB) én die een ziekenhuisopname veroorzaakt.

AANVAARDING

Personen die willen aansluiten (of aangesloten willen blijven)

bij de VMOB, kunnen dit enkel op voorwaarde dat zij in de verplichte verzekering én bij de aanvullende diensten aansluiten of aangesloten zijn bij één van de 7 afdelingen:

501: OZ - 506: Omnium - 509: Euromut - 515: Freie Krankenkasse - 516: Securex - 526: Partena OZV - 527: Partenamut.

Er zijn wel enkele statutaire uitzonderingen (zie deze afdelingen). Deze afdelingen zijn allemaal aangesloten bij de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

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 de VMOB 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 de VMOB, mits betaling van een bijdrage.

2. De documenten 'Aanvraag voor een aansluiting of een transfer' en 'Medische vragenlijst', naar behoren ingevuld, moeten hiertoe aan de VMOB bezorgd worden. De 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 enkel bij een verblijf in een eenpersoonskamer: geen terugbetaling van de supplementen voor de hospitalisaties 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 1ste dag van de maand die volgt op de maand in de loop waarvan de VMOB deze stukken ontvangen heeft (de interne datering van het aansluitingsformulier 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 én voor zover de VMOB de eerste bijdrage ontvangen heeft voor elk lid, uiterlijk op de laatste dag van de 3de 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, begint te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op zijn geboorte of zijn adoptie, op voorwaarde dat de VMOB de aansluitingsaanvraag en de medische vragenlijst (voor zover deze laatste geëist wordt) ontvangen heeft vóór het einde van de 3de maand die volgt op zijn geboorte of zijn adoptie, en dat de eerste bijdrage door de VMOB geïnd wordt uiterlijk op de laatste dag van de 3de 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 bovenvermelde termijn van 3 maanden, zal deze bijdrage terugbetaald worden en 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 aansluitingsaanvraag, dan beschikt de kandidaat over 45 dagen om hieraan een gevolg te geven. Wordt deze termijn nageleefd en aanvaardt de Medisch Adviseur de aansluiting, met of zonder beperking van de tegemoetkoming, dan begint deze te lopen volgens de hierboven beschreven regels.

Wordt deze termijn niet nageleefd, dan begint de aansluiting, gezien het ontbreken 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 het kandidaat-lid.

Bij aanvaarding, zal de brief voor elk lid dat voorkomt op de aansluitingsaanvraag, melding maken van het bedrag en de betaaldatum van de eerste bijdrage, van de datum van de aanvaarding van de aansluiting en van de inwerkingtreding van die aansluiting, van de duur van de wachttijd, van de duur van die aansluiting en van het aangeboden verzekeringsproduct.

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

- het lid kan een einde maken aan de verzekering door de aangetekende verzending van een aanvraag voor een vrijwillig ontslag voor hemzelf en voor alle personen die verplicht waren om aan te sluiten. Het ontslag wordt effectief, mits naleving van een opzegtermijn van minimaal 1 maand, die begint te lopen op de 1ste dag van de maand die volgt op de verzending van het aangetekende schrijven, gericht aan de VMOB zelf of aan één van haar afdelingen. De teveel betaalde bijdragen zullen terugbetaald worden;
- de VMOB mag een lid uitsluiten, wanneer dit laatste vrijwillig schade zou hebben berokkend aan de belangen van de VMOB en meer bepaald in geval van opzettelijk verzwijgen of opzettelijk onjuist mededelen van informatie in het kader van de verklaringen bij de aansluiting of bij de indiening van de terugbetalingsaanvragen, of nog in geval van weigering om zich te schikken naar onderhavige bepalingen;
- de VMOB kan evenwel geen einde maken aan de aansluiting, wanneer er sprake zou zijn van een (eenmalige of veelvoudige) tegemoetkoming en ze kan geen regels inzake een leeftijdsgrens invoeren.

BIJKOMENDE AANSLUITING BIJ HOSPITALIA PLUS

Ieder lid dat aangesloten is in het kader van HOSPITALIA, kan een bijkomende aansluiting aanvragen bij HOSPITALIA PLUS, indien hij jonger is dan 66 jaar, mits een wachttijd van 6 maanden en de indiening van een aanvraag voor een aansluiting en een medische vragenlijst.

