

FEDERATIE VAN SOCIALISTISCHE MUTUALITEITEN VAN BRABANT
Maatschappelijke zetel: Zuidstraat 111, 1000 Brussel, 306

Gecoördineerde versie van kracht op 19 juni 2022

De laatste wijzigingen van deze gecoördineerde statuten werden beslist door de algemene vergadering van 19 juni 2022, en goedgekeurd door de Controledienst voor de ziekenfondsen op 16 september 2022.

De Federatie van Socialistische Mutualiteiten van Brabant is aangesloten bij:

- het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten waarvan de statuten beschikbaar zijn op de website www.fsmb.be onder de rubriek statuten;
- de Maatschappij van Onderlinge Bijstand De Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten waarvan de statuten beschikbaar zijn op de website www.fsmb.be onder de rubriek statuten.
- Solidaris voor het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad waarvan de statuten beschikbaar zijn op de website www.fsmb.be onder de rubriek statuten.
- de Regionale Maatschappij van Onderlinge Bijstand van de Socialistische Mutualiteiten – Solidaris voor het Waalse Gewest waarvan de statuten beschikbaar zijn op de website www.fsmb.be onder de rubriek statuten

ZIEKENFONDS: FEDERATIE VAN SOCIALISTISCHE MUTUALITEITEN VAN BRABANT
Gevestigd te Brussel

Erkend bij KONINKLIJK BESLUIT VAN 5 juli 1910
(Belgisch Staatsblad van 18 en 19 juli 1910)

-

STATUTEN

-

Bekrachtigd bij koninklijk besluit van 20 juli 1989.
(Belgisch Staatsblad van 25 augustus 1989)

Goedgekeurd bij Ministerieel Besluit van
(Belgisch Staatsblad van 19 september 1992)

Gelet op de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen en haar uitvoeringsbesluiten.

Gelet op de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 houdende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en haar uitvoeringsbesluiten.

Gelet op de titels 9 en 10 van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering.

Na beraadslaging heeft de algemene vergadering op 19 juni 2022 met het bij de wet vereiste aanwezigheidsquorum en de bij de wet vereiste meerderheid van stemmen beslist de statuten van het ziekenfonds als volgt vast te leggen:

Hoofdstuk II - Stichting, benaming, doeleinden, maatschappelijke zetel en omschrijving van het ziekenfonds

ARTIKEL 1

Een mutualiteitsverbond werd op 19 december 1909 te Brussel opgericht en bij koninklijk besluit op 5 juli 1910 erkend, onder de benaming: « DE ONDERLINGE VERZEKERING VAN HET ARRONDISSEMENT BRUSSEL».

Bij koninklijk besluit van 24 december 1924 en bij besluit van 16 februari 1942, heeft zij achtereenvolgens de benamingen aangenomen:

- « FEDERATIE VAN SOCIALISTISCHE EN SYNDICALE MUTUALITEITEN VAN DE ARRONDISSEMENTEN BRUSSEL EN LEUVEN »
- en
- « FEDERATIE VAN MUTUALITEITEN VAN DE ARRONDISSEMENTEN BRUSSEL EN LEUVEN ».

Haar huidige benaming « FEDERATIE VAN SOCIALISTISCHE MUTUALITEITEN VAN BRABANT – FEDERATION DES MUTUALITES SOCIALISTES DU BRABANT » werd gehomologeerd bij Regentsbesluit van 7 mei 1946 en bevestigd bij koninklijk besluit van 21 februari 1956.

Zij neemt nu de benaming aan: FEDERATION DES MUTUALITES SOCIALISTES DU BRABANT - FEDERATIE VAN SOCIALISTISCHE MUTUALITEITEN VAN BRABANT.

In zijn betrekkingen met derden kan het ziekenfonds gebruik maken van volgende afkorting: « F.S.M.B. » of « Socialistische Mutualiteit » in het Nederlands en « F.M.S.B. » of « Mutualités Socialistes » in het Frans.

Op 1 januari 2008 werd doorheen een fusie het ziekenfonds Vervoer en Verkeer geïntegreerd in de werking van de Federatie van Socialistische Mutualiteiten van Brabant.

ARTIKEL 2

De doeleinden van het ziekenfonds zijn:

- a) In het kader van artikel 3, eerste lid, a) en c) van de wet van 6 augustus 1990; de deelneming aan de uitvoering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, waartoe haar de toelating werd gegeven door de Landsbond waarbij ze is aangesloten, en het verlenen van de nodige hulp, voorlichting, begeleiding en bijstand bij het vervullen van deze opdracht.

De uitvoering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen brengt mee dat zij voor rekening en in het kader van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, instaat voor de terugbetaling van de geneeskundige zorgen, zowel voor de prestaties van de geneesheren, de tandartsen of de paramedische medewerkers als voor de prestaties en toelatingsvoorwaarden in de medico-sociale instellingen, voor de leden of voor de personen te hunnen laste, hetzij rechtstreeks of door middel van de derdebetalersregeling.

Anderzijds houdt deze opdracht ook in, dat men in de uitvoering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, instaat voor de begeleiding van de leden, teneinde er over te waken opdat hun kwaliteitszorgen zouden verleend worden en dat iedereen toegang zou hebben tot deze zorgen.

Bovendien zal het ziekenfonds instaan om, voor rekening en in het kader van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, de betaling te verzekeren van de vergoedingen aan de invalide werknemers of aan de invalide zelfstandigen, de betaling te verzekeren van de moederschapsvergoedingen, evenals voor de informatie, de begeleiding en de bijstand bij het vervullen van deze activiteiten.

Al deze activiteiten, evenals de controle hierop, gebeuren onder toepassing van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 houdende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en haar uitvoeringsbesluiten of onder toepassing van artikel 3, eerste lid, c) van de wet van 6 augustus 1990 en dit door toelating van de landsbond.

De uitvoering van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gebeurt onder de verantwoordelijkheid van de Landsbond.

Het ziekenfonds verbindt er zich toe de wettelijke bepalingen, de statutaire bepalingen en de richtlijnen van de Landsbond te eerbiedigen.

- b) In het kader van de artikelen 3, eerste lid, b) en c) van dezelfde wet en van artikel 67 vijfde lid van de wet van 26 april 2010 houdende bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering

- het toekennen van tussenkomsten, voordelen, uitkeringen en diensten
- het verlenen van de nodige hulp, voorlichting, begeleiding en bijstand, met inbegrip van de samenwerkingsakkoorden vermeld in deze diensten:

Een verplichte aansluiting voor de leden in de volgende diensten en met inbegrip van de samenwerkingsakkoorden en de betoelaging van de socio-sanitaire structuren vermeld in deze diensten:

1. ziekenvervoer en ziekenwagen (artikels 53 tot 55);
2. gezondheidsprestaties en geneesmiddelen (artikels 56 tot 58);
3. hospitalisatie (artikels 59 tot 61);

4. zorgen, hulp en bijstand ten huize (artikels 62 tot 64);
5. hulp en bijstand aan families, personen met een handicap en aan senioren (artikels 65 tot 67);
6. hulp en bijstand aan jongeren en aan kinderen (artikels 68 tot 70);
7. hulp en bijstand aan vrouwen (artikels 71 tot 73);
8. hulp, bijstand en verdediging op medisch en juridisch vlak (artikels 74 tot 76);
9. verblijf en kuren met betrekking tot preventie en herstelling (artikels 80 tot 82);
10. informatie, opvoeding en hulp inzake gezondheid (artikels 83 tot 85);
11. informatie en promotie van de mutualistische beweging (artikels 86 tot 88);
12. sociale informatie en hulp (artikels 89 tot 91);
13. speciaal fonds voor onderlinge hulp en solidariteit (artikels 92 tot 94);
14. dringende medische hulp, bijstand en ziektekostendekking in het buitenland (artikel 102)
15. betoelaging van socio-sanitaire structuren (artikel 95).
16. het administratief centrum (code 98/2)

Deze diensten zijn hetzij verrichtingen in toepassing van artikel 3, tweede lid van de wet van 06 augustus 1990, hetzij in toepassing van artikel 67, vijfde lid van de wet van 26 april 2010, diensten die geen verrichtingen zijn en die niet tot doel hebben een recht op tussenkomst te creëren wanneer zich een onzekere en toekomstige gebeurtenis voordoet.

De prestaties van de voormelde diensten worden toegekend volgens de beschikbare middelen.

c) Het ziekenfonds heeft eveneens tot doel de leden en de personen te hunnen laste te laten genieten van de tussenkomsten, voordelen, vergoedingen en diensten voorzien door de statuten van de Landsbond waar het is aangesloten.

Het verplichtend of facultatief karakter van de aansluiting bij het voormelde is bepaald in artikel 2 van de statuten van de gezegde landsbond.

In zijn fundamentele opties, verwijst het ziekenfonds naar haar socialistische ideologie.

Zij bevoorrecht in haar opdracht de waarden als solidariteit, onderlinge hulp, hulp aan de minstbesteden en de dienstverlenende geest om te waken en bij te dragen tot de ontwikkeling van de gezondheid en het welzijn van iedereen.

Het ziekenfonds mag niet de aansluiting weigeren van een persoon bij een dienst bedoeld in artikel 3, eerste lid b) en c) van de wet van 06/08/1990 of bedoeld in artikel 67, vijfde lid van de wet van 26 april 2010, ingericht door het ziekenfonds, zoals bepaald in artikel 2 van de onderhavige statuten, op voorwaarde dat die persoon voldoet aan de wettelijke en reglementaire voorwaarden om lid van het ziekenfonds te zijn.

De leden hebben eveneens het recht, indien zij zich hierbij aansluiten, te genieten van de diensten aangeboden door de maatschappij van onderlinge bijstand (artikel 43bis, § 5 van de wet van 06/08/1990) waarvan het ziekenfonds tussenpersoon is en die werd opgericht door het ziekenfonds.

Voor een volledige verrekening en correcte verdeling van de gemeenschappelijke administratiekosten van de diensten vermeld onder artikel 2, punt b, richt het ziekenfonds een administratief verdeelcentrum (98/1) in. Via dit centrum worden de gemeenschappelijke werkingskosten volledig verdeeld over de verrichtingen en diensten. Het centrum heeft elk jaar een nulresultaat en geen gecumuleerd overschotten of tekorten.

ARTIKEL 3

De maatschappelijke zetel van het ziekenfonds is gevestigd te 1000 Brussel, Zuidstraat 111 en zijn werkingsgebied strekt zich uit over de arrondissementen Brussel, Halle-Vilvoorde en Leuven.

Het ziekenfonds richt zich tot al de personen die in België hun hoofdverblijfplaats hebben, alsmede tot:

- de personen die hun hoofdverblijfplaats hebben in het buitenland, doch aan de Belgische sociale zekerheid onderworpen zijn ;
- de Belgische militairen of diplomaten die in het buitenland verblijven en die onderworpen zijn aan de verplichte ziekteverzekering.

ARTIKEL 4

Het ziekenfonds is aangesloten bij de “Landsbond Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten” (N.V.S.M.) gevestigd te 1000 Brussel, Sint-Jansstraat 32-38.

ARTIKEL 5

Het ziekenfonds is ingedeeld in 18 administratieve werkgebieden, met name de gewesten:

1. Aarschot
2. Anderlecht
3. Asse-Liedekerke
4. Brussel
5. Diest
6. Elsene
7. Etterbeek
8. Haacht
9. Halle
10. Laken
11. Leuven
12. Molenbeek
13. Schaarbeek
14. Sint-Gillis
15. Tienen
16. Vilvoorde
17. Vorst
18. Zaventem

ARTIKEL 6

§ 1. Een persoon kan zich bij het ziekenfonds aansluiten:

1° hetzij, met inachtneming van de van toepassing zijnde wettelijke, reglementaire en statutaire bepalingen, voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, bedoeld in artikel 3, eerste lid, a), van de wet van 6 augustus 1990, waarbij hij aangesloten is bij de diensten:

- van het ziekenfonds bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook voor de diensten die zijn bedoeld in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I);
- van het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten (KBO nr 0411.724.220) waarbij het ziekenfonds is aangesloten, bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook voor de diensten van de landsbond die zijn bedoeld in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I);
- van de "Société mutualiste régionale des mutualités socialistes pour la région wallonne" (in oprichting) of van de "Regionale Maatschappij van Onderlinge Bijstand van de Socialistische Mutualiteiten voor het Tweekantige Gebied Brussel-Hoofdstad" (in oprichting) waarbij het ziekenfonds is aangesloten, wanneer de aansluiting bij een dergelijke regionale maatschappij van onderlinge bijstand voor hem verplicht is gemaakt door de regionale reglementering waarvan hij afhangt.

Wordt gelijkgeschakeld met de bovenvermelde persoon, de persoon die gewoonlijk in België verblijft maar die, in toepassing van de artikelen 17, 24 of 26 van het Reglement(EG) 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels, of van elke andere gelijkaardige bepaling vastgelegd in een internationaal akkoord, is onderworpen aan de wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van een andere staat dan België en die een formulier S1 of elk ander gelijkwaardig document bij het ziekenfonds indient om te kunnen genieten, ten laste van het land waarin deze onderworpen is aan de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, van de prestaties die voorzien zijn door de voornoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994;

2° hetzij slechts voor de diensten bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook voor de diensten van het ziekenfonds die bedoeld zijn in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I). Dit is slechts mogelijk wanneer de persoon zich in een van de volgende situaties bevindt:

- hij is, voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, ingeschreven bij de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail;
- hij is, voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, ingeschreven bij de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV); wordt gelijkgeschakeld met deze persoon, de persoon die gewoonlijk in België verblijft maar die, in toepassing van de artikelen 17, 24 of 26 van het reglement (EG) 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels, of van elke andere gelijkaardige bepaling vastgelegd in een internationaal akkoord, is onderworpen aan de wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van een andere staat dan België en die een formulier S1 of elk ander gelijkwaardig document bij de HZIV indient om te kunnen genieten, ten laste van het land waarin deze persoon onderworpen is aan de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, van de prestaties die voorzien zijn door de voornoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994;
- hij is, voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, ingeschreven bij de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ)/Stelsel Overzeese Sociale Zekerheid;

- hij heeft recht op de terugbetaling van gezondheidszorgen krachtens het statuut van een instelling van Europees of internationaal recht gevestigd in België;
- hij is niet meer onderworpen aan de verplichte verzekering ingevolge een opdracht in het buitenland voor rekening van een Belgische regering;
- hij maakt deel uit van het personeel van een ambassade of consulaat, in België gevestigd, dat in toepassing van de conventies van Wenen van 1961 en 1963 voor geneeskundige verstrekkingen verzekerd moet zijn ten laste van het zendland;
- hij bevindt zich in een situatie bedoeld in artikel 3ter, 1°, van de wet van 6 augustus 1990 en hij is, voor de voornoemde verplichte verzekering, reeds elders ingeschreven of aangesloten;
- hij is gedetineerd of geïnterneerd en hij is, voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten laste van de FOD Justitie.

Deze persoon is ambtshalve aangesloten bij de diensten:

- van het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten (KBO n° 0411.724.220) waarbij het ziekenfonds is aangesloten, bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook voor de diensten van de landsbond die bedoeld zijn in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I);

§ 2. Tijdens een periode van internering of van hechtenis wordt de persoon die voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten laste is van de FOD Justitie, voor de toepassing van § 1, 1, beschouwd als niet aangesloten bij het ziekenfonds, tenzij uitdrukkelijke verklaring om aangesloten te willen blijven voor de diensten van het ziekenfonds bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook voor de diensten van het ziekenfonds bedoeld in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I).

§ 3. De persoon die, met inachtneming van de van toepassing zijnde wettelijke, reglementaire en statutaire bepalingen, aangesloten is bij het ziekenfonds minstens voor de diensten bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook voor de diensten van het ziekenfonds die bedoeld zijn in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I), is aangesloten bij de diensten bedoeld in § 1, 1°, en heeft bovendien de mogelijkheid:

- om in voorkomend geval, met inachtneming van de van toepassing zijnde wettelijke, reglementaire en statutaire bepalingen, deel te nemen aan het voorhuwelijks sparen, bedoeld in artikel 7, § 4, van de wet van 6 augustus 1990, georganiseerd door de landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten;
- om zich aan te sluiten bij de regionale maatschappij van onderlinge bijstand Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten (KBO n° 0476.572.579) waarbij het ziekenfonds is aangesloten, wanneer de aansluiting bij deze regionale maatschappij van onderlinge bijstand voor hem mogelijk is gemaakt door de regionale reglementering waarvan hij afhangt;
- om, met inachtneming van de van toepassing zijnde wettelijke, reglementaire en statutaire bepalingen, een verzekeringsproduct te onderschrijven, georganiseerd door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand van Brabant (KBO n° 0838.221.243), waarbij het ziekenfonds is aangesloten.

ARTIKEL 6 bis

Onder "aanvullende verzekering" van het ziekenfonds wordt verstaan: de diensten bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook de diensten bedoeld in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (l).

De aansluiting bij de diensten van de aanvullende verzekering neemt een aanvang:

- 1° voor een persoon die als persoon ten laste bij een ziekenfonds aangesloten was voor de aanvullende verzekering en die zich als gerechtigde inschrijft bij hetzelfde ziekenfonds, de eerste dag van de maand van onderwerping aan de verplichte verzekering, met andere woorden van de maand waarin hij een van de hoedanigheden verwerft bedoeld in artikel 32, 1° tot 16°, 20° tot 22°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;
- 2° voor een persoon die als gerechtigde bij een ziekenfonds aangesloten was voor de aanvullende verzekering en die zich als gerechtigde inschrijft bij een ander ziekenfonds, vanaf de eerste dag van het kwartaal van de inwerkingtreding van deze aansluiting;
- 3° voor een persoon die als persoon ten laste bij een ziekenfonds aangesloten was voor de aanvullende verzekering en die zich als gerechtigde inschrijft bij een ander ziekenfonds, de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van de aanvraag tot inschrijving;
- 4° voor een persoon die als gerechtigde bij een ziekenfonds aangesloten was voor de aanvullende verzekering en die zich als persoon ten laste inschrijft bij een ander ziekenfonds, de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van de aanvraag tot inschrijving;
- 5° voor een persoon bedoeld in artikel 6, § 1, 2, alsook voor de personen die voor de eerste keer zijn aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds, de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van de aanvraag tot inschrijving;
- 6° voor een persoon die als persoon ten laste bij een ziekenfonds aangesloten was voor de aanvullende verzekering en die zich als persoon ten laste inschrijft bij een ander ziekenfonds, de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van de aanvraag tot inschrijving.

