

TARIFAIRE VERZEKERINGSVOORWAARDEN VAN DE PLANNEN IS EN IS PLUS

EDITIE 04.2001 Plan 921/922

De Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden (T.V.V.)

zijn opgesteld in uitvoering van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden (A.V.V.)

1. Verzekeringsplan (= A.V.V. 5)

Het verzekeringsplan is het Plan IS (= Ideaal Stationair), of het Plan IS Plus (= Ideaal Stationair Plus).

2. Verzekeringsgeval volgens het Plan IS (= A.V.V. 6)

2.1. Het verzekeringsgeval wordt gevormd door de stationaire behandeling in een verpleeginstelling ingevolge het optreden van een ziekte, een bevalling of een ongeval voor zover één ligdag in rekening kan worden gebracht en voor zover dit effectief gebeurt. Het verzekeringsgeval vangt aan met de opname in de verpleeginstelling en eindigt bij het verlaten van de verpleeginstelling.

De thuisbevalling wordt gelijkgesteld met een bevalling in een verpleeginstelling.

2.2. Worden terugbetaald in het kader van een verzekeringsgeval, de medische kosten die :

- 2.2.1. een curatief, diagnostisch of palliatief karakter hebben,
- 2.2.2. medisch noodzakelijk zijn,
- 2.2.3. verstrekt zijn door erkende zorgverstrekkers,
- 2.2.4. op therapeutisch vlak voldoende beproefd zijn,
- 2.2.5. gemaakt zijn tijdens de duur van het verzekeringsgeval.

Onder de aldus opgesomde voorwaarden, waarborgt de verzekeraar de therapeutische vrijheid van de zorgverstrekker en van de verzekerde persoon.

2.3. Worden terugbetaald per verzekeringsgeval aan 100 % na de wettelijke, statutaire of welke andere tussenkomst ook van de mutualiteit :

- 2.3.1. de verblijfskosten;
 - 2.3.2. de verblijfs- en logementskosten van één van de ouders in dezelfde instelling als deze van het verpleegde kind voor zover de ouder verzekerd is volgens eenzelfde verzekeringsplan, de aanwezigheid van de ouder beschouwd moet worden als onmisbaar bestanddeel van de medische behandeling en het kind de leeftijdscategorie die volgt op deze van 0 tot 19 jaar, niet bereikt heeft;
 - 2.3.3. de kosten van de medische prestaties;
 - 2.3.4. de kosten van de paramedische prestaties;
 - 2.3.5. de kosten van de farmaceutische producten, van de verbanden en van het medisch materiaal;
 - 2.3.6. de kosten van de medische hulpmiddelen;
 - 2.3.7. de chirurgiekosten;
 - 2.3.8. de verdoevingskosten;
 - 2.3.9. de kosten voor het gebruik van de operatiekamer en de bevallingskamer;
 - 2.3.10. de kosten van de medische protheses;
 - 2.3.11. de kosten van de kunstledematen;
 - 2.3.12. de vervoerskosten per ziekenwagen in België;
 - 2.3.13. de vervoerskosten per helicopter in België van de plaats van het ongeval naar de verpleeginstelling voor zover dit vervoer medisch noodzakelijk is en voor zover geen ander vervoermiddel gebruikt kan worden;
 - 2.3.14. de mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur in rekening worden gebracht;
 - 2.3.15. de kosten voor kraamhulp na de bevalling, binnen de grenzen opgenomen in een tussen de kraamzorginstelling en de verzekeraar afgesloten overeenkomst. Het betreft de door deze instelling gefactureerde kosten voor de zorgen die thuis verstrekt worden door de bevoegde kraamverzorgaar aan de moeder, de pasgeborene en het gezin;
 - 2.3.16. de verblijfskosten van de donor met een maximum van € 1.239,47 bij een medisch noodzakelijke transplantatie van een orgaan of een weefsel ten gunste van de verzekerde en gehospitaliseerde persoon.
- 2.4. Indien de wettelijke ziekteverzekering niet tussenkomt, wordt het terugbetalingspercentage herleid met 50% na aftrek van de statutaire of welke andere tussenkomst ook van de mutualiteit.

3. Verzekeringsgeval volgens het Plan IS Plus (= A.V.V. 6)

3.1. Het verzekeringsgeval wordt gevormd door de stationaire behandeling in een verpleeginstelling ingevolge het optreden van een ziekte, een bevalling of een ongeval voor zover één ligdag in rekening wordt gebracht en voor zover dit effectief gebeurt.

Het verzekeringsgeval vangt aan 30 dagen voor de opname in de verpleeginstelling (= voorhospitalisatieperiode) en eindigt 90 dagen na het verlaten van de verpleeginstelling maar ten laatste bij het begin van een nieuw verzekeringsgeval (= nahospitalisatieperiode).

Het verzekeringsgeval is echter datgene gedefinieerd volgens het Plan IS bij behandeling in een verpleeghotel of in een palliatieve instelling gelijkgesteld met een verpleeginstelling.

De thuisbevalling wordt gelijkgesteld met een bevalling in een verpleeginstelling.

3.2. Worden terugbetaald in het kader van een verzekeringsgeval, de medische kosten die beantwoorden aan de voorwaarden uiteengezet in het Plan IS (= punt 2.2.).

3.3. Worden terugbetaald per verzekeringsgeval aan 100 % na tussenkomst van de wettelijke ziekteverzekering de kosten beschreven in het Plan IS (= punt 2.3.).