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

De aansluiting bij HOSPITALIA PLUS zal geweigerd worden aan het lid dat al een dergelijke aansluiting gerealiseerd heeft, in de periode van drie jaar voorafgaand aan de bijkomende aansluitingsaanvraag.

SCHRAPPING UIT HOSPITALIA PLUS

Ieder lid dat aangesloten is in het kader van HOSPITALIA PLUS, kan de schrapping van deze dekking aanvragen. De schrapping zal ingaan, mits naleving van een opzegtermijn van een maand, die begint te lopen op de 1ste dag van de maand die volgt op de maand waarin de opzeg betekend werd.

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 schrapping 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 de VMOB, dient men een wachttijd van 6 maanden te vervullen. Deze wachttijd begint te lopen op de aansluitingsdatum.

De VMOB kent geen tegemoetkoming toe voor een ziekenhuisopname of voor ambulante verzorging, die een aanvang genomen heeft tijdens de wachttijd.

2. Vrijstelling van de wachttijd

Indien één van de ouders aangesloten is bij de VMOB op een aansluitingsdatum die voorafgaat aan de geboortedatum, dan is de pasgeborene gedekt vanaf zijn geboorte, net zoals 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 3de maand die volgt op de geboorte of de adoptie en dat de eerste bijdrage uiterlijk geïnd wordt op de laatste dag van de 6de maand die volgt op de aansluitingsdatum. De eerste bijdrage zal pas verschuldigd zijn vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de geboorte of adoptie.

Dit geldt enkel als de gerechtigde van het kind, aangesloten in de verplichte verzekering, zijn wachttijd beëindigd heeft.

3. Schorsing

In geval van gevangenschap en op verzoek van het lid, kunnen de statutaire rechten en verplichtingen geschorst worden. Deze rechten en verplichtingen treden opnieuw in werking vanaf de 1ste dag van de maand die volgt op het verzoek van het lid 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 dat hij zijn bijdrage betaald heeft binnen de 15 dagen na het verzoek tot betaling door de VMOB.

4. Afwijking van de wachttijd bij ongeval

De VMOB verstrekt een tegemoetkoming voor elke ziekenhuisopname en alle ambulante verzorging als gevolg van een ongeval dat traumatische letsels veroorzaakt heeft, waarvan de behandeling van dien aard is dat ze onder de bepalingen van dit document valt, op voorwaarde dat het ongeval zich pas voordoet na de aansluitingsdatum. Deze tegemoetkoming is onderworpen aan het gunstig advies van de Medisch Adviseur van de VMOB.

5. Afwijking van de wachttijd voor de gelijkaardige ambulante of hospitalisatieverzekeringen

De VMOB verstrekt een tegemoetkoming voor de nieuwe leden, die op basis van afdoende bewijsstukken, kunnen aantonen dat zij tot de datum van hun aansluiting bij de VMOB 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

TEGEMOETKOMINGEN VOOR HOSPITALISATIES IN BELGIË

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 binnen de 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.

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

3. In geval van **volledige ziekenhuisopname in een gemeenschappelijke of een tweepersoonskamer**: integrale terugbetaling van de werkelijk gedragen kosten die vermeld staan in de punten 4.1 tot 4.8. hierna.

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

- 4.1. Tegemoetkoming in de kamersupplementen: terugbetaling van het aangerekende kamersupplement tot een maximumbedrag van € 80 per dag.
- 4.2. Terugbetaling van de kosten van het verblijf van vader of moeder bij zijn/haar gehospitaliseerd kind, jonger dan 19 jaar, tot een maximumbedrag van € 25 per dag.
- 4.3. Terugbetaling van de farmaceutische producten die al dan niet terugbetaald worden door de verplichte verzekering in het ziekenhuis.
- 4.4. Terugbetaling van de persoonlijke aandelen, met inbegrip van het geneesmiddelenforfait - 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 honorariumsupplementen: terugbetaling van maximaal 100 % van het overeenkomstentarif.
- 4.6. Protheses, implantaten, niet-implanteerbare medische hulpmiddelen en andere leveringen:

Tegemoetkoming in de protheses, implantaten en de niet-implanteerbare medische hulpmiddelen, die terugbetaald worden door de verplichte verzekering, beperkt tot een maximumbedrag van € 2.500 per hospitalisatiegeval.