ARTIKEL 6 ter

§ 1. Inleiding

Naargelang zijn toestand m.b.t. de betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 6bis, kan een persoon aangesloten bij het ziekenfonds:

- hetzij een lid zijn dat een voordeel van deze diensten kan genieten;
- hetzij een lid zijn van wie de mogelijkheid om een voordeel van deze diensten te genieten, is geschorst;
- hetzij een lid zijn van wie de mogelijkheid om een voordeel van deze diensten te genieten, is opgeheven.

In afwijking van de voorgaande alinea kan geen enkele persoon vóór 1 januari 2022 de hoedanigheid verwerven van een lid van de FSMB van wie de mogelijkheid om te genieten van de aanvullende verzekering opgeheven is. Desgevallend behoudt de persoon tijdens de periode die loopt van de 25e maand van niet-betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering tot 31 december 2021, de hoedanigheid van lid van de FSMB van wie de mogelijkheid om te genieten van de aanvullende verzekering is geschorst.

De betaling of niet-betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering heeft eveneens gevolgen voor:

- de mogelijkheid om de voordelen voorzien door de statuten van de landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten, te genieten. Hiervoor wordt verwezen naar de statuten van het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten; (KBO nr 0411.724.220) ;
- de mogelijkheid om de verzekeringswaarborg die het lid heeft onderschreven bij de verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand van Brabant (KBO nr 0838.221.243), en van de aansluiting bij deze verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand, te genieten. Hiervoor wordt verwezen naar de statuten van deze verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand.

De betaling of de niet-betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering heeft geen enkel gevolg wat betreft het recht op de prestaties van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkering. Er kan geen compensatie gebeuren tussen de onbetaalde bijdragen van de aanvullende verzekering en de verstrekkingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

§ 2. Het lid dat een voordeel van de aanvullende verzekering kan genieten

Het betreft een lid dat in regel is met zijn bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 6bis:

1° voor de maand waarin zich de gebeurtenis die krachtens de statuten aanleiding kan geven tot uitkering van het voordeel heeft voorgedaan.

In dit opzicht wordt het lid dat in regel is met zijn bijdragen voor de betreffende diensten gedurende minstens 24 maanden, tot bewijs van het tegendeel, verondersteld in regel te zijn met zijn bijdragen voor deze diensten gedurende de drie maanden die onmiddellijk volgen op deze periode.

Wanneer het lid ononderbroken aangesloten is geweest als gerechtigde sinds meer dan 24 maanden bij verschillende Belgische ziekenfondsen en hij in regel was met zijn bijdragen voor de diensten in kwestie gedurende deze periode, wordt hij, tot bewijs van het tegendeel, verondersteld in regel te zijn met zijn bijdragen voor de diensten in kwestie voor de drie maanden die onmiddellijk op deze periode volgen.

Wanneer het lid voor de eerste keer ononderbroken aangesloten is geweest als gerechtigde sinds meer dan 24 maanden bij een Belgisch ziekenfonds en hij in regel was met zijn bijdragen voor de diensten in kwestie gedurende deze periode, wordt hij, tot bewijs van het tegendeel, verondersteld in regel te zijn met zijn bijdragen voor de diensten in kwestie voor de drie maanden die onmiddellijk op deze periode volgen.

Het lid dat op 31 december 2018 kan genieten van de voordelen van de aanvullende verzekering, wordt, tot bewijs van het tegendeel, verondersteld in regel zijn met zijn bijdragen voor het eerste kwartaal van 2019.

2° voor de periode van 23 maanden die voorafgaat.

Wanneer de persoon zich voor de eerste keer aansluit als gerechtigde bij een Belgisch ziekenfonds minder dan 23 maanden voor de maand van de gebeurtenis bedoeld in 1°, moet hij er in regel geweest zijn met zijn bijdragen voor de betreffende diensten, gedurende de ganse aansluitingsperiode die voorafgaat aan de gebeurtenis bedoeld onder 1°.

Indien, tijdens de referentieperiode bedoeld in het onderhavig punt 2, de persoon:

- a) ononderbroken aangesloten is geweest als gerechtigde bij verschillende Belgische ziekenfondsen, moet hij, om te kunnen genieten van het voordeel in kwestie, in regel zijn met zijn bijdragen voor de diensten in kwestie, in elk ziekenfonds voor de maanden waarin hij erbij was aangesloten als gerechtigde gedurende deze periode;
- b) gedurende een of meerdere maanden niet was aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds, wordt die periode gelijkgesteld:

i° met een periode waarvoor de persoon in regel was met zijn bijdragen wanneer deze:

- a) geen lid is waarvan de mogelijkheid om de voordelen van de aanvullende verzekering te genieten opgeheven is en die de periode van "herstel van het recht" bedoeld in § 4, lid 5, niet heeft beëindigd;
- b) zich bevindt in een van de volgende situaties:
 - het lid was in regel met zijn bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering voor alle maanden waarin hij als gerechtigde was aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds gedurende de voornoemde 23 maanden;
 - het lid was niet in regel met zijn bijdragen voor die diensten voor alle maanden waarin hij als gerechtigde was aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds gedurende de voornoemde 23 maanden, maar betaalt de achterstallige bijdragen aan de entiteit of de entiteiten in kwestie ten laatste in de maand waarin de nieuwe aansluiting na de periode van onderbreking een aanvang neemt;

ii° aan een periode waarvoor het lid niet in regel was met de bijdragen voor die diensten, in de andere situaties dan de situaties vermeld in b, i.

In de berekening van de referentieperiode bedoeld in dit punt 2, worden de bijdragen die het lid, omdat hij zich in een toestand van collectieve schuldregeling of van faillissement bevindt, namelijk voorafgaand aan het vonnis van toelaatbaarheid of aan het verklarend vonnis van faillissement, als betaald beschouwd.

Het lid dat gedurende een deel van de referentieperiode bedoeld in dit punt 2 als persoon ten laste was aangesloten en dat in regel is met de bijdragen sedert hij zelf gedurende deze referentieperiode gerechtigde is, wordt verondersteld in regel te zijn met zijn bijdragen voor deze ganse referentieperiode en, tot bewijs van het tegendeel, voor de drie maanden die onmiddellijk op deze periode volgen.

Het lid dat in regel is met zijn bijdragen sinds 1 januari 2019, wordt verondersteld, tot 31 december 2020, in regel te zijn met zijn bijdragen voor het deel voorafgaand aan 1 januari 2019, om te bepalen of hij aanspraak kan maken op de uitkering van een voordeel omwille van een gebeurtenis die zich heeft voorgedaan na 31 december 2018. Deze bepaling doet geen afbreuk aan het feit dat de vordering tot betaling van de bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 6bis, vijf jaar na het einde van de maand waarop de onbetaalde bijdragen betrekking hebben, verjaart.

§ 3. Het lid van wie de mogelijkheid om een voordeel van de aanvullende verzekering te genieten, is geschorst

Indien een persoon niet in regel is met de bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 6bis, voor een periode die niet verder teruggaat dan de 23e maand die voorafgaat aan de maand waarin de gebeurtenis die aanleiding kan geven tot uitkering van een voordeel, heeft plaats-

gevonden, is de mogelijkheid voor hem om een voordeel van de aanvullende verzekering te genieten, geschorst

Voor de toepassing van het vorige lid:

- 1° worden de maanden van de voornoemde periode tijdens dewelke deze persoon de hoedanigheid van gerechtigde in voornoemde zin, verliest en persoon ten laste van een gerechtigde wordt, gelijkgeschakeld met maanden voor dewelke de bijdragen betaald werden;
- 2° worden de bijdragen die het lid, omdat hij zich in een toestand van collectieve schuldregeling of van faillissement bevindt, namelijk voorafgaand aan het vonnis van toelaatbaarheid of aan het verklarend vonnis van faillissement, als betaald beschouwd.

Indien, tijdens de referentieperiode bedoeld in het eerste lid, de persoon ononderbroken als gerechtigde aangesloten was bij verschillende Belgische ziekenfondsen, worden de maanden van niet-betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering gedurende de aansluiting als gerechtigde in een voorafgaand ziekenfonds, in aanmerking genomen voor de toepassing van het eerste lid.

Indien, tijdens de referentieperiode bedoeld in het eerste lid, de persoon niet aangesloten was bij een Belgisch ziekenfonds gedurende een periode van een of meerdere maanden, wordt deze onderbrekingsperiode gelijkgeschakeld.

1° met een periode voor dewelke het lid in regel was met de bijdragen wanneer deze:

- a) geen lid is van wie de mogelijkheid om voordelen van de aanvullende verzekeringen te genieten is opgeheven en die de periode van "herstel van het recht" bedoeld in § 4, vijfde lid, niet heeft beëindigd;
- b) zich bevindt in een van de volgende situaties:
 - 1° het lid was in regel met zijn bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering voor alle maanden waarin hij als gerechtigde was aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds gedurende de voornoemde 23 maanden;
 - 2° het lid was niet in regel met zijn bijdragen voor die diensten voor alle maanden waarin hij als gerechtigde was aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds gedurende de voornoemde 23 maanden, maar betaalt de achterstallige bijdragen aan de entiteit of de entiteiten in kwestie ten laatste in de maand waarin de nieuwe aansluiting na de periode van onderbreking een aanvang neemt;

2° aan een periode waarvoor het lid niet in regel was met de bijdragen voor die diensten, in de andere situaties dan de situaties vermeld in 1°.

Zonder afbreuk te doen aan de toepassing van de verjaring bedoeld in artikel 48bis van de wet van 6 augustus 1990 zal het lid van wie de mogelijkheid om voordelen van de aanvullende verzekeringen te genieten is opgeschort, slechts kunnen genieten van een voordeel van de aanvullende verzekering na betaling van alle verschuldigde bijdragen voor de betrokken periode van 23 maanden en voor de maand waarin de gebeurtenis die krachtens de statuten aanleiding kan geven tot uitkering van een voordeel, heeft plaatsgevonden.

§ 4. Het lid van wie de mogelijkheid om voordelen van de aanvullende verzekering te genieten, is opgeheven

Indien een persoon niet in regel is met de bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 6bis, voor een periode die 24 maanden overstijgt, is de mogelijkheid voor hem om een voordeel van de aanvullende verzekering te genieten, opgeheven.

In afwijking van de voorgaande alinea kan geen enkele persoon vóór 1 januari 2022 de hoedanigheid verwerven van een lid van de FSMB van wie de mogelijkheid om te genieten van de aanvullende verzekering opgeheven is. Desgevallend behoudt de persoon tijdens de periode die loopt van de 25e maand van niet -betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering tot 31 december 2021, de hoedanigheid van lid van de FSMB van wie de mogelijkheid om te genieten van de aanvullende verzekering is geschorst.

Voor de toepassing van het eerste lid:

- 1° worden de maanden van de voornoemde periode tijdens dewelke deze persoon de hoedanigheid van gerechtigde in voornoemde zin verliest en persoon ten laste van een gerechtigde wordt, gelijkgesteld met maanden waarvoor de bijdragen betaald werden;
- 2° worden de bijdragen die het lid, omdat hij zich in een toestand van collectieve schuldregeling of van faillissement bevindt, namelijk voorafgaand aan het vonnis van toelaatbaarheid of aan het verklarend vonnis van faillissement, als betaald beschouwd.

Indien, tijdens de periode bedoeld in het eerste lid, de persoon ononderbroken als gerechtigde aangesloten was bij verschillende Belgische ziekenfondsen, worden de maanden van niet-betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering gedurende de aansluiting als gerechtigde in een voorafgaand ziekenfonds, in aanmerking genomen voor de toepassing van het eerste lid.

Indien, tijdens de periode bedoeld in het eerste lid, de persoon niet aangesloten was bij een Belgisch ziekenfonds gedurende een periode van een of meer maanden, wordt deze onderbrekingsperiode gelijkgesteld:

- 1° met een periode voor dewelke het lid in regel was met de bijdragen wanneer deze:
 - a) geen lid is van wie de mogelijkheid om voordelen van de aanvullende verzekering te genieten is opgeheven en die de periode van "herstel van het recht" bedoeld in het vijfde lid niet heeft beëindigd;
 - b) zich bevindt in een van de volgende situaties:
 - 1° het lid was in regel met zijn bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering voor alle maanden waarin hij als gerechtigde was aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds gedurende de voornoemde 24 maanden;
 - 2° het lid was niet in regel met zijn bijdragen voor die diensten voor alle maanden waarin hij als gerechtigde was aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds gedurende de voornoemde 24 maanden, maar betaalt de achterstallige bijdragen aan de entiteit of de entiteiten in kwestie ten laatste in de maand waarin de nieuwe aansluiting na de periode van onderbreking een aanvang neemt;
- 2° aan een periode waarvoor het lid niet in regel was met de bijdragen voor die diensten, in de andere situaties dan de situaties vermeld in 1°.

Zonder afbreuk te doen aan de toepassing van de verjaring bedoeld in artikel 48bis van de wet van 6 augustus 1990 zal het lid van wie de mogelijkheid om voordelen van de aanvullende verzekering te genieten is opgeheven, slechts opnieuw kunnen genieten van een voordeel van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 6bis na een opeenvolgende periode van 24 maanden waarvoor de bijdragen voor deze diensten moeten betaald geweest zijn zonder enig voordeel van de aanvullende verzekering te kunnen genieten.

De periode van 24 maanden bedoeld in het vorig lid wordt opgeschort:

- 1° gedurende de periode tijdens dewelke het lid, dat begonnen is met de betaling van de bijdragen voor een daaropvolgende periode, door de wet verhinderd is te betalen omdat hij zich in een toestand van collectieve schuldenregeling of van faillissement bevindt;
- 2° gedurende de periode tijdens dewelke het lid, dat begonnen is met de betaling van de bijdragen voor een daaropvolgende periode, de hoedanigheid van gerechtigde heeft verloren en persoon ten laste is van een gerechtigde die niet in regel is met de betaling van de bijdragen voor de aanvullende verzekering.

Wanneer een lid van wie de mogelijkheid om voordelen van de aanvullende verzekeringen te genieten is opgeheven, gedurende de periode van "herstel van het recht" bedoeld in het vijfde lid, ononderbroken aangesloten is geweest als gerechtigde bij verschillende Belgische ziekenfondsen, worden de 24 maanden geteld vanaf de eerste dag van de maand waarvoor de bijdragen voor die diensten van het ziekenfonds waarbij hij tijdens die periode eerst was aangesloten, betaald werden.

In geval van onderbreking van de aansluiting als gerechtigde bij een Belgisch ziekenfonds na het begin van de periode van "herstel van het recht" bedoeld in het vijfde lid, schort de onderbrekingsperiode deze periode van 24 maanden waarvoor de bijdragen betaald moeten worden zonder enig voordeel van de

diensten van de aanvullende verzekering te kunnen genieten, op; deze opschorting kan evenwel niet meer bedragen dan vijf jaar.

ARTIKEL 6 quater

De vordering tot terugbetaling van de waarde van de ten onrechte verleende financiële tegemoetkomingen en uitkeringen in het kader van de diensten van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 6bis, verjaart twee jaar na het einde van de maand waarin de uitbetaling is geschied.

Deze verjaring geldt niet ingeval het ten onrechte verlenen van financiële tegemoetkomingen en uitkeringen het gevolg is van bedrieglijke handelingen waarvoor hij wie ze tot baat strekten, verantwoordelijk is. In dat geval bedraagt de verjaringstermijn vijf jaar welke ingaat na het einde van de maand waarin de uitbetaling is geschied.

ARTIKEL 7

1. De aanvullende bijdrage die toegang geeft tot de tussenkomsten, voordelen en vergoedingen voorzien in artikel 2 b) van de statuten is verplichtend.
De aanvullende bijdragen worden vermeld in artikel 98.
2. Een administratieve bijdrage, die een eventueel vastgesteld tekort dekt in de beheerskosten van de diensten voorzien in artikel 2 a), kan ingevoerd en verplichtend gemaakt worden door de algemene vergadering van het ziekenfonds, teneinde dit tekort te dekken.

ARTIKEL 8

Kunnen als lid van de diensten bedoeld in artikel 2 a) en 2 b) uitgesloten worden, de leden die zich schuldig maken aan een inbreuk op de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en de wet van 6 augustus 1990 of hun uitvoeringsbesluiten.

Het ziekenfonds informeert het lid tijdig over de te stellen handelingen om zonder onderbreking toegang te hebben tot de prestaties van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De beslissing tot uitsluiting wordt genomen, door een tot dat doel aangeduide commissie, door de Raad van Bestuur in toepassing van artikel 23 van de wet van 6 augustus 1990.

Deze commissie hoort het lid in zijn verweermiddelen nadat het lid uitgenodigd werd per aangetekend schrijven.

Indien het lid de dag van de uitnodiging verhinderd is kan hij zijn argumenten naar voor brengen per brief of kan hij een latere datum aanvragen om gehoord te worden. Dit uitstel kan slechts éénmaal toegestaan worden.

Indien het lid opnieuw afwezig is zal er van ambtswege over zijn uitsluiting beslist worden en dit op basis van gegevens in het bezit van de commissie.

Onderhavig artikel is niet toepasselijk bij een uitsluiting omwille van een niet-betaling van de bijdragen.

HOOFDSTUK III - Categorieën van leden

ARTIKEL 9

De ledencategorieën worden vermeld in artikel 6 § 1 1° en 2°

Hoofdstuk IV - Organen van het ziekenfonds

Afdeling 1 - De Algemene Vergadering - Samenstelling

ARTIKEL 10

De Algemene Vergadering is samengesteld overeenkomstig artikel 5 van het koninklijk besluit van 7 maart 1991.

De leden die in aanmerking moeten worden genomen om het aantal te verkiezen afgevaardigden te bepalen, zijn de gerechtigden bedoeld bij artikel 6 van voornoemd koninklijk besluit.

Deze vertegenwoordigers worden door de leden en de personen te hunnen laste verkozen voor een hernieuwbare periode van maximum zes jaar.