3.4. Worden terugbetaald per verzekeringsgeval na tussenkomst van de wettelijke ziekteverzekering voor zover zij rechtstreeks verband houden met de oorzaak van de behandeling in de verpleeginstelling en gemaakt zijn tijdens de voor- en nahospitalisatieperiode (= voor- en nahospitalisatiekosten) :

aan 100 % :

- 3.4.1. de kosten van de medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging,
- 3.4.2. de kosten van de homeopathische behandeling, de kosten van de acupunctuur-, osteopathie-, en chiropraxiebehandeling,
- 3.4.3. de kosten van de paramedische prestaties voorgeschreven door een geneesheer en voorafgaandelijk door de verzekeraar toegelaten. Zijn aan geen enkele voorafgaande toelating onderworpen : verpleegkundige zorgen, kinesiotherapie en fysiotherapie.
- 3.4.4. de kosten van de medische hulpmiddelen voorgeschreven door een geneesheer en voorafgaandelijk door de verzekeraar toegelaten. Zijn aan geen enkele voorafgaande toelating onderworpen : brillenglazen, contactlenzen, hoorapparaten, breukbanden, spataderkousen, orthopedische zolen, gipsschelpen, lumbostaat, spalken en krukken. De behoorlijk bewezen kosten zijn gedekt met uitsluiting van de onderhouds- en herstellingskosten, de kosten van de hulpmiddelen strekkend tot het gebruik ervan en de wisselstukken,
- 3.4.5. de kosten van de medische protheses,
- 3.4.6. de kosten van de kunstledematen.

aan 80 % :

- 3.4.7. de kosten van de allopatische en homeopathische geneesmiddelen, van de verbanden en van het medische materiaal met uitsluiting van elk type van product dat in de handel in het algemeen te verkrijgen is.
- 3.5. Indien de wettelijke ziekteverzekering niet tussenkomt, wordt het terugbetalingspercentage herleid met 50 %.

4. Wachtijd (= A.V.V. 11)

Er is geen wachtijd met uitzondering van de wachtijd voor bevalling die 9 maanden bedraagt.

5. Vrijstelling (= A.V.V. 13)

De vrijstelling wordt toegepast :

- 5.1. per verzekerde persoon,
- 5.2. per verzekeringsjaar maar in evenredigheid met het aantal maanden gelegen tussen het begin van een verzekeringsplan en de jaarlijkse vervaldatum indien dit begin niet samenvalt met de jaarlijkse vervaldatum,
- 5.3. één keer op het verzekeringsgeval dat zich op ononderbroken wijze over 2 opeenvolgende verzekeringsjaren uitstrekt.

6. Verzekerbaarheid (= A.V.V. 16 en 17)

Verzekerbaar zijn :

- 6.1. de personen die bij de aansluiting tot de verzekering gezond zijn;
- 6.2. de personen die bij de aansluiting tot de verzekering een ingangseleeftijd hebben die de berekening van de premie toelaat volgens een voorziene en vigerende leeftijdscategorie;
- 6.3. de personen die hun woonplaats en hun vaste en gebruikelijke verblijfplaats in België hebben;
- 6.4. de personen die onderworpen zijn aan de vigerende sociale wetgeving en ervan genieten;
- 6.5. de pasgeborenen vanaf de geboortemaand volgens hetzelfde verzekeringsplan als één van de verzekerde ouders voor zover het verzekeringsplan wordt afgesloten binnen de 60 dagen volgend op de geboortemaand.

7. Einde van de verzekeringswaarborg (= A.V.V. 25)

Indien het verzekeringsgeval voortduurt na de einddatum van het verzekeringsplan, wordt de terugbetaling van de kosten gemaakt na dit einde gewaarborgd tot het einde van het verzekeringsgeval.

8. Niet voorziene of uitgesloten risico's (A.V.V. 23.10)

De verzekeringswaarborg omvat niet:

- 8.1. de tandbehandelingen ongeacht de aard ervan, met uitzondering van deze waarvan de medische noodzakelijkheid ingevolge het optreden van een ziekte of ongeval is aangetoond.
- 8.2. de tandprotheses en het tandmateriaal ongeacht de aard ervan, met uitzondering van deze geleverd en geplaatst tijdens de voor-en nahospitalisatieperiode, waarvan de medische noodzakelijkheid ingevolge het optreden van een ziekte of een ongeval is aangetoond, en waarvan het behandelingsplan voorafgaandelijk is voorgelegd aan de verzekeraar.

9. Medi-Card[®]

Door het gebruik en de ondertekening van de Medi-Card[®], aanvaardt de verzekerde persoon de toepassing van de rechten en plichten voortkomend uit het verzekeringscontract.

Wanneer de verzekeraar in het kader van een Medi-Card[®] dossier de opnamekosten aan het ziekenhuis terugbetaalt, erkent de verzekerde persoon dat overeenkomstig de contractuele voorwaarden volgende kosten door hem/haar verschuldigd blijven: de vrijstelling, de niet-medische kosten en de kosten van verzekeringsgevallen, die niet gedekt zijn door de verzekeringswaarborg.

De verzekeraar informeert de verzekerde persoon over het bedrag dat binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf de ontvangst van de informatie, terugbetaalbaar is. Bij niet-betaling door de verzekerde, verbindt de verzekeringnemer er zich toe die kosten terug te betalen.

Bij misbruik van de kaart kan het recht op het gebruik ervan worden ingetrokken