Tegemoetkoming in de protheses, implantaten en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen die niet terugbetaald worden door de verplichte verzekering, naar rata van 50% van de factuur, met een maximumbedrag van € 1.250 per hospitalisatiegeval voor zover het door het ziekenhuis aangerekende bedrag geïdentificeerd kan worden als de prijs die aangerekend wordt voor een prothese, een implantaat of niet-implanteerbare medische hulpmiddelen. Tegemoetkoming in de kosten die wettelijk ten laste van het lid blijven voor de anderen leveringen, beperkt tot 100% van het overeenkomstentarif.

4.7. Terugbetaling van de diverse kosten naar rata van maximaal € 6 per hospitalisatiedag, behalve de kosten voor telefoon, televisie, bloemen en drank.

4.8. Terugbetaling van de steun- en/of compressiekousen naar rata van 50% van het aangerekende bedrag.

5. In geval van thuisbevalling, kent de VMOB 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) naar rata van € 200.

6. Terugbetaling van de wettelijke voorschotten die aan het ziekenhuis gestort worden op voorlegging van een bewijsstuk van het ziekenhuis dat de betaling van een dergelijk voorschot attestiert en op voorwaarde dat het lid recht heeft op de voordelen van de VMOB zonder beperking wegens vooraf bestaande ziektes, aandoeningen of toestanden. Indien achteraf zou blijken dat de ziekenhuisopname niet gedekt kan worden of dat het bedrag van het voorschot hoger is dan de tegemoetkoming van de VMOB of nog indien het lid zijn factuur niet voorlegt, dan zal het verschuldigde bedrag teruggevorderd worden.

7. Terugbetaling van de remgelden en de wettelijke honorariumsupplementen, beperkt tot 100 % van het overeenkomstentarif betreffende de raadplegingen en bezoeken van algemeen geneeskundigen en specialisten, technische medische handelingen, klinische biologie, medische beeldvorming en inwendige geneeskunde, ambulante toegediend in de dienst spoedgevallen (op dezelfde dag als de opname in hetzelfde ziekenhuis) en voorafgaand aan een hospitalisatieperiode in België, voor zover de toegediende verzorging rechtstreeks verband hield met de ziekenhuisopname die erop volgde.

TEGEMOETKOMINGEN VOOR DE DAGHOSPITALISATIE IN BELGIË

De terugbetaling is volledig. Nochtans worden de diverse kosten 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 en dit, na de tegemoetkoming van de verplichte verzekering volgens het Belgische tarief of van het land waar de ziekenhuisopname gebeurd was.

De duur van de tegemoetkoming is beperkt tot het aantal dagen per opname of per kalenderjaar in bepaalde diensten, zoals bij een ziekenhuisopname in België.

De daghospitalisatie (one-day clinic) wordt niet gedekt in het buitenland.

Voor de vooraf bestaande ziektes of aandoeningen of toestanden, wordt de tegemoetkoming enkel beperkt bij verblijven in een eenpersoonskamer: uitsluiting van de supplementen.

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

De VMOB 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 de VMOB 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 de VMOB een tegemoetkoming toekennen voor het saldo van de 50 dagen, waarvoor nog geen terugbetaling toegekend werd tijdens de vorige ziekenhuisopname.

TEGEMOETKOMINGEN IN VERZORGING VOOR HET ZIEKENHUISVERBLIJF

De verzorging vóór het ziekenhuisverblijf moet verstrekt zijn in België en moet rechtstreeks verband houden met de ziekenhuisopname die volgt en die onder deze algemene voorwaarden valt voor zover de VMOB 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 7).

TEGEMOETKOMINGEN IN VERZORGING NA HET VERLATEN VAN HET ZIEKENHUIS

De verzorging na het ziekenhuisverblijf moet verstrekt zijn in België en moet rechtstreeks verband houden met de ziekenhuisopname, die voorafging en die onder deze algemene voorwaarden valt voor zover de VMOB 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 betreffende de verzorging na het ziekenhuisverblijf, beperkt tot 100 % van het overeenkomstentariaf.

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 inwendige geneeskunde, de dermato-venereologie, de fysiotherapie, de klinische biologie, de urgentietoelag, de anatomopathologie, de vroedvrouwen, de kinesitherapie, de verpleegkundige zorgen, de radio-isotopen, de hartrevalidatie en de plaatsing van Baha-elektroden zoals omschreven in de nomenclatuur, die ambulant uitgevoerd werden binnen de 30 dagen volgend op de ziekenhuisopname.