Het aantal mandaten van afgevaardigde wordt als volgt vastgesteld:

- 75 mandaten van afgevaardigde voor de eerste schijf van 75.000 gerechtigden;
- en een bijkomend mandaat van afgevaardigde per volledige schijf van 10.000 gerechtigden boven het aantal van 75.000

De leden en de personen te hunnen laste kunnen plaatsvervangers kiezen voor de Algemene Vergadering en dit volgens dezelfde modaliteiten.

Deze bepaling treedt in voege voor de installatie van de organen die resulteren uit de mutualistische verkiezingen van 2022.

Kiesomschrijvingen

ARTIKEL 11

Met het oog op de verkiezingen van de effectieve en plaatsvervangende vertegenwoordigers voor de Algemene Vergadering wordt het ziekenfonds ingedeeld in 18 kiesomschrijvingen, zijnde:

Kiesomschrijving	Gemeenten en steden van de omschrijving *
1. Aarschot	Aarschot Begijnendijk Tielt-Winge
2. Anderlecht	Anderlecht
3. Asse	Asse Affligem Merchtem Opwijk
4. Brussel	Brussel-stad Haren
5. Diest	Bekkevoort Diest Kortenaken Scherpenheuvel
6. Etterbeek-Elsene	Etterbeek Elsene Oudergem Sint-Lambrechts-Woluwe Sint-Pieters-Woluwe Watermaal-Bosvoorde
7. Haacht	Boortmeerbeek Haacht Keerbergen Rotselaar Tremelo
8. Halle	Beersel Bever Drogenbos Galmaarden Gooik Halle Herne Lennik Linkebeek Pepingen

	Sint-Genesius-Rode Sint-Pieters-leeuw
9. Laken	Jette Laken Neder-over-Heembeek
10. Leuven	Bertem Bierbeek Herent Holsbeek Huldenberg Kortenberg Leuven Lubbeek Oud-Heverlee Tervuren
11. Liedekerke	Dilbeek Liedekerke Roosdaal Ternat
12. Molenbeek	Ganshoren Koekelberg Molenbeek Sint-Agatha-Berchem
13. Schaarbeek	Evere Schaarbeek Sint-Joost-Ten-Node
14. Sint-Gillis – Vorst	Sint-Gillis Ukkel Vorst
15. Tienen	Boutersem Geetbets Glabbeek Hoegaarden Landen Linter Tienen Zoutleeuw
16. Vervoer en verkeer	
17. Vilvoorde	Grimbergen Kapelle-op-den-Bos Londerzeel Machelen Meise Vilvoorde Wemmel

18. Zaventem

Zemst

Hoeilaart
Kampenhout
Kraainem
Overijse
Steenokkerzeel
Wezembeek-Oppem
Zaventem

* Inclusief de fusiegemeenten

ARTIKEL 12

Binnen elke kiesomschrijving kiezen de leden en de personen te hunnen laste die stemgerechtigd zijn, het aantal vertegenwoordigers naar rato van het aantal leden gerechtigden als bedoeld bij artikel 6 van het koninklijk besluit van 7 maart 1991 van deze kiesomschrijving.

Maken deel uit van een kiesomschrijving, de leden en hun personen ten laste die in deze kiesomschrijving hun woonplaats hebben.

Behoren tot de kiesomschrijving 'Vervoer en Verkeer' de leden en hun personen ten laste die op 31 december 2007 aangesloten waren bij het ziekenfonds 307 Vervoer en Verkeer.

De leden en hun personen ten laste die woonplaats hebben buiten de kiesomschrijvingen zoals vermeld in artikel 11 kunnen, behoudens keuze voor een andere kiesomschrijving, worden toegevoegd aan de kiesomschrijving van de maatschappelijke zetel van het ziekenfonds.

Deze keuze moet gebeuren per aangetekend schrijven binnen een termijn van vijftien dagen, te rekenen vanaf de datum van oproep tot kandidaturen, zoals voorzien in artikel 14 van de statuten, waarbij de poststempel als bewijs geldt, en/of vanaf het einde van de maand waarin de publicaties zijn verstuurd.

Het aantal vertegenwoordigers wordt bepaald volgens de volgende rekenkundige formule: het totaal aantal te begeben mandaten gedeeld door het aantal leden gerechtigden van het ziekenfonds, vermenigvuldigd met het aantal leden gerechtigden van de betrokken kiesomschrijving. De afronding gebeurt naar de bovenste eenheid indien het getal achter de komma 50 of meer bedraagt en naar de onderste eenheid indien het getal achter de komma 49 of minder bedraagt.

Deze bepaling treedt in voege voor de installatie van de organen die resulteren uit de mutualistische verkiezingen van 2022.

Voorwaarden van kiesrecht en verkiesbaarheid

ARTIKEL 13

Voorwaarden van kiesrecht en verkiesbaarheid

Om stemgerechtigd te zijn voor de verkiezing van de vertegenwoordigers van de Algemene Vergadering:

- moet men lid zijn van het ziekenfonds of de hoedanigheid van persoon ten laste van een lid ervan hebben;
- moet men meerderjarig of ontvoegd zijn;

Om verkiesbaar te zijn tot vertegenwoordiger voor de Algemene Vergadering moeten de leden of personen ten laste:

- stemgerechtigd zijn in de zin van voorgaande alinea;
- wanneer het een lid betreft, moet dit lid in regel zijn met de statutair bepaalde bijdragen bij het ziekenfonds voor elk jaar van aansluiting;
- wanneer het een persoon ten laste betreft, moet het lid van wie deze persoon ten laste is, in regel zijn met de statutair bepaalde bijdragen van het ziekenfonds voor elk jaar van aansluiting.
- van goed gedrag en zeden zijn en niet ontzet zijn uit hun burgerrechten;
- sedert ten minste vijf jaar aangesloten zijn bij het ziekenfonds voor de verkiezingsdatum. Voor de kandidaat behorende tot de kiesomschrijving 'Vervoer en Verkeer' worden de jaren van aansluiting bij het ziekenfonds 307 Vervoer en Verkeer gelijkgesteld.
- niet ontslagen zijn als personeelslid van het ziekenfonds of van elke andere vereniging en/of vennootschap waarmee het ziekenfonds een samenwerkingsakkoord heeft onderschreven zoals bedoeld in artikel 43 van de wet van 6 augustus 1990;
- geen daden hebben verricht die nadeel kunnen berokkenen aan de belangen van het ziekenfonds;
- zich onderwerpen aan de statuten en de reglementen van het ziekenfonds ;
- niet bezoldigd worden in het kader van een arbeidsovereenkomst, door het ziekenfonds of elke andere vereniging en/of vennootschap waarmee het ziekenfonds een samenwerkingsakkoord heeft onderschreven, zoals bedoeld in artikel 43 van de wet van 6 augustus 1990.

Een lid of een persoon ten laste kan slechts kandidaat zijn in die kiesomschrijving waar hij stemgerechtigd is.

Verkiezingsprocedure

ARTIKEL 14

Via de website van het ziekenfonds en door middel van de publicaties bestemd voor de leden van het ziekenfonds, worden de leden en de personen te hunnen laste die meerderjarig of ontvoegd zijn, uiterlijk op 31 oktober van het jaar dat voorafgaat aan het jaar waarin de ziekenfondsverkiezingen zullen plaatsvinden, op de hoogte gebracht van:

- de oproep tot de kandidaturen en de wijze van kandidatuurstelling ;
- de uiterste datum voor het indienen van de kandidaturen ;
- de indeling van de kiesgebieden en het aantal mandaten voor hun kiesgebied ;
- de data die uit de verkiezingsprocedure voortvloeien.

De leden of de personen ten laste die zich kandidaat willen stellen, hebben de tijd tot 30 november van het jaar dat voorafgaat aan het jaar waarin de ziekenfondsverkiezingen zullen plaatsvinden om hun kandidatuur in te dienen.

ARTIKEL 15

De kandidatuurstelling gebeurt per aangetekende brief, gericht aan de voorzitter van het ziekenfonds of per e-mail aan het adres vermeld in de kandidatenoproep. Voor de per aangetekende brief verstuurd kandidaturen geldt de poststempel als bewijs. Voor de per e-mail verstuurd kandidaturen geldt de verzendingsdatum van de e-mail als bewijs.

De voorzitter van het ziekenfonds die vaststelt dat de kandidaat niet aan de bij artikel 13 van deze statuten voorziene verkiesbaarheidsvoorwaarden voldoet, deelt per aangetekende brief de betrokken kandidaat zijn gemotiveerde weigering om hem op de lijst te plaatsen mee, uiterlijk op 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het jaar waarin de ziekenfondsverkiezingen georganiseerd zullen worden.

De kandidaat die deze weigering betwist, kan klacht neerleggen bij de Controledienst overeenkomstig artikel 52, 1^e lid, 10^o van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

ARTIKEL 16

Per kiesomschrijving wordt de lijst van kandidaten opgemaakt.

De Raad van Bestuur van het ziekenfonds kan bij elke verkiezing beslissen, om een kiesomschrijving die te weinig leden gerechtigden telt om een mandaat zoals voorzien in artikel 10 van de huidige statuten te begeven, te fusioneren met een dichtstbijliggende kiesomschrijving.

De volgorde van de kandidaten op de kieslijsten wordt bij lottrekking vastgesteld door het kiesbureau.

ARTIKEL 17

De lijst van de kandidaten die aan de verkiesbaarheidsvoorwaarden voldoen, zal via de website van het ziekenfonds aan de stemgerechtigde leden en personen ten laste van de betrokken kiesomschrijving meegedeeld worden uiterlijk op 28 februari van het jaar waarin de ziekenfondsverkiezingen zullen plaatsvinden.

De uitnodigingen ter stemming op basis van de definitieve kandidatenlijsten evenals de verkiezingsdatum zullen, uiterlijk op 15 maart van het jaar waarin de ziekenfondsverkiezingen zullen plaatsvinden, worden meegedeeld via de website en door middel van een van de publicaties bestemd voor de leden van het ziekenfonds.

De verkiezingen vangen aan ten vroegste acht dagen na deze mededeling.

Kiesbureaus

ARTIKEL 18

De organisatie van en het toezicht op de kiesverrichtingen worden toevertrouwd aan het kiesbureau samengesteld uit een voorzitter, een secretaris en twee bijzitters.

Het kiesbureau is samengesteld ten laatste 15 dagen voor de aanvang van de verkiezingen.

De voorzitter en de bijzitters van elk kiesbureau worden aangesteld door de Raad van Bestuur van het ziekenfonds.

De secretaris wordt aangewezen door de voorzitter van het kiesbureau uit de personeelsleden van het ziekenfonds.

De kandidaten voor de verkiezingen mogen geen deel uitmaken van het kiesbureau.

Elk kiesbureau neemt de nodige maatregelen om het regelmatig verloop van de kiesverrichtingen te verzekeren.

Opstelling van kiezerslijsten

ARTIKEL 19

De kiezerslijsten worden opgemaakt per kiesomschrijving.

De hoedanigheid van kiezer wordt vastgesteld door de inschrijving op de kiezerslijsten. De kiezerslijsten worden opgemaakt door het kiesbureau.

Ze vermelden de naam, voornamen, lidnummer en adres van iedere kiezer.

De kiezerslijsten worden definitief afgesloten op het einde van het kwartaal dat het kwartaal waarin de verkiezingsprocedure start, voorafgaat.

De stemming

ARTIKEL 20

De stemming is vrij en geheim.

De raad van bestuur van het ziekenfonds zal, uiterlijk een maand voor de verzending van de uitnodigingen voor de verkiezing, bepalen op welke manier de volgende verkiezing van de algemene vergadering zal worden gehouden.

Deze mag op volgende wijze gebeuren:

- via elektronische weg;
- of per correspondentie.

De praktische modaliteiten worden vermeld in de uitnodiging voor de stemming en moeten voldoen aan de voorwaarden vastgesteld door de Controledienst voor de ziekenfondsen.

De stemgerechtigde leden ontvangen ten minste 8 dagen voor de verkiezingen een brief met

- een document waarin de stemprocedure wordt uitgelegd
- een stembiljet met de lijst van kandidaten voor hun kiesomschrijving
- een voorgefrankeerde enveloppe om het stembiljet anoniem te kunnen terugsturen

Het stemgerechtigde lid zal dan kunnen kiezen om elektronisch te stemmen met behulp van de QR-code of de URL-link op het stembiljet, dan wel per post door het stembiljet anoniem in te vullen en het per post terug te sturen met gebruikmaking van de voorgefrankeerde enveloppe die aan het stembiljet is gehecht.

Stemmen bij volmacht is niet mogelijk.

ARTIKEL 21

Om geldig te stemmen, moet elke kiezer stemmen:

- hetzij voor een aantal kandidaten gelijk aan het juiste aantal te begeven mandaten in de kiesomschrijving;
- hetzij door een lijststem uit te brengen waardoor hij te kennen geeft dat hij akkoord gaat met de volgorde van de kandidaten die voorkomen op de lijst, met betrekking tot de hun toe te kennen mandaten.

Elke kiezer mag slechts één stembiljet gebruiken.

Telling van de stemmen

ARTIKEL 22

Binnen zeven werkdagen na de verkiezingsperiode gaat het kiesbureau over tot de telling van de uitgebrachte stemmen.

De vertegenwoordigers worden verkozen in volgorde van het aantal bekomen stemmen.

De kandidaten die voldoen aan de verkiesbaarheidsvoorwaarden en niet verkozen zijn als afgevaardigde, worden als plaatsvervanger verkozen.

De lijst met de plaatsvervangers wordt opgemaakt volgens het aantal stemmen dat deze personen hebben behaald bij de ziekenfondsverkiezingen.

De uitgebrachte lijststemmen worden verdeeld onder de kandidaten in volgorde van hun rangschikking op de lijst.

Bij gelijkheid van stemmen voor het laatste toe te kennen mandaat, is de volgorde van de lijst beslissend.

Zijn ongeldig :

- de stembiljetten andere dan die welke aan de kiezer zijn overhandigd ;
- de stembiljetten die het aantal stemmen niet bevatten overeenstemmend met het aantal te begeven mandaten of die geen lijststem dragen ;
- de stembiljetten die de aantekeningen bevatten dewelke toelaten de kiezer te identificeren.

Elk kiesbureau maakt een proces-verbaal op van de kiesverrichtingen, met vermelding van het aantal uitgebrachte stemmen, het aantal geldige stemmen, de wijze van controle van de identiteit van de kiezers en de uitslag van de stemming, de kiesomschrijvingen waar er geen verkiezingen werden gehouden omwille van de reden vermeld in artikel 23 van deze statuten.

Deze bepaling treedt in voege voor de installatie van de organen die resulteren uit de mutualistische verkiezingen van 2022.

Vrijstelling van het organiseren van verkiezingen

ARTIKEL 23

Wanneer het aantal kandidaten per kiesomschrijving gelijk is aan of kleiner dan het aantal toe te kennen effectieve mandaten, dan worden deze kandidaten ambtshalve verkozen.

Het betrokken kiesbureau zal een proces-verbaal opstellen waarin vermeld wordt dat er geen verkiezingen hebben plaatsgevonden omwille van bovenvermelde reden.

Ingeval het in artikel 10 vereiste aantal mandaten niet of niet meer bereikt is en indien er geen plaatsvervangers zijn of meer zijn, wordt de algemene vergadering desondanks toch beschouwd als zijnde geldig samengesteld tot de volgende ziekenfondsverkiezingen.

Deze bepaling treedt in voege voor de installatie van de organen die resulteren uit de mutualistische verkiezingen van 2022.

ARTIKEL 24

De leden en de stemgerechtigde personen die ten laste zijn, worden over de uitslagen van de stemming ingelicht, uiterlijk 15 kalenderdagen dagen na de dag waarop alle stemmingen hebben plaatsgevonden in alle kiesomschrijvingen waar moest worden gestemd of na de vaststelling dat in geen enkel van de kiesomschrijvingen moest worden gestemd omdat het aantal kandidaten in alle kiesomschrijvingen lager is dan of gelijk is aan het aantal mandaten.

De kandidaat die de uitslag van de stemming betwist kan klacht neerleggen bij de Controledienst overeenkomstig artikel 52, 1e lid, 10° van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

ARTIKEL 25

Een exemplaar van de publicaties en/of de brieven bedoeld bij de artikelen 14 en volgende van deze statuten, alsmede de samenstelling van elk kiesbureau en een dubbel van het proces-verbaal van de kiesverrichtingen wordt meegedeeld aan de Landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten en aan de Controledienst, binnen dertig dagen na de datum van de afsluiting van de verkiezingsperiode.

ARTIKEL 26

De nieuwe Algemene Vergadering van het ziekenfonds wordt geïnstalleerd binnen een termijn van De nieuwe Algemene Vergadering van het ziekenfonds wordt geïnstalleerd uiterlijk op 30 juni van het jaar waarin de ziekenfondsverkiezingen hebben plaatsgevonden.

Ze kan maximum vijf raadgevers bij de Algemene Vergadering aanduiden, op voordracht van de Raad van Bestuur. Zij moeten de voorwaarden inzake verkiesbaarheid vervullen zoals voorzien in artikel 13 van huidige statuten op de dag van hun verkiezing.

Deze raadgevers hebben raadgevende stem.

De voorzitter aangeduid door de Raad van Bestuur zit van rechtswege de Algemene Vergadering van het ziekenfonds voor.

De ondervoorzitters vervangen, indien nodig of in geval van verhindering, de voorzitter die hun al zijn bevoegdheden kan overdragen.

Indien zij niet verkozen zijn als vertegenwoordigers in de Algemene Vergadering van het ziekenfonds, mogen de algemeen secretaris, de schatbewaarder, de adjunct-secretarissen, evenals de algemeen directeur voor de aanvullende ziekteverzekering en de adjunct-algemeen directeur voor de aanvullende ziekteverzekering, leden van de directie van het ziekenfonds, deelnemen aan de Algemene Vergadering met raadgevende stem.

De algemeen secretaris verzekert het secretariaat van de Algemene Vergadering van het ziekenfonds.

Het niet of niet meer beantwoorden aan de verkiesbaarheidsvoorwaarden zoals voorzien in huidige statuten, het ontslag, de afzetting of uitsluiting als lid of als persoon ten laste bij het ziekenfonds, heeft automatisch het einde van het mandaat als lid van de Algemene Vergadering tot gevolg.