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

De terugbetaling van de Baha-elektroden is ondergeschikt gemaakt aan de voorwaarde dat er een eerste Baha-elektrode geplaatst moet zijn en terugbetaald moet zijn door de VMOB tijdens een ziekenhuisopname of een daghospitaal.

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

TEGEMOETKOMINGEN IN NAZORGVERBLIJVEN IN BELGIË

Een forfait van € 7,50 per dag wordt toegekend voor elk tijdelijk verblijf, vóór de terugkeer naar huis, in een hersteloorde of een revalidatie-inrichting.

De tegemoetkoming wordt toegekend voor zover het verblijf aangevat werd binnen de 14 dagen na het verlaten van het ziekenhuis. Ze blijft beperkt tot 15 dagen per kalenderjaar.

GRENSBEDRAG PER JAAR HOSPITALIA

Het totaal van de tegemoetkomingen van de VMOB wordt beperkt tot € 12.500 per aangesloten lid en per kalenderjaar tijdens hetwelk de verstrekkingen die recht geven op deze tegemoetkoming, uitgevoerd werden.

TERUGBETALING DOOR HOSPITALIA EN HOSPITALIA PLUS

TEGEMOETKOMINGEN VOOR HOSPITALISATIES IN BELGIË

De gecumuleerde terugbetalingen van **HOSPITALIA** en **HOSPITALIA PLUS** zijn de volgende:

1. De tegemoetkoming is verschuldigd in geval van ziekenhuisopname in de door **HOSPITALIA** erkende diensten (cf p.3).

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

2. De tegemoetkomingen inzake verstrekkingen worden slechts toegepast overeenkomstig de regels voor de toe-

passing van de Nomenclatuur.

3. In geval van **volledige ziekenhuisopname in een gemeenschappelijke of een tweepersoonskamer**: integrale terugbetaling van het bedrag van de ziekenhuisfactuur.

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

4.1. Tegemoetkoming in de kamersupplementen: integrale terugbetaling van de verblijfskosten.

4.2. Terugbetaling van de kosten van het verblijf van vader of moeder bij zijn/haar gehospitaliseerd kind, jonger dan 19 jaar.

4.3. Terugbetaling van de farmaceutische en parafarmaceutische producten die al dan niet terugbetaald worden door de verplichte verzekering in het ziekenhuis.

4.4. Terugbetaling van de persoonlijke aandelen, met inbegrip van het geneesmiddelenforfait - 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 honorariumsupplementen: terugbetaling van ten hoogste 300 % van het overeenkomstentariaf.

4.6. Protheses, implantaten, niet-implanteerbare medische hulpmiddelen en andere leveringen. Tegemoetkoming in:

- de kosten ten laste van de patiënt voor de implantaten, de protheses en de niet-implanteerbare medische hulpmiddelen die al dan niet terugbetaald worden door de verplichte verzekering, naar rata van de in werkelijkheid door het ziekenhuis aangerekende prijs, voor zover dit bedrag geïdentificeerd kan worden als de prijs die aangerekend wordt voor een implantaat, een prothese of een niet-implanteerbaar medisch hulpmiddel.
- de kosten die wettelijk ten laste van de patiënt blijven voor de andere leveringen, dit naar rata van 300 % van het overeenkomstentariaf. Voor de leveringen die geen aanleiding geven tot een tegemoetkoming tegen het overeenkomstentariaf, is er terugbetaling tot het bedrag van de aangerekende prijs.

4.7. Terugbetaling van de diverse kosten naar rata van maximaal € 12 per hospitalisatiedag.

4.8. Terugbetaling van de steun- en/of compressiekousen.

4.9. Terugbetaling van de niet-terugbetaalbare honoraria in de verplichte verzekering, met een maximum van € 1.000 per hospitalisatiegeval.

4.10. Terugbetaling van de in-vitrofertilisatie en de kosten van robotchirurgie, met elk een max. van € 500 per kalenderjaar, in een eenpersoonskamer.

5. Tegemoetkoming van € 7 /dag ten gunste van de leden die verbleven hebben in een opvangtehuis van een ziekenhuis of in een verzorgingshotel.

6. Tegemoetkoming 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.

7. In geval van ziekenhuisopname of daghospitaal, tegemoetkoming 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.

8. In geval van thuisbevalling, tegemoetkoming naar rata van een eenmalig forfait dat alle kosten moet dekken, met inbegrip van de verzorging vóór en na de bevalling (30 dagen ervóór en 90 dagen erna) naar rata van € 500.