Bevoegdheden van de Algemene Vergadering

ARTIKEL 27

De Algemene Vergadering beraadslaagt en beslist over de aangelegenheden bedoeld bij artikel 15 paragraaf 1 van de wet van 6 augustus 1990 en volgens de modaliteiten vastgesteld in de artikelen 16, 17 en 18 van dezelfde wet.

Behalve andere bepalingen voorzien in huidige statuten, mag de stemming gebeuren hetzij bij handopheffing, hetzij bij naamafroeping. Ieder lid van de Algemene Vergadering heeft één stem.

Elk lid van de Algemene Vergadering mag een handgeschreven, gedagtekende en ondertekende volmacht geven aan een ander lid van de Algemene Vergadering voor de volledige dagorde. Geen enkel lid van de vergadering mag drager zijn van meer dan één volmacht.

De Algemene Vergadering wordt, in principe, in aanwezigheid van haar leden gehouden. Echter, wanneer de hoogdringendheid of uitzonderlijke omstandigheden het vereisen, kan de algemene vergadering via videoconferentie, via een andere vorm van telecommunicatie of via schriftelijke raadpleging worden georganiseerd, voor zover de nodige maatregelen worden genomen opdat de stemming effectief plaatsvindt en opdat elk lid van de algemene vergadering, in het kader van het beslissingsproces zijn eventuele bemerkingsen kan laten gelden. De keuze om gebruik te maken van een van deze vergaderwijzen moet worden gemotiveerd in de uitnodiging en in de notulen van de betreffende vergadering. De modaliteiten om deel te nemen aan de vergadering moeten ook duidelijk worden aangegeven in de uitnodiging die naar de leden wordt verstuurd.

De Algemene Vergadering kan onder haar verantwoordelijkheid alle bevoegdheden aan de Raad van Bestuur overdragen behalve deze die uitdrukkelijk voorzien zijn in artikel 15 paragraaf 1 van de wet van 6 augustus 1990.

De Algemene Vergadering van het ziekenfonds kan op voorstel van de Raad van Bestuur beslissen over de automatische aanpassing van de bijdragen en/of tarifiering van akten en diensten, zoals voorzien in artikel 7 van huidige statuten rekening houdend met de evolutie van de gezondheidsindex.

De volgende documenten worden ten laatste één maand na hun goedkeuring aan de landsbond overgemaakt

- 1° de verslagen of notulen van de vergaderingen van de Algemene Vergadering;
- 2° de begroting en de jaarrekening van de aanvullende verzekering;
- 3° het verslag van de revisoren over de jaarrekening van de aanvullende verzekering.

De landsbond heeft van rechtswege, op eenvoudige aanvraag en zonder verplaatsing, toegang tot de documenten van de vergaderingen van de Algemene Vergadering.

Bijeenroeping van de Algemene Vergadering

ARTIKEL 28

De Algemene Vergadering van het ziekenfonds wordt bijeengeroepen door de Raad van Bestuur van het ziekenfonds overeenkomstig de artikelen 16 en 17 van de wet van 6 augustus 1990.

ARTIKEL 29

De afvaardiging van het ziekenfonds in de Algemene Vergadering van de Landsbond bedraagt één afgevaardigde per volledige schijf van 15.000 leden gerechtigden.

Deze bepaling treedt in voege voor de installatie van de organen die resulteren uit de mutualistische verkiezingen van 2022.

ARTIKEL 30

Onverminderd het recht van de leden van de algemene vergadering van het ziekenfonds om zich spontaan of naar aanleiding van een kandidatenoproep kandidaat te stellen, worden de afgevaardigden van het ziekenfonds die de Algemene Vergadering van de Landsbond samenstellen, voorgedragen door de Raad van Bestuur van het ziekenfonds en worden ze verkozen door de Algemene Vergadering van het ziekenfonds.

Alle kandidaten worden op dezelfde kieslijst opgenomen.

De Algemene Vergadering van het ziekenfonds kan ook onder dezelfde modaliteiten plaatsvervangers kiezen voor de Algemene Vergadering van de Landsbond.

Deze bepaling treedt in voege voor de installatie van de organen die resulteren uit de mutualistische verkiezingen van 2022.

ARTIKEL 31

De vertegenwoordigers van de Algemene Vergadering van het ziekenfonds die wensen verkozen te worden tot vertegenwoordiger van de Algemene Vergadering van de Landsbond moeten hun kandidatuur richten bij aangetekende brief aan de voorzitter van het ziekenfonds en dit vijftien dagen voor de datum van de Algemene Vergadering van het ziekenfonds die zal overgaan tot de stemming.

Om als vertegenwoordiger van de Algemene Vergadering van het ziekenfonds in de Algemene Vergadering van de Landsbond verkozen te worden, moet de kandidaat de voorwaarden in artikel 13 van onderhavige statuten vervullen en mag deze geen personeelslid van de landsbond zijn, noch ontslagen zijn als personeelslid van de landsbond voor een gewichtige reden of om een andere reden, bedoeld in de statuten van de landsbond.

Indien het aantal kandidaten die voldoen aan de verkiesbaarheidsvoorwaarden hoger is dan het aantal te begeven mandaten, dan wordt overgegaan tot stemming.

Indien het aantal kandidaten die voldoen aan de verkiesbaarheidsvoorwaarden gelijk is aan of lager is dan het aantal te begeven mandaten, dan zijn deze kandidaten automatisch verkozen.

Deze bepaling treedt in voege voor de installatie van de organen die resulteren uit de mutualistische verkiezingen van 2022.

ARTIKEL 32

De stemming is geheim.

De stemming kan ter plaatse of op afstand gebeuren. De modaliteiten voor de stemming worden door de raad van bestuur vermeld samen met de bekendmaking van de definitieve kandidatenlijsten.

Stemming vindt plaats tijdens een algemene vergadering wanneer de agenda duidelijk vermeldt dat een dergelijke stemming zal plaatsvinden.

De stemming is anoniem.

De aanwezige leden ontvangen een stembriefje met de lijst van kandidaten. De telling van de stemmen wordt tijdens de vergadering verricht door ten minste twee aan de algemene directie van de FSMB verbonden secretarissen en de uitslag wordt aan het einde van de algemene vergadering meegedeeld en in de notulen van de vergadering opgenomen.

Stemgerechtigde leden van de Algemene Vergadering die niet in de Algemene Vergadering aanwezig kunnen zijn, kunnen vóór de Algemene Vergadering per brief een verzoek indienen om te mogen stemmen.

Daartoe worden een stembiljet en een voorgefrankeerde enveloppe, gericht aan het hoofdkantoor van de FSMB, bij de oproeping voor de Algemene Vergadering gevoegd waarop de stemming zal plaatsvinden.

Om geldig te stemmen, moet elke vertegenwoordiger van de Algemene Vergadering van het ziekenfonds stemmen:

- hetzij voor een aantal kandidaten gelijk aan het aantal effectief te begeven mandaten voor de Algemene Vergadering van de Landsbond;
- hetzij door een lijststem uit te brengen waardoor hij te kennen geeft akkoord te gaan met de volgorde van de kandidaten die voorkomen op de lijst met betrekking tot de hun toe te kennen effectieve en plaatsvervangende mandaten.

De effectieve en plaatsvervangende kandidaten zijn verkozen in functie van het aantal bekomen stemmen en rekening houdend met het aantal te begeven mandaten.

De lijststemmen worden verdeeld onder de kandidaten, volgens hun volgorde op de lijst, teneinde het vereiste quorum te bereiken.

Bij gelijkheid van stemmen voor het laatste effectief of plaatsvervangend te begeven mandaat, is de volgorde van de lijst beslissend.

Wanneer het aantal kandidaten gelijk is aan of lager dan het aantal te begeven mandaten, zijn de kandidaten automatisch verkozen.

Zijn ongeldig:

- * de stembiljetten verschillend van deze die werden uitgereikt aan de vertegenwoordigers van de Algemene Vergadering van het ziekenfonds ;
- * de stembiljetten die niet het aantal stemmen bevatten die overeenstemmen met het aantal effectief te begeven mandaten of die geen lijststem dragen ;
- * de stembiljetten die toelaten de vertegenwoordigers te identificeren.

ARTIKEL 33

De Raad van Bestuur van het ziekenfonds is samengesteld uit een maximum, aantal bestuurders dat niet meer mag bedragen dan de helft van het aantal leden van de algemene vergadering. Er mogen niet meer dan 75 % personen van hetzelfde geslacht mogen.

De Raad van Bestuur kan een of meerdere onafhankelijke bestuurders tellen als bedoeld in artikel 19, §2 van het koninklijk besluit van 7 maart 1991.

Om onafhankelijk bestuurder te kunnen blijven, moet men blijven voldoen aan de hierboven opgelijste voorwaarden.

De leden en hun personen ten laste behorende tot de kiesomschrijving 'Vervoer en Verkeer' beschikken over een vertegenwoordiging in de Raad van Bestuur bepaald volgens de volgende rekenkundige formule: het totaal aantal te begeben mandaten gedeeld door het aantal leden van het ziekenfonds, vermenigvuldigd met het aantal leden van de kiesomschrijving 'Vervoer en Verkeer'. De afronding gebeurt naar de bovenste eenheid indien het getal achter de komma 50 of meer bedraagt en naar de onderste eenheid indien het getal achter de komma 49 of minder bedraagt.

Om lid te zijn van de Raad van Bestuur moet men beantwoorden aan dezelfde voorwaarden van verkiesbaarheid zoals deze voorzien in artikel 13 voor de leden van de Algemene Vergadering, en dit zowel op het ogenblik van verkiezing als gedurende het mandaat. Het is evenwel niet absoluut vereist deel uit te maken van de Algemene Vergadering.

Een lid van de Raad van Bestuur verliest de hoedanigheid van bestuurder op de 1e dag van de maand nadat deze de leeftijd van 75 jaar heeft bereikt

Het mandaat van lid van de Raad van Bestuur is onbezoldigd, presentiegelden of terugbetalingen van gemaakte kosten kunnen eventueel bepaald worden door de Raad van Bestuur.

Deze bepaling treedt in voege voor de installatie van de organen die resulteren uit de mutualistische verkiezingen van 2022.

Verkiezingsprocedure

ARTIKEL 34

De Raad van Bestuur van het ziekenfonds wordt door de Algemene Vergadering van het ziekenfonds verkozen voor een periode van maximum 6 jaar volgens de voorwaarden voorzien bij artikel 18 van de wet van 6 augustus 1990.

Desgevallend wordt overgegaan tot de verkiezing van de onafhankelijk bestuurders op basis van een lijst met alle kandidaten die voldoen aan de in artikel 19 van het koninklijk besluit van 7 maart 1991 voorziene voorwaarden om in die hoedanigheid te worden verkozen, alvorens over te gaan tot de verkiezing van de overige bestuurders.

De Algemene Vergadering van het ziekenfonds kan ook volgens dezelfde modaliteiten plaatsvervangende leden van de Raad van Bestuur van het ziekenfonds kiezen.

Deze bepaling treedt in voege voor de installatie van de organen die resulteren uit de mutualistische verkiezingen van 2022.

ARTIKEL 35

Elk lid of persoon ten laste van het ziekenfonds dat wenst verkozen te worden als lid van de Raad van Bestuur van het ziekenfonds, moet zijn kandidatuur richten bij aangetekende brief of per e-mail aan de voorzitter van het ziekenfonds en dit twintig dagen voor de datum van de Algemene Vergadering van het ziekenfonds, die zal overgaan tot de stemming.

De voorzitter van het ziekenfonds die vaststelt dat de kandidaat de in artikel 33 van onderhavige statuten voorziene verkiesbaarheidsvoorwaarden niet vervult, informeert de betrokken kandidaat, binnen een termijn van 10 kalenderdagen te rekenen vanaf de dag na de verzendingsdatum van de kandidatuur, per aangetekende brief van zijn met redenen omklede weigering om deze op de lijst op te nemen.

De kandidaat die de weigering aanvecht, kan de Controledienst voor de ziekenfondsen vatten overeenkomstig artikel 52, 1e lid, 10° van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

Zonder afbreuk te doen aan het recht van de leden van de Algemene Vergadering van het ziekenfonds om zich kandidaat te stellen voor een mandaat als lid van de Raad van Bestuur, dat geen mandaat als onafhankelijk bestuurder is, kan de Raad van Bestuur van het ziekenfonds aan de Algemene Vergadering van het ziekenfonds haar eigen lijst met kandidaten voorstellen.

De raad van bestuur zal bij het opmaken van deze lijst aandacht besteden aan de geografische spreiding van de kandidaten die hij voordraagt.

Alle kandidaten worden op dezelfde kieslijst opgenomen.

ARTIKEL 36

De stemming is geheim.

Ze kan ter plaatse of op afstand gebeuren.

De modaliteiten voor de stemming worden door de raad van bestuur vermeld bij de publicatie van de kieslijsten.

Stemming vindt plaats tijdens een algemene vergadering wanneer de agenda duidelijk vermeldt dat een dergelijke stemming zal plaatsvinden.

De stemming is anoniem.

De aanwezige leden ontvangen een stembriefje met de lijst van kandidaten. De telling van de stemmen wordt tijdens de vergadering verricht door ten minste twee aan de algemene directie van de FSMB verbonden secretarissen en de uitslag wordt aan het einde van de algemene vergadering meegedeeld en in de notulen van de vergadering opgenomen.

Stemgerechtigde leden van de Algemene Vergadering die niet in de Algemene Vergadering aanwezig kunnen zijn, kunnen vóór de Algemene Vergadering per brief een verzoek indienen om te mogen stemmen.

Daartoe worden een stembiljet en een voorgefrankeerde enveloppe, gericht aan het hoofdkantoor van de FSMB, bij de oproeping voor de Algemene Vergadering gevoegd waarop de stemming zal plaatsvinden.

Om geldig te stemmen, moet elke vertegenwoordiger van de Algemene Vergadering van het ziekenfonds;

- hetzij stemmen voor een aantal kandidaten gelijk aan het aantal effectief te begeven mandaten voor de Raad van Bestuur van het ziekenfonds ;
- hetzij een lijststem uitbrengen waarbij hij zijn akkoord geeft met de volgorde van de kandidaten op de lijst voor het aantal effectieve en plaatsvervangende te begeven mandaten.

De effectieve en plaatsvervangende kandidaten zijn verkozen in functie van het aantal bekomen stemmen en rekening houdend met het aantal te begeven mandaten.

De lijststemmen worden verdeeld onder de kandidaten, volgens hun volgorde op de lijst, teneinde het vereiste quorum te bereiken.

Bij gelijkheid van stemmen voor het laatste effectief of plaatsvervangend te begeven mandaat, is de volgorde van de lijst beslissend.

Wanneer het aantal kandidaten gelijk is aan of lager dan het aantal te begeven mandaten, zijn de kandidaten automatisch verkozen.

Zijn ongeldig :

- de stembiljetten verschillend van deze die werden uitgereikt aan de vertegenwoordigers van de Algemene Vergadering van het ziekenfonds ;
- de stembiljetten die niet het aantal stemmen bevatten die overeenstemmen met het aantal effectief te begeven mandaten of die geen lijststem dragen ;
- de stembiljetten die toelaten de vertegenwoordiger te identificeren.

ARTIKEL 37

De nieuwe Raad van Bestuur van het ziekenfonds wordt aangesteld binnen een termijn van maximum dertig kalenderdagen na de datum van de Algemene Vergadering van het ziekenfonds waarop men tot de stemming overging.

Hij mag maximum vijf raadgevers aanduiden bij de Raad van Bestuur van het ziekenfonds. Zij moeten de voorwaarden inzake verkiesbaarheid voorzien in artikel 13 van de statuten vervullen, alsook deze voorzien om lid te zijn van de Raad van Bestuur van het ziekenfonds, op de dag van hun verkiezing. Zij hebben een raadgevende stem.

De Raad van Bestuur van het ziekenfonds duidt een voorzitter aan, met een gewone meerderheid van de aanwezige leden.

Indien zij niet verkozen zijn als lid van de Raad van Bestuur van het ziekenfonds, kunnen de algemeen secretaris, de schatbewaarder, de adjunct-secretarissen, evenals de algemeen directeur voor de aanvullende ziekteverzekering en de adjunct-algemeen directeur voor de aanvullende ziekteverzekering, leden van de directie van het ziekenfonds, deelnemen aan de Raad van Bestuur van het ziekenfonds met raadgevende stem.

De algemeen secretaris staat in voor het secretariaat van de Raad van Bestuur van het ziekenfonds.

ARTIKEL 38

De vervanging van een overleden, ontslagnemend, afgezet of uitgesloten lid van de Raad van Bestuur van het ziekenfonds, heeft plaats bij de eerstvolgende Algemene Vergadering van het ziekenfonds.

Het lid van de Raad van Bestuur van het ziekenfonds op die manier verkozen, beëindigt het mandaat van diegene die hij vervangt.

Het ontslag, de afzetting of de uitsluiting als lid of persoon ten laste van het ziekenfonds, alsook het verlies van de eventuele hoedanigheid als lid van de Algemene Vergadering van het ziekenfonds, heeft automatisch het einde van het mandaat als lid van de Raad van Bestuur van het ziekenfonds tot gevolg.

Elk lid van de Raad van Bestuur van het ziekenfonds dat vijf achtereenvolgende keren, zonder geldige reden, afwezig is, wordt als ontslagnemend beschouwd. Elk lid van de Raad van Bestuur van het ziekenfonds dat handelt tegen de belangen van het ziekenfonds, kan worden afgezet door de Algemene Vergadering.

ARTIKEL 38bis

De afzetting van een lid van de Raad van Bestuur vindt plaats volgens de procedure en de modaliteiten bepaald in artikel 19, tweede lid van de wet van 06/08/1990 en van het koninklijk besluit van 13/06/2010 houdende uitvoering van artikel 19, vierde lid van de wet van 06/08/1990.

Bevoegdheid van de Raad van Bestuur

ARTIKEL 39

De Raad van Bestuur van het ziekenfonds is belast met het dagelijks bestuur en met de uitvoering van de beslissingen van de Algemene Vergadering van het ziekenfonds.