9. Terugbetaling van de wettelijke voorschotten die aan het ziekenhuis gestort worden op voorlegging van een bewijsstuk van het ziekenhuis dat de betaling van een dergelijk voorschot attesteert en op voorwaarde dat het lid recht heeft op de voordelen van de VMOB zonder beperkingen wegens vooraf bestaande ziektes, aandoeningen of toestanden. Indien achteraf zou blijken dat de ziekenhuisopname niet gedekt kan worden of dat het bedrag van het voorschot hoger is dan de tegemoetkoming van de VMOB of nog indien het lid zijn factuur niet voorlegt, dan zal het verschuldigde bedrag teruggevorderd worden.

10. Waarborg zware ziektes

Tegemoetkoming in de kosten van de geneeskundige verzorging die toegediend wordt buiten een ziekenhuisverblijf voor de volgende zware ziektes (28): kanker, leukemie, ziekte van Parkinson, ziekte van Hodgkin, ziekte van Alzheimer, aids, tuberculose, multiple sclerose, amyotrofische laterale sclerose, cerebrospinale meningitis, poliomyelitis, progressieve spierdystrofie, encephalitis, tetanus, mucoviscidose, ziekte van Crohn, brucellose, levercirrose ingevolge hepatitis, sclerodermie met aantasting van de organen, diabetes type I, rectocolitis ulcerosa, ziekte van Pompe, malaria, typhus exanthematicus, typhoïde en paratyphoïde aandoeningen, difterie, cholera, miltvuur, 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 bij 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 inwerkingtreding van deze waarborg, noch vóór de aansluiting gesteld werd.

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

10.1. De raadplegingen en bezoeken van algemeen geneeskundigen en specialisten, de technisch-medische handelingen, de medische beeldvorming, de radio- en radiumtherapie, de nucleaire geneeskunde, de inwendige geneeskunde, de dermato-venereologie, de fysiotherapie, de klinische biologie, de urgentietoelag, de bandagisterie, de orthopedie, de optiek, de akoustiek, de anatomo-pathologie, de genetica, de speciale verstrekkingen, de kinesitherapie, de verpleegkundige zorgen, de logopedie, de radio-isotopen en de hartrevalidatie worden terugbetaald naar rata van de remgelden en van de wettelijke honorariumsupplementen, beperkt tot 100 % van het overeenkomstentariaf.

10.2. De allopatische farmaceutische producten, magistrale bereidingen en pruiken op medisch voorschrift worden terugbetaald naar rata van de prijs die de patiënt in werkelijkheid betaald heeft, indien tegemoetkoming van de verplichte ziekteverzekering.

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

TEGEMOETKOMINGEN VOOR DE DAGHOSPITALISATIE IN BELGIË

De terugbetaling is volledig.

TEGEMOETKOMINGEN VOOR DE DAGHOSPITALISATIE IN BELGIË

De terugbetaling is volledig.

TEGEMOETKOMINGEN VOOR DE HOSPITALISATIES IN HET BUITENLAND

In geval van ziekenhuisopname in het buitenland bedraagt de tegemoetkoming voor de dekking van de werkelijke kosten max. € 360 per dag dit, na de tegemoetkoming van de verplichte verzekering volgens het Belgische tarief of van het land waar de ziekenhuisopname gebeurd was.

De duur van de tegemoetkoming is beperkt tot het aantal dagen per opname of per kalenderjaar in bepaalde diensten, zoals bij een ziekenhuisopname in België.

De daghospitaal (one-day clinic) wordt niet gedekt in het buitenland.

Voor de vooraf bestaande ziektes of aandoeningen of toestanden, wordt de tegemoetkoming enkel beperkt bij verblijven in een eenpersoonskamer: uitsluiting van de supplementen.

TEGEMOETKOMINGEN IN VERZORGING VOOR HET ZIEKENHUISVERBLIJF

De verzorging vóór het ziekenhuisverblijf moet verstrekt zijn in België en moet rechtstreeks verband houden met de ziekenhuisopname die volgt en die onder deze algemene

voorwaarden valt voor zover de VMOB ook een tegemoetkoming toegekend heeft voor de hospitalisatie in kwestie.

Deze verzorging moet gestaafd worden door een kwitantie. De tegemoetkoming 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 betreffende de verzorging vóór het ziekenhuisverblijf, beperkt tot 100 % van het overeenkomstentarief.

Onder verzorging vóór het verblijf in het ziekenhuis, dient men de raadplegingen en bezoeken van algemeen geneeskundigen en specialisten te verstaan, alsook de technisch-medische handelingen, de medische beeldvorming, de radio- en radiumtherapie, de nucleaire geneeskunde, de inwendige geneeskunde, de dermatovenereologie, de klinische biologie, de urgentietoeslag, de anato-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 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 (geriatrie), in diensten 34, 37 en 41 (psychiatrie) en in diensten 61 tot 66 (specialiteiten), met uitzondering van de ambulante verzorging in de dienst spoedgevallen.

TEGEMOETKOMINGEN IN VERZORGING NA HET VERLATEN VAN HET ZIEKENHUIS

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

Deze verzorging moet gestaafd worden door een kwitantie. De tegemoetkoming 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 binnen 90 dagen, volgend op de desbetreffende ziekenhuisopname;
- de dekking van de remgelden en van de wettelijke honorariumsupplementen betreffende de nazorg, beperkt tot 100 % van het overeenkomstentarief (de verstrekkingen moeten uitgevoerd zijn binnen de 90 dagen volgend op de ziekenhuisopname).

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 inwendige geneeskunde, de dermatovenereologie, de fysiotherapie, de klinische biologie, de urgentietoeslag, de anato-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.

Wat de kinesitherapie-, fysiotherapie- en hartrevalidatiezittingen betreft, deze worden beperkt tot 45 en moeten uitgevoerd zijn binnen de 180 dagen, volgend op de periode van ziekenhuisopname.

Indien de periode van 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).

TEGEMOETKOMINGEN IN NAZORGVERBLIJVEN IN BELGIË

Een forfait van €15 per dag wordt toegekend, voor elk tijdelijk verblijf, vóór de terugkeer naar huis, in een herstel- of een revalidatie-inrichting.

De tegemoetkoming wordt toegekend voor zover het verblijf aangevat werd is binnen de 14 dagen na het verlaten van het ziekenhuis. Ze blijft beperkt tot 15 dagen per kalenderjaar.

GEEN GRENSBEDRAG PER JAAR

TERUGBETALINGEN VAN HOSPITALIA AMBULANT IN BELGIE

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

Medische honoraria - Raadplegingen - Huisbezoeken - Technische verstrekkingen

De VMOB 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 inwendige geneeskunde, de dermatovenereologie, de fysiotherapie, de klinische biologie, de urgentietoeslag, de bandagisterie, de orthopedie, de optiek, de akoustiek, de anato-pathologie, de genetica, 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, dit tot een bedrag dat gelijk is 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 als voor de VMOB, worden de tegemoetkomingen van deze 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, vergezeld van het originele bewijsstuk van de terugbetaling door de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Kosten van geneesmiddelen buiten een periode van hospitalisatie

Indien voorgeschreven door een erkende arts of tandarts, dan worden de farmaceutische producten en de magistrale bereidingen terugbetaald ten belope van 50 % van de door de patiënt in werkelijkheid betaalde prijs.

Worden nooit terugbetaald door de VMOB:

- homeopathische geneesmiddelen, dieetproducten of producten bedoeld voor de lichaamshygiëne;
- niet-geneeskrachtige producten, verkocht in de apotheek, zoals: voedingsmiddelen, dranken, zeep, zouten, tandpasta's, enz.
- fytotherapie.

In te dienen bewijsstukken

De VMOB 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 de VMOB tussen met inachtneming van volgende limieten en voorwaarden:

1. Tandprotheses afgeleverd buiten een periode van hospitalisatie

De protheses worden binnen de volgende limieten terug-

betaald:

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 de VMOB 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 de VMOB beperkt tot ten hoogste €250 per kalenderjaar.

Bewijsstukken die ingediend moeten worden voor de protheses

Overhandiging aan de VMOB van een Hospitalia-formulier dat de titel 'Protheses - tegemoetkomingsaanvraag' draagt. Dit formulier moet naar behoren ingevuld worden door de zorgverlener en moet medeondertekend zijn door het lid.

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 THUISOPPAS KINDEREN IN BELGIE

De VMOB biedt onderstaande hulpverlening aan de leden van HOSPITALIA die recht hebben op de tegemoetkoming van de VMOB in het kader van een ziekenhuisopname in België, op voorwaarde dat zij hun wachttijd beëindigd hebben.