De Raad van Bestuur kan meer bepaald in het kader van en in overeenstemming met de wet van 6 augustus 1990, alle betalingen uitvoeren en ontvangen en er elke kwijting voor vragen of verlenen; fondsen in bewaring geven of nemen; verwerven, uitwisselen of overdragen alsook in huurceel nemen en geven, zelfs voor meer dan negen jaar; oprichten en bouwen van elk gebouw ten voordele van het ziekenfonds; alle legaten en schenkingen aanvaarden en ontvangen; alle contracten, markten en ondernemingen toestaan en afsluiten; alle leningen met of zonder garantie aangaan; alle subrogaties en borgstellingen toestaan en aanvaarden; de onroerende goederen hypothekeken; alle leningen en voorschotten aangaan en uitvoeren met vermelding van het aangewende middel, afstand doen van alle afdwingbare of reële rechten, alsook van alle persoonlijke en reële waarborgen; opheffing toestaan voor of na betaling van alle bevoorrechte of hypothecaire inschrijvingen, overschrijvingen, beslagleggingen of hypothecaire inschrijvingen, overschrijvingen, beslagleggingen of andere beletsels; procederen zowel als eiser dan als verweerder, voor alle rechtbanken; en alle vonnissen, schikkingen en beslissingen laten uitvoeren.

De Raad van Bestuur mag zich in geen enkel geval garant of borg stellen voor om het even welke derde.

Hij legt jaarlijks de jaarrekeningen over het afgelopen dienstjaar en de begroting voor het volgende dienstjaar ter goedkeuring voor aan de algemene vergadering.

De raad van bestuur benoemt overeenkomstig artikel 25 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, een algemeen secretaris evenals een schatbewaarder voor de uitvoering van de diensten bedoeld in artikel 3, a), van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen evenals 3, c) dat voortvloeit uit het vervullen van de opdrachten bedoeld in artikel 3, a) van diezelfde wet.

De raad van bestuur benoemt onder zijn leden een algemeen directeur voor de aanvullende ziekteverzekering. Hij kan onder zijn leden ook een adjunct-algemeen directeur voor de aanvullende ziekteverzekering benoemen.

Voor de dagelijkse bestuurshandelingen met betrekking tot de aanvullende ziekteverzekering zullen zij respectievelijk de titel voeren van 'algemeen directeur' en 'adjunct-algemeen directeur'.

De algemeen directeur voor de aanvullende ziekteverzekering is belast met de uitvoering van de diensten bedoeld in artikel 3, b), van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen evenals 3, c) dat voortvloeit uit het vervullen van de opdrachten bedoeld in artikel 3, b) van diezelfde wet alsook met de uitvoering van de andere diensten bedoeld in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I).

De adjunct-algemeen directeur voor de aanvullende ziekteverzekering staat de algemeen directeur voor de aanvullende ziekteverzekering bij en vervangt hem in geval van afwezigheid of in geval van belet vastgesteld door het uitvoerend bestuur bedoeld in artikel 42 van onderhavige statuten.

De raad van bestuur beslist over de aanwerving, de benoeming en de afdanking van de algemeen directeur voor de aanvullende ziekteverzekering en de adjunct-algemeen directeur voor de aanvullende ziekteverzekering.

De raad van bestuur beslist of de functies van algemeen secretaris en algemeen directeur voor de aanvullende ziekteverzekering worden opgenomen door één en dezelfde persoon of door verschillende personen. Hetzelfde geldt voor de functies van schatbewaarder en adjunct- algemeen directeur voor de aanvullende ziekteverzekering.

De raad van bestuur bepaalt de bezoldiging van de algemeen directeur voor de aanvullende ziekteverzekering en van de adjunct-algemeen directeur voor de aanvullende ziekteverzekering.

Deze bezoldigingen zijn minstens gelijk aan die van de algemeen secretaris en de schatbewaarder. Indien de functie van algemeen secretaris en algemeen directeur voor de aanvullende ziekteverzekering worden opgenomen door één en dezelfde persoon dan dekt de bezoldiging als algemeen secretaris de beide functies. Hetzelfde geldt indien de functies van schatbewaarder en adjunct-algemeen directeur voor de aanvullende ziekteverzekering worden opgenomen door één en dezelfde persoon.

Behalve de vaststelling van de bijdragen, kan hij onder zijn verantwoordelijkheid, de akten van dagelijks beheer en bevoegdheden overdragen aan het Uitvoerend Bestuur zoals bepaald in artikel 42 van de huidige statuten.

Te dien einde duidt hij, tussen de leden van het Uitvoerend Bestuur van het ziekenfonds diegenen aan die het ziekenfonds kunnen vertegenwoordigen in de wettelijke en extra-wettelijke akten, rekening houdend met de artikelen 42 tot 45 van huidige statuten en voor alle bevoegdheden vermeld in huidig artikel.

De Raad van Bestuur kan het initiatief nemen om in elk van de hierboven bepaalde kiesomschrijvingen een gebruikersraad in het leven te roepen. Deze gebruikersraad is een raadgevend orgaan dat het ziekenfonds moet begeleiden bij het uitstippelen van een gericht gebruikersbeleid. De opdracht van dit raadgevende orgaan bestaat erin elke verbetering te formuleren en te suggereren die mogelijk kan bijdragen tot een kwaliteitsverbetering van de producten en diensten bestemd voor de verzekerden van het ziekenfonds.

Het vormt dus :

- een denktank waar het ziekenfonds en zijn gebruikers overleggen en van gedachten kunnen wisselen;
- een instrument dat de directie van de onderneming kan begeleiden in haar initiatieven en projecten ter attentie van de leden en van derden binnen de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Deze gebruikersraad fungeert derhalve als een observatorium belast met het aanbrengen van een prospectieve visie op de noden en verwachtingen van de ziekenfondsleden, met de bedoeling deze op het gepaste moment op optimale wijze te kunnen inlossen.

ARTIKEL 40

De Raad van Bestuur van het ziekenfonds kan slechts geldig beraadslagen over de punten die voorkomen op zijn dagorde als ten minste de helft van zijn leden aanwezig zijn.

De beslissingen, behoudens deze die een andere meerderheid vereisen door de wet van 6 augustus 1990, moeten genomen worden met een eenvoudige meerderheid van de uitgebrachte stemmen.

Behoudens andere bepalingen voorzien in de huidige statuten, mag de stemming gebeuren hetzij bij handopheffing, hetzij bij naamafroeping. Elk lid van de Raad van Bestuur heeft één stem.

De Raad van Bestuur wordt, in principe, in aanwezigheid van de bestuurders gehouden. Echter, wanneer de hoogdringendheid of uitzonderlijke omstandigheden het vereisen, kan de raad van bestuur via videoconferentie, via een andere vorm van telecommunicatie of via schriftelijke raadpleging worden georganiseerd, voor zover de nodige maatregelen worden genomen opdat de stemming effectief plaatsvindt en opdat elk lid van de Raad van Bestuur, in het kader van het beslissingsproces zijn eventuele bemerkingen kan laten gelden. De keuze om gebruik te maken van een van deze vergaderwijzen moet worden gemotiveerd in de uitnodiging en in de notulen van de betreffende vergadering. De modaliteiten om deel te nemen aan de vergadering moeten ook duidelijk worden aangegeven in de uitnodiging die naar de bestuurders wordt verstuurd.

Het ziekenfonds maakt de verslagen of notulen van de vergadering van de Raad van Bestuur ten laatste een maand na hun goedkeuring over aan de landsbond.

De landsbond heeft van rechtswege, op eenvoudige aanvraag en zonder verplaatsing, toegang tot de documenten van de vergaderingen van de Raad van Bestuur.

Hetzelfde geldt voor de documenten van de vergaderingen van de commissies bedoeld in artikel 23, tweede lid van de wet van 6 augustus 1990.

Bijeenroeping van de Raad van Bestuur

ARTIKEL 41

De Raad van Bestuur van het ziekenfonds wordt ten minste twee maal per jaar uitgenodigd op voorstel van het Uitvoerend Bestuur van het ziekenfonds.

De uitnodiging gebeurt door middel van een persoonlijk bericht aan elk lid van de Raad van Bestuur.

Dit bericht moet ten laatste vijftien kalenderdagen voor de datum van de Raad van Bestuur verstuurd worden en bevat onder andere de dagorde van de Raad van Bestuur.

Verloningscomité

ARTIKEL 41bis

Een verloningscomité kan worden opgericht bij beslissing van de Raad van Bestuur en dit op voorstel van het Uitvoerend Bestuur.

Het verloningscomité is samengesteld uit de voorzitter van de Raad van Bestuur, de secretarisschatbewaarder, de secretaris, de adjunct-secretaris alsook uit één expert die onafhankelijk is van de directie van het ziekenfonds en door de Raad van Bestuur, op voordracht van het Uitvoerend Bestuur, wordt aangeduid omwille van zijn competenties op het vlak van het bepalen van de verloning en extralegale voordelen.

Het verloningscomité wordt bijeengeroepen door de voorzitter.

De leden van het verloningscomité die lid zijn van de Raad van Bestuur hebben stemrecht, de andere leden hebben een raadgevende stem.

Het verloningscomité adviseert het Uitvoerend Bestuur en de Raad van Bestuur over het algemeen loonbeleid en over het bepalen van de verloningen voor de kaderleden die niet gevisieerd zijn door artikel 25 van de wet van 6 augustus 1990.

Afdeling 4 – Uitvoerend Bestuur

ARTIKEL 42

De Raad van Bestuur van het ziekenfonds duidt in overeenstemming met artikel 23 paragraaf 2 van de wet van 6 augustus 1990 een Uitvoerend Bestuur aan samengesteld uit:

- de voorzitter van het ziekenfonds, aangeduid overeenkomstig artikel 37 van de huidige statuten;
- de algemeen secretaris, de schatbewaarder, de adjunct-secretarissen, leden van de directie van het ziekenfonds ;
- de algemeen directeur en de adjunct-algemeen directeur voor de aanvullende ziekteverzekering, leden van de directie van het ziekenfonds;
- twaalf leden van de Raad van Bestuur van het ziekenfonds, te weten : zes voor het arrondissement Brussel, drie voor het arrondissement Halle-Vilvoorde en drie voor het arrondissement Leuven. Onder hen wordt een ondervoorzitter aangeduid in de schoot van het Uitvoerend Bestuur van elk arrondissement.

De vervanging van een lid van het Uitvoerend Bestuur, overleden of ontslagnemend om welke reden ook, vindt plaats op de eerstvolgende Raad van Bestuur van het ziekenfonds dewelke statutair uitsluitend bevoegd is om hierover te beslissen.

De algemeen secretaris, de schatbewaarder, de adjunct-secretarissen, de algemeen directeur en de adjunct-algemeen directeur voor de aanvullende ziekteverzekering maken deel uit van het uitvoerend bestuur op voorwaarde dat ze de hoedanigheid hebben van verkozen lid van de raad van bestuur.

Indien zij niet verkozen zijn als lid van de raad van bestuur, nemen de algemeen secretaris, de schatbewaarder, de adjunct-secretarissen, evenals de algemeen directeur voor de aanvullende ziekteverzekering en de adjunct-algemeen directeur voor de aanvullende ziekteverzekering, leden van de directie van het ziekenfonds, deel aan de vergadering van het Uitvoerend Bestuur met raadgevende stem.

Deze bepaling treedt in voege voor de installatie van de organen die resulteren uit de mutualistische verkiezingen van 2022.

ARTIKEL 43

Het Uitvoerend Bestuur van het ziekenfonds wordt aangeduid binnen een termijn van maximum dertig kalenderdagen na de datum van de Raad van Bestuur van het ziekenfonds die tot zijn verkiezing overging. Het Uitvoerend Bestuur vergadert zoveel keer per jaar, als het dagelijks beheer van het ziekenfonds dit vereist.

ARTIKEL 44

1. De voorzitter van het ziekenfonds zit de vergaderingen van het Uitvoerend Bestuur voor, alsook deze van de Raad van Bestuur en van de Algemene Vergadering.

Hij is belast met de ordehandhaving van deze vergaderingen.

Hij waakt over en verzekert de goede uitvoering van de statuten en de bijzondere reglementen van het ziekenfonds.

Hij geeft de bevelen tot bijeenroeping van de Algemene Vergadering van het ziekenfonds.

Hij is belast met het vervullen van alle nodige formaliteiten bij de Regie der Posterijen voor het afhalen van alle documenten die bestemd zijn voor het ziekenfonds.

Daartoe kan hij zijn bevoegdheid overdragen aan ieder ander persoon, lid van de Raad van Bestuur of van het administratief personeel van het ziekenfonds.

2. De ondervoorzitters van het ziekenfonds vervangen de voorzitter in geval van afwezigheid of verhindering, vastgesteld door het Uitvoerend Bestuur.

ARTIKEL 45

De algemeen secretaris van het ziekenfonds is bevoegd voor de uitvoering van de diensten bedoeld in artikel 3, a), van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen evenals 3, c) voor het vervullen van de opdrachten bedoeld in artikel 3, a) van diezelfde wet.

In het kader van deze bepalingen, is de algemeen secretaris:

- belast met het opstellen van de notulen, de briefwisseling, de bijeenroepingen, het bijhouden van de archieven en het bijhouden van de registers van het ziekenfonds;
- onderzoekt en bereidt hij, in samenwerking met de voorzitter van het ziekenfonds, met de schatbewaarder, met de algemeen en de adjunct-algemeen directeur voor de aanvullende ziekteverzekering, de studie voor van de vragen die aan het Uitvoerend Bestuur moeten voorgelegd worden;
- treft hij, in samenwerking met het Uitvoerend Bestuur van het ziekenfonds, alle schikkingen om de goede werking van de verschillende administratieve en andere diensten van het ziekenfonds te verzekeren;
- betaalt hij of laat hij betalen middels een door hem ondertekend mandaat.

De schatbewaarder:

- is verantwoordelijk voor de fondsen en effecten van het ziekenfonds;
- legt op elke gewone algemene vergadering van het ziekenfonds, in naam van de raad van bestuur, rekenschap af over de financiële situatie. Op elke raad van bestuur doet hij datzelfde in naam van het uitvoerend bestuur.

De schatbewaarder staat de algemeen secretaris bij en vervangt hem in geval van afwezigheid of in geval van verhindering vastgesteld door het Uitvoerend Bestuur.

Het Uitvoerend Bestuur van het ziekenfonds bepaalt over welke diensten de algemeen secretaris, de schatbewaarder en de adjunct-secretarissen leiding en dagelijkse verantwoordelijkheid hebben.

ARTIKEL 46

Het Uitvoerend Bestuur is belast met het personeelsbeheer van het ziekenfonds.

Het kan op zijn eigen verantwoordelijkheid een deel van zijn bevoegdheden afstaan aan één of verschillende van zijn leden.

Het Uitvoerend Bestuur van het ziekenfonds bepaalt de opdracht waarmee de algemeen secretaris, de schatbewaarder, de algemeen directeur voor de aanvullende verzekering en de adjunct-algemeen directeur voor de aanvullende ziekteverzekering belast worden, in verband met de financiële en boekhoudkundige diensten en statistieken.

Het Uitvoerend Bestuur bepaalt de draagwijdte van het mandaat voor het dagelijkse bestuur van de algemeen secretaris, de schatbewaarder, de algemeen directeur voor de aanvullende ziekteverzekering en de adjunct-algemeen directeur voor de aanvullende ziekteverzekering.

Het Uitvoerend Bestuur wordt, in principe, in aanwezigheid van zijn leden gehouden. Echter, wanneer de hoogdringendheid of uitzonderlijke omstandigheden het vereisen, kan het uitvoerend bestuur via videoconferentie, via een andere vorm van telecommunicatie of via schriftelijke raadpleging worden georganiseerd, voor zover de nodige maatregelen worden genomen opdat de stemming effectief plaatsvindt en opdat elk lid van het uitvoerend bestuur, in het kader van het beslissingsproces zijn eventuele bemerkingen kan laten gelden. De keuze om gebruik te maken van een van deze vergaderwijzen moet worden gemotiveerd in de uitnodiging en in de notulen van de betreffende vergadering. De modaliteiten om deel te nemen aan de vergadering moeten ook duidelijk worden aangegeven in de uitnodiging die naar de leden wordt verstuurd.

ARTIKEL 47

De algemeen directeur voor de aanvullende ziekteverzekering is bevoegd voor de uitvoering van de diensten bedoeld in artikel 3, b), van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen evenals 3, c) voor het vervullen van de opdrachten bedoeld in artikel 3, b) van diezelfde wet.

In het kader van deze bepalingen, is algemeen directeur voor de aanvullende ziekteverzekering:

- belast met het opstellen van de notulen, de briefwisseling, de bijeenroepingen, het bijhouden van de archieven en het bijhouden van de registers van het ziekenfonds;
- onderzoekt en bereidt hij, in samenwerking met de voorzitter van het ziekenfonds en met de algemeen secretaris en de schatbewaarder, de studie voor van de vragen die aan het Uitvoerend Bestuur moeten voorgelegd worden;
- treft hij, in samenwerking met het Uitvoerend Bestuur van het ziekenfonds, alle schikkingen om de goede werking van de verschillende administratieve en andere diensten van het ziekenfonds te verzekeren;
- betaalt hij of laat hij betalen middels een door hem ondertekend mandaat.

De adjunct-algemeen directeur:

- is verantwoordelijk voor de fondsen en effecten van het ziekenfonds;
- legt op elke gewone algemene vergadering van het ziekenfonds, in naam van de raad van bestuur, rekenschap af over de financiële situatie. Op elke raad van bestuur doet hij datzelfde in naam van het uitvoerend bestuur.

De adjunct-algemeen directeur voor de aanvullende ziekteverzekering staat de algemeen directeur voor de aanvullende ziekteverzekering bij en vervangt hem in geval van afwezigheid of in geval van verhindering vastgesteld door het Uitvoerend Bestuur.

Het Uitvoerend Bestuur van het ziekenfonds bepaalt over welke diensten de algemeen directeur voor de aanvullende ziekteverzekering en de adjunct- algemeen directeur voor de aanvullende ziekteverzekering leiding en dagelijkse verantwoordelijkheid hebben.

ARTIKEL 48

Directiecomité

Er wordt een directiecomité gevormd in de schoot van het ziekenfonds.

Het directiecomité is samengesteld uit de algemeen secretaris, de schatbewaarder, de algemeen directeur voor de aanvullende ziekteverzekering en de adjunct- algemeen directeur voor de aanvullende ziekteverzekering.

De adjunct-secretarissen en de vertegenwoordigers van de directies en/of diensten van het ziekenfonds wonen het directiecomité bij.

De algemeen secretaris zit het directiecomité voor en roept het bijeen.

Het directiecomité slaat per definitie de brug tussen de diensten van het ziekenfonds en de verschillende instanties van het ziekenfonds.

Het is een bezinningsorgaan dat ermee belast is de strategische doelstellingen van het ziekenfonds op gebied van intern en extern ziekenfondsbeleid uit te werken in overleg met de voorzitter van het ziekenfonds.

Het bereidt in overleg met de voorzitter van het ziekenfonds, de voorstellen voor die met het oog op een beslissing moeten worden voorgelegd aan het uitvoerend bestuur en/of de raad van bestuur.

Het is tevens belast met de uitvoering van de beslissingen die door het uitvoerend bestuur, de raad van bestuur en de algemene vergadering werden goedgekeurd.

HOOFDSTUK V - De diensten van het ziekenfonds: gewaarborgde voordelen, bijzondere aansluitingsvoorwaarden, bijdragen.

Behoudens uitvoering van haar opdracht in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen zoals bepaald in artikel 2 a) van de statuten, voorziet het ziekenfonds voor haar leden en hun personen ten laste de bij artikel 2 b) van deze statuten voorziene tussenkomsten, voordelen en diensten volgens de hierna vastgestelde modaliteiten.

De afdeling 1 (artikels 49 tot en met 52) wordt geschrapt gelet op de integratie van de kleine risico's in de wet betreffende de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen en dit met ingang op 01/01/2008.

De afdeling wordt voorbehouden voor eventuele toekomstige diensten.

Afdeling 2: Aanvullende verzekering, ziekenvervoer en ziekenwagen

ARTIKEL 53

Het ziekenfonds organiseert deze dienst voor alle leden bedoeld in artikel 6 § 1 1° en 2° van huidige statuten.

ARTIKEL 54

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst in het gedeelte van de vervoer- en ziekenwagenkosten, dat niet ten laste genomen wordt door een andere wetgeving, aan zieken en slachtoffers van een ongeval:

- bij dringend vervoer (dienst 112)
- bij niet-dringend vervoer voor volgende redenen:
- begin en einde van een ziekenhuisverblijf;
- vervoer van een verplegingsinrichting naar een andere voor de behandeling van de patiënt meer aangepaste verplegingsinrichting;
- begin en einde van een opname in een erkend hersteloord;
- chemotherapie, radiotherapie, follow up;
- dialyses;
- hartrevalidatie en multidisciplinaire revalidatie;
- post-operatieve zorgen na een orgaantransplantatie;
- kortverblijven in een erkend centrum;
- werkelijk gebruik van een gipskamer in een ziekenhuis
- een daghospitaisatieforfait wordt aangerekend.

onder de volgende voorwaarden:

1. Vervoer met persoonlijk voertuig

Terugbetaling tegen maximum 0,25 euro per kilometer.

(minimumtussenkomst van 2,50 euro en maximum van 20,00 euro per vervoer)

2. Vervoer per ziekenwagen

Tussenkomst in de kostprijs van de factuur met toepassing van een vast bedrag ten laste van het lid.

Dit vast bedrag bedraagt:

- 35 euro per vervoer voor de gewone rechthebbenden,
- 15 euro per vervoer voor de personen die beschikken over het sociaal statuut voorzien in artikel 37, §§1, 2 en 19 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (op de datum van het vervoer),
- 5 euro per vervoer voor de rechthebbenden toegelaten tot een centrum voor de ambulante behandeling van gedialyseerden, een centrum voor radio- en/of chemotherapie-behandeling chemoterapeutisch ambulante behandeling of voor de ambulante follow-up van de vermelde behandelingen.

3. Vervoer per taxi en lichte sanitaire wagen

Tussenkomst in de kostprijs van de factuur met toepassing van een vast bedrag ten laste van het lid.

Dit vast bedrag bedraagt:

- 20 euro per vervoer voor de gewone rechthebbenden,
- 10 euro per vervoer voor de personen die beschikken over het sociaal statuut voorzien in artikel 37, §§1, 2 en 19 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (op de datum van het vervoer),
- 5 euro per vervoer voor de rechthebbenden toegelaten tot een centrum voor de ambulante behandeling van gedialyseerden, een centrum voor radio- en/of chemotherapiebehandeling chemoterapeutische ambulante behandeling, of voor de ambulante follow-up van de vermelde behandelingen.

4. Vervoer per helikopter

Tussenkomst van maximaal 500,00 EUR per vervoer.

Voorwaarde voor het niet-dringende vervoer per ziekenwagen, taxi en sanitaire wagen: het lid moet de Mutas-alarmcentrale waarmee het ziekenfonds een samenwerkingsovereenkomst heeft gesloten, opgeroepen hebben voor de organisatie van zijn of haar vervoer. De Mutas-oproepcentrale bepaalt wat het meest geschikte vervoermiddel is.

Indien het lid de Mutas-alarmcentrale niet heeft opgeroepen of wanneer de Mutas-alarmcentrale niet bij machte is het vervoer te organiseren, wordt het vervoer tussen een ziekenhuis, een revalidatiecentrum, een hersteloord, een erkend centrum voor kortverblijf, een rusthuis onder volgende voorwaarden terugbetaald:

1. Vervoer per ziekenwagen

De tegemoetkoming in de kostprijs van de factuur gebeurt als volgt:

1. Toepassing van een franchise ten laste van het lid.

Deze franchise bedraagt:

- 50,00 euro per vervoer voor de gewone rechthebbenden;
- 30,00 euro per vervoer voor de personen die beschikken over het sociaal statuut voorzien in artikel 37, §§1, 2 en 19 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (op de datum van het vervoer).

2. De tegemoetkoming is gelijk aan het bedrag dat na toepassing van de vermelde franchise ten laste blijft van het lid.

Deze tegemoetkoming is evenwel begrensd op volgende wijze:

- in het Brussels Gewest begrenzing op 55,00 euro per vervoer;
- buiten het Brussels Gewest begrenzing op 35,00 euro voor de eerste 12 km; begrenzing op 1,70 euro/km van de 13^{de} tot en met de 80^{ste} km, begrenzing op 1,40 euro/km vanaf de 81^{ste} km.

2. Vervoer per taxi

De tegemoetkoming in de kostprijs van de factuur gebeurt als volgt:

1. Toepassing van een franchise ten laste van het lid.

Deze franchise bedraagt:

- 35,00 euro per vervoer voor de gewone rechthebbenden;
- 25,00 euro per vervoer voor de personen die beschikken over het sociaal statuut voorzien in artikel 37, §§1, 2 en 19 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (op de datum van het vervoer).

2. De tegemoetkoming is gelijk aan het bedrag dat na toepassing van de vermelde franchise ten laste blijft van het lid.

Deze tegemoetkoming is evenwel begrensd op volgende wijze:

- een begrenzing op 13,00 euro voor de eerste 12 km;
- een begrenzing op 0,70 euro/km vanaf de 13^{de} km.

3. Vervoer per lichte sanitaire wagen

De tegemoetkoming in de kostprijs van de factuur gebeurt als volgt:

1. Toepassing van een franchise ten laste van het lid.

Deze franchise bedraagt:

- 35,00 euro per vervoer voor de gewone rechthebbenden;

- 25,00 euro per vervoer voor de personen die beschikken over het sociaal statuut voorzien in artikel 37, §§1, 2 en 19 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (op de datum van het vervoer).
2. De tegemoetkoming is gelijk aan het bedrag dat na toepassing van de vermelde franchise ten laste blijft van het lid.

Deze tegemoetkoming is evenwel begrensd op volgende wijze:

- in het Brussels gewest begrenzing op 27,00 euro per vervoer;
- buiten het Brussels gewest begrenzing op 21,00 euro voor de eerste 12 km; begrenzing op 1,20 euro/km vanaf de 13^{de} km.

Voor de berekening van de maximumbedragen en de vaste bedragen ten laste van het lid, wordt een heen- en terugreis als één enkel vervoer beschouwd wanneer dit op eenzelfde dag plaatsvindt.

Bovengenoemde tussenkomsten mogen in geen geval het bedrag ten laste van de rechthebbende overschrijden.

Indien er voor het ziekenvervoer een tussenkomst voorzien is in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, dan wordt deze in mindering gebracht van de in onderhavig artikel vervatte tussenkomsten.

In alle vernoemde gevallen moet het gaan om het vervoer tussen de plaats van het ongeval, de woonplaats van de zieke of zijn hoofdverblijfplaats in België en de dichtstbijzijnde of best aangepaste Belgische verplegingsinstelling en vice versa.

Zijn uitgesloten van tussenkomst:

- * het vervoer van de ene verplegingsinstelling naar een andere; behalve indien de patiënt wordt vervoerd naar een beter aan de aandoening van de patiënt aangepaste instelling;
- * het vervoer ten gevolge van de beoefening beroepshalve van volgende sporten: veld- en ijshockey, voetbal, rugby, duiksport, gevechts- en krijgssport, sneeuwski, de deelneming aan en de voorbereiding tot wielervedstrijden en wedstrijden met motorrijtuigen, paardrijden.
- * het vervoer heen en terug ten gevolge van een toelating bekomen door een gehospitaliseerde om enkele dagen elders te verblijven dan in de instelling waar hij is opgenomen.

Een bewijsstuk ter staving van de kosten en een geneeskundig getuigschrift dat de noodzaak van het vervoer bewijst, moeten worden overgemaakt teneinde deze tussenkomst te bekomen.

Bij mogelijks geschil over het kilometeraantal wordt beslecht met gebruikmaking van een verkeersnavigatiesoftware.

In het kader van de vaccinatiecampagne COVID-19, komt het ziekenfonds tussen in de kosten voor het vervoer naar een vaccinatiecentrum indien (cumulatieve voorwaarden):

- het lid fysiek niet in staat is om zelfstandig de verplaatsing te maken en geen beroep kan doen op een familielid of een mantelzorger;
- er geen mogelijkheden worden aangeboden en de vervoersonkosten onder geen enkele andere regeling worden gedekt.

In dat geval, wordt ten laste van de aanvullende verzekering een tussenkomst voorzien volgens de hierna vermelde voorwaarden:

1. Vervoer per taxi en lichte sanitaire wagen:

Tussenkost in de kostprijs van de factuur met toepassing van een vast bedrag ten laste van het lid. Dit vast bedrag ten laste van de patiënt bedraagt:

- 5 euro per vervoer voor de gewone rechthebbenden;
- 2,5 euro per vervoer voor de personen die beschikken over het sociaal statuut voorzien in artikel 37, §§1, 2 en 19 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (op de datum van het vervoer).

2. Vervoer per ziekenwagen

Tussenkost in de kostprijs van de factuur met toepassing van een vast bedrag ten laste van het lid. Dit vast bedrag ten laste van het lid bedraagt:

- 5 euro per vervoer voor de gewone rechthebbenden;
- 2,5 euro per vervoer voor de personen die beschikken over het sociaal statuut voorzien in artikel 37, §§1, 2 en 19 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (op de datum van het vervoer).

Voor de berekening van het vast bedrag ten laste van het lid wordt de heen- en terugreis als één enkel vervoer beschouwd.

De tussenkomst wordt verleend op voorlegging van:

- verklaring op eer, volgens het model vastgelegd door het ziekenfonds, dat het lid de hoger vermelde cumulatieve voorwaarden vervult;
- een kopie van de vaccinatiebevestiging;
- het origineel van de vervoersfactuur.

ARTIKEL 55

De jaarbijdrage voor deze afdeling van TITEL V wordt vermeld in artikel 98 van huidige statuten.
De bijdragen zijn verschuldigd op maandbasis.

Afdeling 3: Aanvullende verzekering – geneeskundige verstrekkingen en geneesmiddelen

ARTIKEL 56

Het ziekenfonds organiseert deze dienst voor alle leden bedoeld in artikel 6 § 1
1° en 2° van huidige statuten

ARTIKEL 57 - A

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst in de kosten van gezondheidszorgen verstrekt in de poliklinieken behorende tot de vzw Medische Centra Cesar De Paepe en de vzw Medische Centra Cesar De Paepe / asbl Centres Médicaux César De Paepe.

De tussenkomst heeft betrekking op de kost van de gezondheidszorg die ten laste blijft van de rechthebbende na aftrek van wettelijke en extrawettelijke tegemoetkomingen.

De tussenkomsten hebben betrekking op volgende prestaties:

- artikel 2 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- artikel 3 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen met uitzondering van de verstrekkingen klinische biologie;
- artikel 5 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen met uitzondering van:
 - de uitneembare partiële of volledige tandprothese (plaatsing, herstelling, bijplaatsing van tanden en vervanging van de basis),
 - de plaatsing van implantaten (inclusief de eventuele hulpmiddelen),
- artikel 7 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.
- artikel 20 c van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
- artikel 36 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De tussenkomst is gelijk aan het verschil tussen het in de nomenclatuur voorziene honorarium en de in de nomenclatuur voorziene tussenkomst. Indien de nomenclatuur voorziet dat het persoonlijk aandeel ten laste van de rechthebbende wordt verhoogd omwille van het ontbreken van een preventieve verzorging, dan wordt deze verhoging niet vergoed.

Voor de verstrekkingen voorzien in artikels 2, 3, 20 c en 36 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen komt de dienst slechts tussen op voorwaarde dat de rechthebbende over een elektronisch medisch dossier (EMD) beschikt.

Het elektronisch dossier dient geopend en geldig te zijn op het ogenblik waarop de verstrekking wordt verleend waarvoor een tussenkomst wordt gevraagd.

De geldigheid van het elektronisch medisch dossier loopt vanaf de dag waarop de nomenclatuurcode 101496 of 101511 wordt geattesteerd en duurt tot en met 31 december van het tweede daaropvolgende kalenderjaar dat volgt op de opening van het dossier. Deze geldigheid kan met een jaar worden verlengd indien de nomenclatuurcodes 101533 of 101555 ook geregistreerd zijn in het dossier.

Indien de rechthebbende voor de levering van een tandprothese of de herstelling van een tandprothese geen tussenkomst lastens de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen kan genieten dan is de tussenkomst gelijk aan 15% van het door de rechthebbende werkelijk betaalde bedrag met een maximum van 15% van het honorarium voorzien in de nomenclatuur voor de prestatie code 306913.

Indien een gehoorprothese en/of bijhorende batterijen zoals voorzien in artikel 31 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wordt aangeschaft, wordt de rechthebbende een tussenkomst toegekend gelijk aan 15% van het deel dat ten zijne laste valt.

Indien de rechthebbende voor de individuele diëtische evaluatie en/of interventie geen tussenkomst lastens de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen kan genieten, dan is de tussenkomst gelijk aan de in de nomenclatuur voorziene tussenkomst voor de verstrekking dieetkunde met code 771131.

Indien aan de rechthebbenden een materiaaltoeslag op de verstrekking 305616 van de nomenclatuur van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wordt aangerekend voor het herstellen of vervangen van draadjes en blokjes, geniet de rechthebbende een tussenkomst gelijk aan het door de rechthebbende werkelijk betaalde bedrag begrensd tot 5,50 EUR.

ARTIKEL 57 – A bis

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst in de kosten van een behandeling tabaksontwenning verstrekt door een erkende tabakoloog in de poliklinieken behorende tot de vzw Medische Centra César De Paepe of de vzw Medische Centra César De Paepe / asbl Centres Médicaux César De Paepe.

Het bedrag van de tussenkomst is gelijk aan de kost die ten laste blijft van de rechthebbende na aftrek van wettelijke en extrawettelijke tegemoetkomingen.

ARTIKEL 57 - B

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst voor homeopathische geneesmiddelen, naar rato van 25 % op de aankoopprijs; met een maximum van 150 euro per kalenderjaar en per rechthebbende in de zin van de verplichte ziekteverzekering.

De homeopathische geneesmiddelen dienen voorgeschreven te zijn door een arts en afgeleverd te worden in een apotheek. De geneesmiddelen mogen niet bestemd zijn voor: diergeneeskunde, vermageringskuren, schoonheidstherapie.

De tussenkomst wordt verleend op voorlegging van het BVAC-formulier afgeleverd door de apotheker.

ARTIKEL 57 – C

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst in de voetverzorging volgens de voorwaarden voorzien onder artikel 57 Cbis, Cter, Cquater en Cquinquies.

ARTIKEL 57 – Cbis

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst in de voetverzorging aan de leden die ouder zijn dan 60 jaar en voor zover de voetverzorger een samenwerkingsakkoord sloot met de vzw Thuiszorg Brabant of de asbl Soins à Domicile Bruxelles of de vzw Medische Centra Cesar De Paepe of de asbl Centres Médicaux César De Paepe-Medische Centra Cesar De Paepe. De lijst van deze verstrekkers is vermeld in de bijlagen van onderhavige statuten.

De tussenkomst bedraagt 6,50 euro per voetverzorging en is beperkt voor alle verstrekkingen voetverzorging en podologie samen tot zes verstrekkingen per kalenderjaar en per rechthebbende.

De tussenkomst wordt verleend op voorlegging van een behoorlijk ingevulde registratiekaart dewelke omvat de datum van prestatie, het betaalde bedrag en de stempel van de verstrekker.

ARTIKEL 57 - Cter

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst in de voetverzorging aan de leden voorgeschreven om medische redenen door een arts en voor zover de voetverzorger een samenwerkingsovereenkomst sloot met de vzw Thuiszorg Brabant of de asbl Soins à Domicile Bruxelles of de vzw Medische Centra Cesar De Paepe of de asbl Centres Médicaux César De Paepe. De lijst van deze verstrekkers is vermeld in de bijlagen van onderhavige statuten.

De datum waarop het voorschrift werd opgesteld gaat vooraf aan of is dezelfde als de datum waarop de voetverzorging aanvangt.

De tussenkomst bedraagt 6,50 euro per voetverzorging en is beperkt voor alle verstrekkingen voetverzorging en podologie samen tot zes verstrekkingen per kalenderjaar en per rechthebbende in de zin van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De tussenkomst wordt verleend op voorlegging van het medisch voorschrift van de arts en de behoorlijk ingevulde registratiekaart dewelke omvat de datum van prestatie, het betaalde bedrag en de stempel van de verstrekker.