Het volstaat hiertoe een telefoontje te geven aan de hulpverleningscentrale van de VMOB, die 24 uur op 24 toegankelijk is (tel.: 02 778 92 93).

De VMOB organiseert binnen de 24 uur (én bekostigt) de oppas van de kinderen van het lid, die ouder zijn dan 3 maanden tot 14 jaar, dit in de volgende situaties :

1) Indien het lid voor een duur van meer dan 2 dagen in het ziekenhuis opgenomen wordt na een ongeval of een plotse en onverwachte ziekte, dan komt de VMOB tussen in de oppas van zijn (haar) kinderen, indien niemand anders voor de kinderen kan zorgen.

Deze tussenkomst wordt 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 de VMOB, dan komt deze laatste tegemoet in de oppas van de kinderen gedurende ten hoogste 3 werkdagen tijdens het verblijf van de moeder in het ziekenhuis of 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.

3) Als de thuisbevalling terugbetaald wordt door de

VMOB, dan kent die laatste een tegemoetkoming toe onder dezelfde voorwaarden gedurende ten hoogste de 3 werkdagen die onmiddellijk volgen op de thuisbevalling van de moeder en de dag van de thuisbevalling.

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

Voor alle dekkingen en kamertypes

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 vijandelikheden indien het lid verrast 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 het lid het bewijs levert dat hij niet actief en vrijwillig aan deze gebeurtenissen deelnam;
- die zich voordoen op een ogenblik waarop het lid 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 het lid, (behalve bij redding van personen of goederen) of van een vrijwillige vergroting van het risico door het lid;
- die het gevolg zijn van dronkenschap, alcoholisme of toxicomanie;
- die het gevolg zijn van kernreacties.

NIET-GEDEKTE VERSTREKKINGEN

De VMOB verstrekt geen tegemoetkomingen:

- voor toiletartikelen, cosmetica, voeding, wijnen, minerale waters, luxeuitgaven (telefoon, televisie, bloemen,) behalve in het kader van de hospitalisaties in België, in een gemeenschappelijke en een tweepersoonskamer alsook voor de daghospitalisatie. HOSPITALIA kent evenwel geen tegemoetkoming toe in telefoon- en televisiekosten en in de kosten van bloemen en drank, die gefactureerd worden 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 een tegemoetkoming toekent;
- voor de tandimplantaten en tandprothesen, behalve wanneer zij op ambulante wijze aangebracht worden in het kader van HOSPITALIA AMBULANT of een ziekenhuisopname van minstens 1 nacht in een meerpersoonskamer terugbetaald door HOSPITALIA PLUS;
- voor verstrekkingen van het type "verjongingskuur";
- voor de prestaties ten gunste van een lid dat weigert om het bezoek te krijgen van een door de VMOB aangewezen arts, verpleegster of maatschappelijke werk(st)er.

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

Voor HOSPITALIA en HOSPITALIA PLUS kan de Medische Adviseur van de VMOB, op basis van de medische vragenlijst, bij zijn aansluiting aan het lid meedelen dat de tegemoetkoming beperkt is voor de hospitalisaties en daghospitalisaties die rechtstreeks verband houden met de vooraf bestaande ziektes, aandoeningen of supplementen (zoals zwangerschap): geen terugbetaling van supplementen bij een verblijf in een eenpersoonskamer. Deze limiet

geldt niet voor de hospitalisatie in een gemeenschappelijke kamer of in een tweepersoonskamer.

Het begrip vooraf bestaande toestand die verband houdt met een zwangerschap, zal als volgt toegepast worden:

- voor de bevallingen die plaatsvinden tijdens de eerste 6 maanden aansluiting, wordt geen enkele terugbetaling toegekend. Dit belet niet dat de hospitalisatiekosten, met uitsluiting van de supplementen bij een verblijf in een eenpersoonskamer, toch terugbetaald worden indien, op het ogenblik van de bevalling, een afwijking toegekend werd voor de wachttijd;
- voor de bevallingen die plaatsvinden in de 7de, 8ste, 9de aansluitingsmaand bij de hospitalisatiedienst, worden de hospitalisatiekosten ten laste genomen met uitsluiting van de supplementen bij een verblijf in een eenpersoonskamer.