ARTIKEL 57 - Cquater

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst voor de verstrekkingen podologie aan de leden die ouder zijn dan 60 jaar en voor zover de podoloog, erkend door het Riziv, een samenwerkingsakkoord sloot met de vzw Thuiszorg Brabant of de asbl Soins à Domicile Bruxelles of de vzw Medische Centra Cesar De Paepe of de asbl Centres Médicaux César De Paepe. De lijst van deze verstrekkers is vermeld in de bijlagen van onderhavige statuten.

De tussenkomst bedraagt 9,50 euro per verstrekking podologie zonder evenwel het bedrag ten laste van de rechthebbende te overtreffen en is beperkt voor alle verstrekkingen voetverzorging en podologie samen tot zes verstrekkingen per kalenderjaar en per rechthebbende.

De tussenkomst wordt verleend op voorlegging van een behoorlijk ingevulde registratiekaart dewelke omvat de datum van prestatie, het betaalde bedrag en de stempel van de verstrekker.

ARTIKEL 57 - Cquinquies

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst voor de verstrekkingen podologie voorgeschreven aan de leden om medische redenen door een arts, en voor zover de podoloog erkend door het Riziv, een samenwerkingsakkoord sloot met de vzw Thuiszorg Brabant of asbl Soins à Domicile Bruxelles of de vzw Medische Centra Cesar De Paepe of de asbl Centres Médicaux César De Paepe. De lijst van deze verstrekkers is vermeld in de bijlagen van onderhavige statuten.

De datum waarop het voorschrift werd opgesteld gaat vooraf aan of is dezelfde als de datum waarop de verstrekking podologie aanvangt.

De tussenkomst bedraagt 9,50 euro per verstrekking podologie zonder evenwel het bedrag ten laste van de rechthebbende te overtreffen en is beperkt voor alle verstrekkingen voetverzorging en podologie samen tot zes verstrekkingen per kalenderjaar en per rechthebbende.

De tussenkomst wordt verleend op voorlegging van een behoorlijk ingevulde registratiekaart dewelke omvat de datum van prestatie, het betaalde bedrag en de stempel van de verstrekker.

ARTIKEL 57 - D

Het ziekenfonds komt tussen in de kosten voor implanteerbare prothesen en/of osteosynthesemateriaal vermeld op de nominatieve lijst orthopedie en traumatologie van het Riziv.

Een tussenkomst is voorzien in het persoonlijk aandeel ten laste van de rechthebbende, exclusief de afleverings- en veiligheidsmarge zoals bepaald in artikel 1, 36° en 40° van het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen.

De tussenkomst van het ziekenfonds bedraagt 75 % voor het persoonlijk aandeel boven 50 euro; de maximale tussenkomst bedraagt 410 euro gedurende een aaneensluitende periode van 12 maanden vanaf de implantatie van de prothese en/of het osteosynthesemateriaal en dit voor zover er een hospitalisatie is en een tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De tussenkomst wordt enkel verleend op voorlegging van de originele ziekenhuisfactuur dewelke de kostprijs vermeldt van een geïmplanteerde prothese en/of het betreffende osteosynthesemateriaal.

ARTIKEL 57 - E

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst ten belope van 30 % in de kostprijs van incontinentie- en babyluiers aangeschaft bij de vzw Thuishulp/Aide à Domicile asbl.

De tussenkomst voor incontinentieluiers wordt geplafonneerd op 480 EUR per kalenderjaar. De tussenkomst voor babyluiers wordt geplafonneerd op 220 EUR per kalenderjaar.

De tussenkomst wordt maandelijks verleend op voorlegging van de originele prestatiestaat opgemaakt door de vzw Thuishulp/Aide à Domicile asbl en omvattende: de identificatie van de aangeschafte incontinentie- en/of babyluiers, de identificatie van de rechthebbende en het betaalde bedrag.

Het ziekenfonds heeft daarvoor met voornoemde vzw een samenwerkingsovereenkomst gesloten.

ARTIKEL 57 - F

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst in het deel van de honoraria dat niet krachtens een andere wetgeving ten laste genomen wordt voor de osteopatische behandeling uitgevoerd door een osteopaat die vermeld is op de lijst vastgelegd door het Nationaal Intermutualistisch College of van de Association professionnelle de médecine manuelle et ostéopathique (APMMO). De lijst van deze verstrekkers is vermeld in de bijlagen van onderhavige statuten.

De tussenkomst bedraagt 12,50 euro of is gelijk aan het bedrag dat ten laste van de patiënt blijft indien dat minder dan 12,50 euro belooft.

De tegemoetkoming voor alle behandelingen inzake osteopathie, chiropraxie en acupunctuur samen is beperkt tot maximum 62,50 euro per kalenderjaar en per rechthebbende (5 zittingen van 12,50 euro).

De tussenkomsten voor osteopathie worden alleen verleend op vertoon van de originele kwijting die de osteopaat na elke behandeling behoorlijk invult. Hierop moeten voorkomen de identiteit van de patiënt, de behandeldatum, de identiteit van de verstrekker evenals diens handtekening en stempel en het betaalde bedrag.

ARTIKEL 57 - G

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst in het deel van de honoraria voor de chiropraxiebehandeling uitgevoerd door een chiropractor erkend door het ziekenfonds dewelke lid dient te zijn van een vereniging erkend in toepassing van het koninklijk besluit van 4 juli 2001 betreffende de erkenning van beroepsorganisaties van beoefenaars van een niet-conventionele praktijk, dat niet krachtens een andere wetgeving ten laste genomen wordt. De lijst van deze verstrekkers is vermeld in de bijlagen van onderhavige statuten.

De tussenkomst bedraagt 12,50 euro of is gelijk aan het bedrag dat ten laste van de patiënt blijft indien dat minder dan 12,50 euro beloopt.

De tegemoetkoming voor alle behandelingen inzake osteopathie, chiropraxie en acupunctuur samen is beperkt tot 62,50 euro per kalenderjaar en per rechthebbende (5 zittingen van 12,50 euro).

De tussenkomsten voor chiropraxie worden alleen verleend op vertoon van de originele kwijting die de chiropractor na elke behandeling behoorlijk invult.

Hierop moeten voorkomen de identiteit van de patiënt, de behandelingsdatum, de identiteit van de verstrekker evenals diens handtekening en stempel en het betaalde bedrag.

ARTIKEL 57 - H

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst in de kosten voor de orthodontische behandeling die voldoet aan de criteria vermeld onder artikel 6 § 5 tot 16 van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en die niet ten laste worden genomen door een andere wetgeving.

De dienst verleent slechts een tussenkomst op voorwaarde dat de rechthebbende over een elektronisch medisch dossier (EMD) beschikt of ingeschreven is in een medisch huis of wanneer de behandeling verstrekt is in de poliklinieken behorende tot de vzw Medische Centra Cesar De Paepe of de vzw Medische Centra Cesar De Paepe/asbl Centres Médicaux César De Paepe.

Met de term "medisch huis" wordt bedoeld: een zorgverlener of een groep van zorgverleners zoals bedoeld in artikel 32, § 1, tweede lid van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Het elektronisch medisch dossier of de inschrijving in een medisch huis moet open of gerealiseerd en geldig zijn op het ogenblik waarop de verstrekking wordt verleend waarvoor een tussenkomst wordt gevraagd.

De geldigheid van het elektronisch medisch dossier begint op de dag waarop de nomenclatuurcode 101496 of 101511 wordt geattesteerd en duurt tot en met 31 december van het tweede daaropvolgende kalenderjaar dat volgt op de opening van het dossier. Deze geldigheid kan met een jaar worden verlengd indien de nomenclatuurcodes 101533 of 101555 ook geregistreerd zijn in het dossier.

De tussenkomst wordt als volgt bepaald:

- voor de leden die aan de RIZIV-criteria voldoen, wordt een tussenkomst voorzien van maximaal 1.050 euro; beperkt tot het bedrag ten laste van de rechthebbende
- deze forfaitaire tussenkomst wordt als volgt uitbetaald:
 - * 525 euro wordt betaald bij de aanvang van de behandeling, dwz op voorlegging van het origineel getuigschrift voor verstrekte hulp van een tandarts of stomatoloog waarop de verstrekingscode 305631 voorkomt;
 - * 525 euro wordt betaald ten vroegste na 12 maanden van behandeling op voorlegging van het behoorlijk ingevulde aanvraagformulier (model vastgelegd door het ziekenfonds)
- de dienst verleent een tussenkomst die gelijk is aan het wettelijke remgeld, beperkt tot het bedrag dat ten laste van de rechthebbende blijft, in de verstrekkingen vermeld onder de codes 301092, 305830, 305852, 305911, 305550, 305572, 305616, 305653, 305734, 305933, 305955 van de nomenclatuur van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Bij een orthodontische behandeling die genoodzaakt is omwille van één van de hiernavermelde pathologieën en in zoverre de behandeling een functionele doelstelling heeft, verleent het ziekenfonds een bijkomende tussenkomst van 400 euro.

De pathologieën die in aanmerking komen, zijn de craniofaciale groeistoornissen met rechtstreekse gevolgen voor de positie en relatie van de tanden die in onderstaande lijst worden vermeld:

- Craniofaciale dysplasieën (misvorming van schedelbeenderen in het aangezicht) met splijting van boven- of onderkaak (schizis); met geheel of gedeeltelijk ontbreken van bot (dysostosis) ter hoogte van de middenlijn of lateraal; met abnormaal samengroeien van bot (synostosis); met

geheel of gedeeltelijk ontbreken van bot + abnormaal samengroeien van bot (crouzon, apert, triphyllocephalie)

- Craniofaciale dysplasieën met synchondrose (met stoornis in de groei van het kaakbeen): ziekelijke stoornis in de ontwikkeling van het kraakbeen veroorzaakt door gebrekkige groei en verkromming van de lange beenderen (achondroplasie).
- Craniofaciale dysplasieën van andere oorsprong: osseuze dysplasieën (osteopetrosis, craniotubulaire dysplasie, fibreuze dysplasie); huid dysplasieën (ectodermale dysplasie, neurocutaneuze dysplasie, neurofibromatose), neuromusculaire dysplasieën (Pierre Robin sekwentie, mobius syndroom), musculaire dysplasieën (glossoschizis (gespleten tong), aglossie, mimische spieren agenesie (cardiofaciaal syndroom - syndroom van Cayler)), vasculaire dysplasieën (hemangioom, lymfangioom, hemolymfangioom)
- Congenitale agenesie van minstens drie blijvende tanden, met uitzondering van wijsheidstanden

De tussenkomst wordt beslist na advies van de adviserend geneesheer op voorlegging van het origineel verslag opgesteld door de behandelende stomatoloog en onder meer omvattende de cefalometrische radiografie.

De tussenkomst wordt betaald op voorlegging van het origineel getuigschrift voor verstrekte hulp waaruit blijkt dat de orthodontische behandeling is aangevat.

ARTIKEL 57- Hbis

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst in de kosten van tandzorg aan de leden.

De dienst verleent slechts een tussenkomst op voorwaarde dat de rechthebbende over een elektronisch medisch dossier (EMD) beschikt of ingeschreven is in een medisch huis of wanneer de behandeling verstrekt is in de poliklinieken behorende tot de vzw Medische Centra Cesar De Paepe of de vzw Medische Centra Cesar De Paepe/asbl Centres Médicaux César De Paepe.

Met de term "medisch huis" wordt bedoeld: een zorgverlener of een groep van zorgverleners zoals bedoeld in artikel 32, § 1, tweede lid van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Het elektronisch medisch dossier of de inschrijving in een medisch huis moet open of gerealiseerd en geldig zijn op het ogenblik waarop de verstrekking wordt verleend waarvoor een tussenkomst wordt gevraagd.

De geldigheid van het elektronisch medisch dossier begint op de dag waarop de nomenclatuurcode 101496 of 101511 wordt geattesteerd en duurt tot en met 31 december van het tweede daaropvolgende kalenderjaar dat volgt op de opening van het dossier. Deze geldigheid kan met een jaar worden verlengd indien de nomenclatuurcodes 101533 of 101555 ook geregistreerd zijn in het dossier.

De dienst verleent een tussenkomst die gelijk is aan het wettelijke remgeld, beperkt tot het bedrag dat ten laste van de rechthebbende blijft, voor de verstrekkingen uitgevoerd door een tandheelkundige of stomatoloog, zoals bepaald in artikel 5 van de nomenclatuur van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, in de rubrieken raadplegingen, preventieve behandelingen en parodontologie.

De tussenkomst wordt betaald op voorlegging van het originele getuigschrift voor verstrekte hulp van een tandarts of stomatoloog, waarop één van de supra vermelde verstrekkingcodes voorkomt.

ARTIKEL 57 – H ter

1. Het ziekenfonds verleent een tussenkomst in de kosten van een tandprothese voor zover de vermelde kosten niet ten laste genomen worden door een andere wetgeving.

Worden met 'kosten van een tandprothese' bedoeld, de plaatsings- en herstellkosten evenals de kost om tanden toe te voegen en de basisplaat te vervangen.

De dienst verleent slechts een tussenkomst op voorwaarde dat de rechthebbende over een elektronisch medisch dossier (EMD) beschikt of ingeschreven is in een medisch huis of wanneer de behandeling verstrekt is in de poliklinieken behorende tot de vzw Medische Centra Cesar De Paepe of de vzw Medische Centra Cesar De Paepe/asbl Centres Médicaux César De Paepe.

Met de term "medisch huis" wordt bedoeld: een zorgverlener of een groep van zorgverleners zoals bedoeld in artikel 32, § 1, tweede lid van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Het elektronisch medisch dossier of de inschrijving in een medisch huis moet open of gerealiseerd en geldig zijn op het ogenblik waarop de verstrekking wordt verleend waarvoor een tussenkomst wordt gevraagd.

De geldigheid van het elektronisch medisch dossier begint op de dag waarop de nomenclatuurcode 101496 of 101511 wordt geattesteerd en duurt tot en met 31 december van het tweede daaropvolgende kalenderjaar dat volgt op de opening van het dossier. Deze geldigheid kan met een jaar worden verlengd indien de nomenclatuurcodes 101533 of 101555 ook geregistreerd zijn in het dossier.

De tussenkomst is vastgesteld op 175 EUR, beperkt tot het bedrag ten laste van de rechthebbende. Ze wordt één keer per periode van zeven kalenderjaren en per rechthebbende toegekend. Het kalenderjaar van de plaatsing van de tandprothese is het eerste kalenderjaar van de periode van zeven kalenderjaren.

Indien de rechthebbende een tussenkomst heeft ontvangen voor 1 september 2014 in de kosten voor een tandprothese en indien deze tussenkomst hem/haar werd toegestaan door de aanvullende verzekering van het ziekenfonds, dan is het kalenderjaar van plaatsing van deze tandprothese het eerste kalenderjaar van de periode van zeven kalenderjaren. Het bedrag van deze tussenkomst bekomen voor 1 september 2014 wordt in mindering gebracht op de tussenkomst van 175 EUR.

De tussenkomst wordt betaald op voorlegging van het behoorlijk ingevulde aanvraagformulier (model vastgelegd door het ziekenfonds).

Indien de tandprothese recht geeft op een tussenkomst ten laste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt de tussenkomst verleend op voorlegging van het originele getuigschrift voor verstrekte hulp.

2. Het ziekenfonds verleent een tussenkomst voor de aanschaf van een tandimplantaat aan de leden van en dit voor zover de vermelde kosten niet ten laste genomen worden door een andere wetgeving.

De dienst verleent slechts een tussenkomst op voorwaarde dat de rechthebbende over een elektronisch medisch dossier (EMD) beschikt of ingeschreven is in een medisch huis of wanneer de behandeling verstrekt is in de poliklinieken behorende tot de vzw Medische Centra Cesar De Paepe of de vzw Medische Centra Cesar De Paepe/asbl Centres Médicaux César De Paepe.

Met de term "medisch huis" wordt bedoeld: een zorgverlener of een groep van zorgverleners zoals bedoeld in artikel 32, § 1, tweede lid van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet

betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Het elektronisch medisch dossier of de inschrijving in een medisch huis moet open of gerealiseerd en geldig zijn op het ogenblik waarop de verstrekking wordt verleend waarvoor een tussenkomst wordt gevraagd.

De geldigheid van het elektronisch medisch dossier begint op de dag waarop de nomenclatuurcode 101496 of 101511 wordt geattesteerd en duurt tot en met 31 december van het tweede daaropvolgende kalenderjaar dat volgt op de opening van het dossier. Deze geldigheid kan met een jaar worden verlengd indien de nomenclatuurcodes 101533 of 101555 ook geregistreerd zijn in het dossier.

De tussenkomst wordt bepaald op 175 EUR zonder evenwel het bedrag ten laste van de rechthebbende te overschrijden. Ze wordt een keer per periode van 7 en per rechthebbende toegekend. Het kalenderjaar van de plaatsing van het tandimplantaat is het eerste kalenderjaar van de periode van zeven kalenderjaren.

Indien de rechthebbende een tussenkomst heeft ontvangen voor 1 september 2014 in de kosten voor een tandimplantaat en indien deze tussenkomst hem/haar werd toegestaan door de aanvullende verzekering van het ziekenfonds, dan is het kalenderjaar van plaatsing van het tandimplantaat het eerste kalenderjaar van de periode van zeven kalenderjaren. Het bedrag van deze tussenkomst bekomen voor 1 september 2014 wordt in mindering gebracht op de tussenkomst van 175 EUR.

De tussenkomst wordt betaald op voorlegging van het behoorlijk ingevulde aanvraagformulier (model vastgelegd door het ziekenfonds).

Indien het tandimplantaat recht opent op een tussenkomst ten laste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt de tussenkomst verleend op voorlegging van het originele getuigschrift voor verstrekte hulp.

ARTIKEL 57 – I

1. Het ziekenfonds verleent een tussenkomst in de kosten voor de aanschaf van een brilmontuur en glazen, en in de kosten van contactlenzen.

De tussenkomst bedraagt 60,00 euro zonder evenwel het bedrag ten laste van de rechthebbende te overschrijden en kan per leeftijdscategorie éénmaal worden genoten.

Volgende leeftijdscategorieën worden vastgelegd:

- 0 tot en met 10 jaar
- 11 tot en met 20 jaar
- 21 tot en met 30 jaar
- 31 tot en met 40 jaar
- 41 tot en met 50 jaar
- 51 tot en met 60 jaar
- 61 tot en met 70 jaar
- 71 tot en met 80 jaar
- 81 tot en met 90 jaar
- 91 tot en met 100 jaar
- 101 tot en met 110 jaar

Het behoren tot een leeftijdscategorie wordt vastgesteld in functie van de leeftijd van de rechthebbende op de datum vermeld op het getuigschrift van aflevering.