Het begrip vooraf bestaande toestand die verband houdt met een zwangerschap, zal niet toegepast worden:

- op de bevallingen die plaatsvinden vanaf de 10de maand aansluiting;
- voor de bevallingen van leden die eerder gedekt waren door een gelijkaardige mutualistische hospitalisatiedienst of door een mutualistische hospitalisatiedienst die een voordeligere dekking aanbiedt.

Tijdens de eerste 24 maanden aansluiting bij het product, zal de Medisch Adviseur kunnen beslissen om deze beperking toe te passen (uitsluiting van supplementen bij een verblijf in een eenpersoonskamer) wegens een onopzettelijk verwijzen of een onopzettelijke onjuistheid betreffende zijn gezondheidstoestand op de medische vragenlijst. Deze beperking is vastgelegd voor een minimale duur van 5 jaar, na afloop waarvan het lid dat dit 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 kosten, 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;
- 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);
- de Europese verordeningen nrs. 1408/71, 574/72 en 883/04 of door een multilaterale of bilaterale sociale zekerheidsvereenkomst gesloten door België;
- 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 de VMOB 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 de VMOB toegekende verstrekkingen, dan heeft de rechthebbende recht op het verschil ten laste van die laatste.

Deze inlichtingen moeten voorkomen op de "Tegemoetkomingsaanvraag".

De tegemoetkoming van de VMOB mag in geen geval hoger zijn dan het bedrag van de werkelijk door het lid aangegane kosten.

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

BIJDLAGEN

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

2. Wordt als een vooruitbetaling beschouwd, iedere bijdrage die de VMOB ontvangt vóór de 1ste dag van de eerste maand van het kwartaal, halfjaar of jaar of, in geval van domiciliëring bij de bank, de eerste dag van de maand. Het lid dat zijn bijdrage niet betaald heeft op het einde van een trimester, ontvangt een aanmaning per aangetekend schrijven, waarin hij gesommeerd wordt tot de betaling van de bijdrage binnen de 15 dagen, te rekenen vanaf de dag die volgt op die van de deponering van het aangetekende schrijven bij de post. Deze aanmaning brengt hem op de hoogte van de schorsing van de waarborg, in geval van niet-betaling binnen bovenvermelde termijn. Zij vormt het vertrekpunt van de termijn van 45 dagen, waarna van rechtswege wordt overgegaan tot het ontslag.

3. Een verhoging van de bijdrage met respectievelijk 5%, 10%, 50% of 70% wordt berekend op de geldende tarieven voor de leden die op de datum van hun aansluiting bij de VMOB of van de bijkomende aansluiting bij 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. Bij uitsluiting van het lid, komen de bijdragen die vervalten zijn tot op het ogenblik waarop de VMOB kennis heeft gekregen van een nadeel dat vrijwillig berokkend werd aan zijn belangen, toe aan de VMOB.

In geval van vrijwillig ontslag, 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.

Bij overlijden, zal overgegaan worden tot de terugbetaling van de al betaalde bijdragen voor de dagen en maanden, te rekenen vanaf de dag die volgt op de overlijdensdatum.

De terugbetaling gebeurt binnen de 30 dagen, te rekenen vanaf de datum van de inwerkingtreding van de opzegging.

TEGEMOETKOMINGEN

1. Verjaring

De vordering tot betaling van verstrekkingen in het kader van de voordelen en elke andere vordering, afgeleid uit het verzekeringscontract, verjaren na 3 jaar, te rekenen vanaf de dag van de gebeurtenis die het recht geopend heeft. Dit recht zal beginnen te lopen vanaf het einde van de maand waarin het lid de ziekenhuisfactuur ontvangt. De 3de 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 de VMOB om de gezondheidstoestand van het lid 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 het lid in orde zijn met de betaling van zijn bijdragen.

Het lid zal slechts van de vastgestelde voordelen HOSPITALIA en HOSPITALIA PLUS kunnen genieten op voorwaarde dat hij een document "Aanvraag voor een tegemoetkoming", uitgereikt door de VMOB, invult en dat hij aan deze laatste alle bewijsstukken bezorgt, ter staving van zijn uitgaven (waaronder de originele hospitalisatiefacturen).

De VMOB heeft het recht om alle bijkomende stukken die zij 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 het lid de bewijsstukken indienen, die beschreven staan in de rubriek "Terugbetalingen van Hospitalia Ambulant".

De terugbetalingen zullen toegekend worden aan de effectieve leden 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.

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