De eventueel genoten tussenkomst in toepassing van het voordeel 'brilmonturen, glazen en contactlenzen' zoals dit bestond tot en met 31 december 2011, wordt in mindering gebracht op de in voorgaande alinea voorziene tussenkomst en dit met toepassing van de voorziene leeftijdscategorieën.

De tussenkomst gebeurt na afgifte van het originele en gedetailleerde (montuur; brilglazen en/of contactlenzen) getuigschrift van aflevering of de factuur op naam van de rechthebbende opgemaakt door een door het RIZIV erkend opticien en waarop het RIZIV-erkenningsnummer van de opticien vermeld staat.

Zonne- en fantasiebrillen zonder dioptrie zijn uitgesloten van tussenkomst.

Het ziekenfonds kan overeenkomsten sluiten met optiekzaken om kortingen ten gunste van de leden te bedingen voor de aanschaf van brilmonturen, brilglazen en contactlenzen.

2. Het ziekenfonds verleent een tussenkomst in de kosten van een refractieve laserbehandeling voor de correctie van myopie, presbytie, astigmatisme en hypermetropie.

De tussenkomst bedraagt 150,00 EUR zonder evenwel het bedrag ten laste van de rechthebbende te overschrijden en kan éénmaal per oog worden genoten.

De tussenkomst wordt verleend op voorlegging van een origineel attest (model vastgelegd door het ziekenfonds) of de originele factuur omvattende de identificatie van de rechthebbende, de datum van prestatie, de identificatie van de uitgevoerde laserbehandeling, de identiteit van de oogarts evenals diens handtekening en stempel en het betaalde bedrag.

3. Het ziekenfonds verleent een tussenkomst in de kosten van een lensimplantaat voor de correctie van myopie, presbytie, astigmatisme en hypermetropie.

De tussenkomst bedraagt 150,00 EUR zonder evenwel het bedrag ten laste van de rechthebbende te overschrijden en kan éénmaal per oog worden genoten.

De tussenkomst wordt verleend op voorlegging van een origineel attest (model vastgelegd door het ziekenfonds) of de originele factuur omvattende de identificatie van de rechthebbende, de datum van prestatie, de identificatie van de uitgevoerde lensimplantatie, de identiteit van de oogarts evenals diens handtekening en stempel en het betaalde bedrag.

ARTIKEL 57-J

Het ziekenfonds verleent aan de leden een tussenkomst voor de inentingskosten (aanschaf vaccin) opgelopen in België ten belope van maximaal 25 euro per kalenderjaar en per rechthebbende, zonder evenwel het bedrag ten laste van de rechthebbende te overschrijden.

Voor het vaccin tegen baarmoederhalskanker echter, geldt een tussenkomst van 50 euro per dosis, met dien verstande dat de tussenkomst per rechthebbende zich beperkt tot maximum 150 euro voor 3 doses.

De tussenkomst voor het vaccin tegen baarmoederhalskanker kan gecumuleerd worden met de tussenkomst voor een ander vaccin of andere vaccins.

Onder vaccin dient te worden verstaan: een antigeen preparaat dat als entstof toegediend de preventie van microbiële, virale of parasitaire infecties mogelijk maakt.

De tussenkomst wordt verleend op voorlegging van het BVAC-formulier afgeleverd door de apotheker.

ARTIKEL 57-K t/m Kbis

1. Baarmoederhalskanker

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst in de kostprijs van een uitstrijkje (opsporen van baarmoederhalskanker) bij vergoeding in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De tussenkomst bedraagt 10,00 euro maar wordt beperkt tot het bedrag dat ten laste van de rechthebbende blijft. Ze kan één keer per drie kalenderjaren worden genoten.

De tussenkomst wordt betaald op voorlegging van het originele getuigschrift voor verstrekte hulp waarop de RIZIV-code van de uitgevoerde verstrekking voorkomt.

2. Borstkanker

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst in de kostprijs van een mammografie (opsporen van borstkanker) bij vergoeding in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De tussenkomst bedraagt 10,00 euro maar wordt beperkt tot het bedrag dat ten laste van de rechthebbende blijft. Ze kan één keer per twee kalenderjaren worden genoten.

De tussenkomst wordt betaald op voorlegging van het originele getuigschrift voor verstrekte hulp waarop de RIZIV-code van de uitgevoerde verstrekking voorkomt.

ARTIKEL 57 - L

1.Het ziekenfonds verleent een tegemoetkoming aan de rechthebbende die een behandeling tegen zwaarlijvigheid volgt bij een diëtist dewelke voldoet aan de wettelijke voorwaarden en voor zover de behandeling tegen zwaarlijvigheid werd voorgeschreven door een geneesheer en minstens zes behandelingssessies werden gevolgd.

2.Het ziekenfonds verleent een tegemoetkoming aan de rechthebbende die een behandeling tegen zwaarlijvigheid georganiseerd door Weight Watchers Belgium nv volgt, voor zover de behandeling tegen zwaarlijvigheid werd voorgeschreven door een geneesheer en minstens zes behandelingssessies werden gevolgd

De tussenkomst bedraagt 10,00 euro per sessie zonder evenwel het bedrag ten laste van de rechthebbende te overschrijden. Ze wordt verleend op voorlegging van het voorschrift van de behandelend geneesheer en het behoorlijk ingevulde behandelingsattest (model vastgelegd door het ziekenfonds) omvattende de data van de behandelingssessies, de identiteit van de rechthebbende, het betaalde bedrag per sessie, de stempel en de handtekening van de diëtist of van de vertegenwoordiger van Weight Watchers Belgium nv.

De datum waarop het voorschrift werd opgesteld gaat vooraf aan of is dezelfde als de datum waarop de behandeling tegen zwaarlijvigheid aanvangt.

De tussenkomsten voor alle behandelingen tegen zwaarlijvigheid vermeld in punt 1 en 2 zijn beperkt tot zes behandelingssessies per kalenderjaar en per rechthebbende. Een rechthebbende kan dus in toepassing van dit artikel slechts een tussenkomst van maximum 60 EUR per kalenderjaar genieten.

ARTIKEL 57 - M

Het ziekenfonds verleent een eenmalige tegemoetkoming aan de rechthebbende die een behandeling volgt om een einde te stellen aan een rookverslaving en hiertoe aangewezen is op een erkend therapeutisch hulpmiddel zoals bupropion en/of nicotinevervangende middelen (pleisters, kauwgom).

De eenmalige tegemoetkoming bedraagt 50,00 euro zonder evenwel het bedrag ten laste van de rechthebbende te overschrijden en wordt verleend op voorlegging van het BVAC-formulier afgeleverd door de apotheker.

ARTIKEL 57 - N

Het ziekenfonds verleent een eenmalige tussenkomst voor een logopedische behandeling waarvoor de rechthebbende zijn rechten in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging heeft uitgeput of niet beantwoordt aan één van de voorziene situaties om te genieten van de tenlasteneming door voornoemde verzekering.

De dienst verleent slechts een tussenkomst op voorwaarde dat de rechthebbende over een elektronisch medisch dossier (EMD) beschikt of ingeschreven is in een medisch huis.

Met de term "medisch huis" wordt bedoeld: een zorgverlener of een groep van zorgverleners zoals bedoeld in artikel 32, § 1, tweede lid van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Het elektronisch medisch dossier of de inschrijving in een medisch huis moet open of gerealiseerd en geldig zijn op het ogenblik waarop de verstrekking wordt verleend waarvoor een tussenkomst wordt gevraagd.

De geldigheid van het elektronisch medisch dossier begint op de dag waarop de nomenclatuurcode 101496 of 101511 wordt geattesteerd en duurt tot en met 31 december van het tweede daaropvolgende kalenderjaar dat volgt op de opening van het dossier. Deze geldigheid kan met een jaar worden verlengd indien de nomenclatuurcodes 101533 of 101555 ook geregistreerd zijn in het dossier.

De tussenkomst bedraagt 5,00 euro per zitting, zonder evenwel het bedrag ten laste van de rechthebbende te overschrijden.

Een rechthebbende kan genieten van een tegemoetkoming voor twee zittingen per week en voor een maximumperiode van zes maanden.

Aan eenzelfde rechthebbende kan een tussenkomst worden verleend voor vier periodes van maximaal zes maanden, met dien verstande dat telkenmale een nieuwe aanvraag moet worden ingediend.

1. Pathologiën die in aanmerking komen

De tussenkomst wordt toegekend voor zover de behandeling kan bijdragen tot een verbetering van de stoornissen waaraan de rechthebbende lijdt :

- die taal-, spraak- of stemstoornissen heeft in de receptieve en/of expressieve taalontwikkeling aangetoond door een taaltest voor zover de rechthebbende kan genieten van een tussenkomst van de verplichte ziekteverzekering en voor zover om de behandeling wordt verzocht binnen zes maanden volgend op het einde van genoemde behandeling ;
- specifieke ontwikkelingsstoornissen aangetoond door tests op het gebied van rekenen, schriftelijke expressie en/of lezen voor zover de rechthebbende kan genieten van een tussenkomst van de verplichte ziekteverzekering en voor zover om de behandeling wordt verzocht binnen zes maanden volgend op het einde van genoemde behandeling ;
- eenvoudige spraakstoornissen zoals sigmatisme, rhotacisme, lambdacisme, capacisme, broddelen en bradylalie vanaf de derde kleuterklas;
- veelvuldige functionele spraakstoornissen in het raam van een orthodontische behandeling voor zover de rechthebbende kan genieten van een tussenkomst van de verplichte ziekteverzekering en voor zover om de behandeling wordt verzocht binnen zes maanden volgend op het einde van genoemde behandeling.

2. Uitgesloten pathologiën

- secundaire stoornissen ten gevolge van psychiatrische aandoeningen of emotionele toestanden, van relatieproblemen, van een verwaarloosd of gebrekkig schoolbezoek (bijvoorbeeld wegens ziekte), van het aanleren van een andere taal dan de moedertaal of van een veeltalige opvoeding;
- stemstoornissen zoals acute functionele afonie of dysfonie;
- stemwisselingsstoornissen.

De tegemoetkoming wordt beslist na advies van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds op basis van een dossier omvattende het gemotiveerde logopedische verslag en het voorschrift opgesteld door de geneesheer-specialist. De tegemoetkoming voor de logopedische behandeling wordt verleend op voorlegging van een formulier (model vastgelegd door het ziekenfonds) omvattende de data van prestatie, de identiteit van de rechthebbende, het betaalde bedrag en de stempel en handtekening van de zorgverstreker.

ARTIKEL 57 - O

Het ziekenfonds organiseert een dienst "Kinderen en dure chronische ziekten".

De dienst heeft tot doel tussen te komen, onder de hierna bepaalde voorwaarden, in de kosten aangaande de medische behandeling van de rechthebbende die lijdt aan een ernstige ziekte.

Deze kosten betreffen de werkelijke kosten die ten laste blijven van de rechthebbende, aangaande verstrekkingen gedekt door de dienst, na aftrek van alle mogelijke legale tussenkomsten en die hoger liggen dan de voorziene franchise.

De dienst verleent slechts tussenkomsten op voorwaarde dat het kind over een elektronisch medisch dossier (EMD) beschikt of ingeschreven is in een medisch huis beschikt of ingeschreven is in een medisch huis.

Met de term "medisch huis" wordt bedoeld: een zorgverlener of een groep van zorgverleners zoals bedoeld in artikel 32, § 1, tweede lid van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Het elektronisch medisch dossier of de inschrijving in een medisch huis moet open of gerealiseerd en geldig zijn op het ogenblik waarop de verstrekking wordt verleend waarvoor een tussenkomst wordt gevraagd.

De geldigheid van het elektronisch medisch dossier begint op de dag waarop de nomenclatuurcode 101496 of 101511 wordt geattesteerd en duurt tot en met 31 december van het tweede daaropvolgende kalenderjaar dat volgt op de opening van het dossier. Deze geldigheid kan met een jaar worden verlengd indien de nomenclatuurcodes 101533 of 101555 ook geregistreerd zijn in het dossier.

1. Definities

1.1. De dienst:

De dienst "Kinderen en dure chronische ziekten" wordt in deze statuten aangeduid met de woorden "de dienst".

1.2. Het lid:

Met lid wordt bedoeld het lid van het ziekenfonds.

1.3. Rechthebbende:

Onder rechthebbende dient men te verstaan het kind, lid van het ziekenfonds, voor wie de tussenkomst wordt toegekend.

Het kind dient:

- ofwel persoon ten laste te zijn van het lid, volgens de regels van lidmaatschap van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- ofwel gerechtigde, ingeschreven in het Rijksregister, bedoeld in artikel 32, 13° of 15° of 20 ° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, en in regel te zijn met de bijdragen van de aanvullende verzekering;
- jonger dan 19 jaar te zijn;
- te lijden aan een ernstige ziekte zoals beschreven onder punt 1.5.

1.4. Aanvrager opening van het dossier:

De aanvrager van de opening van het dossier, vereist bij punt 2 van onderhavige statuten, is het lid, houder van de lidkaart waarop de rechthebbende staat ingeschreven als persoon ten laste.

Indien de rechthebbende echter een minderjarige gerechtigde is van een lidkaart, is de aanvrager van de opening van het dossier zijn wettelijke vertegenwoordiger.

De aanvrager van de opening van het dossier wordt in deze statuten aangeduid met de woorden "de aanvrager".

1.5. Ernstige ziekte:

De ernstige ziekte bedoeld door de dienst is een chronische, mogelijk invaliderende ziekte, die een constante verzorging vergt om te genezen, eventuele complicaties te vermijden of de evolutie ervan af te remmen.

1.6. Franchise:

De franchise is een bedrag dat moet bereikt worden alvorens te kunnen genieten van de vergoeding van de dienst; dit bedrag wordt vastgesteld op 650,00 euro per kalenderjaar en voor het geheel van de rechthebbenden die wonen onder één dak.

1.7. Plafond:

Het plafond is het maximale bedrag van de tegemoetkoming per periode van 12 maanden en per verzekerde; dit bedrag wordt vastgesteld op 5.000,00 euro

1.8. Wettelijke tussenkomst:

Elke terugbetaling ontvangen krachtens de Belgische / of buitenlandse wetgeving inzake de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen (met inbegrip van de wet aangaande de maximumfactuur).

1.9. Prothese en orthese:

De prothese is een toestel dat een lidmaat of een orgaan volledig of gedeeltelijk vervangt. De orthese is een toestel dat bestemd is om een deficiënte functie te ondersteunen.

1.10. Speciale voeding:

De speciale voeding is samengesteld uit producten van parenterale of enterale voeding, aangepast aan de pathologie van de rechthebbende en medisch noodzakelijk.

1.11 Klein medisch en verzorgingsmaterieel:

Het klein medisch en verzorgingsmaterieel is samengesteld uit al het medisch noodzakelijke materieel dat wordt aangewend voor een verband, zwachtel, gipsverband, inhalatie, infuus, inspuiting, urinaire sonde,...

1.12. Zwaar medisch materiaal:

Zwaar medisch materiaal omvat de toestellen medisch noodzakelijk voor de behandeling en verplaatsing van de rechthebbende. Maken hiervan geen deel uit, het beddengoed en de specifieke inrichtingskosten voor een lokaal.

1.13. Verplegingsinrichting:

Wordt beschouwd als verplegingsinrichting, elke instelling erkend door het RIZIV als algemeen ziekenhuis, psychiatrisch ziekenhuis, revalidatiecentrum of medisch-pediatriesch centrum evenals elke instelling als zodanig erkend door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid.

Worden uitgesloten, alle andere instellingen of instituten zoals onder andere de centra voor vakantieverblijf of herstel en dit ongeacht de bepalingen van artikel 60 quinquies van onderhavige statuten die toegang geven tot een tegemoetkoming in de herstelkosten.

1.14. Ziekenhuisopname:

Wordt beschouwd als ziekenhuisopname, elk medisch noodzakelijk verblijf waarvoor minstens één nacht werd aangerekend door de verplegingsinrichting bedoeld in punt 1.14., evenals elk medisch noodzakelijk dagverblijf tijdens hetwelk een ziekenhuisforfait 'chirurgisch dagziekenhuis' (dienst 320), een miniforfait (dienst 720), een maxiforfait (dienst 730), of een groepsforfait 1,2,3,4,5, 6 of 7 (dienst 840) of een forfait chronische pijn 1, 2 of 3 (dienst 840) wordt gefactureerd.

1.15. De adviserend geneesheer van het ziekenfonds :

Hij heeft de volgende verantwoordelijkheden:

- advies uitbrengen over de aanvragen tot opening van een dossier voor de dienst ;
- advies uitbrengen over de medische noodzaak van een verstrekking met betrekking tot de ernstige ziekte waaraan het kind lijdt ;
- zijn toestemming verlenen aangaande elk voorafgaand verzoek tot tenlastename van de kosten met betrekking tot een ziekenhuisopname, verzorging of geneesmiddelen in het buitenland.

1.16. Gezin:

Onder gezin wordt verstaan degenen die onder eenzelfde dak wonen.

1.17. Bijzonder Solidariteitsfonds

Onder 'Bijzonder Solidariteitsfonds' wordt verstaan, het Bijzonder Solidariteitsfonds bedoeld in artikel 25 van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

2. Voorwaarden tot opening van het dossier

Om toegang te hebben tot de dienst, dient de aanvrager, bij de sociale dienst van het ziekenfonds, een aanvraag tot opening van een dossier ten voordele van de rechthebbende in te vullen. Deze aanvraag gebeurt aan de hand van het ad hoc formulier.

De opening van het dossier is beperkt tot de verzekerden jonger dan 19 jaar, volgens de voorwaarden voorzien bij punt 2.3.

De opening van het dossier geeft aanleiding tot het aanleggen van een dossier per rechthebbende, dat zal voorgelegd worden aan de adviserend geneesheer.

3. Inwerkingtreding en duur van de dekking

Het dossier treedt in werking vanaf de 90e dag voorafgaand aan de datum van aanvraag tot opening van het dossier, bevestigd door het voorziene formulier en het geneeskundige getuigschrift. De dienst moet het geneeskundige getuigschrift ontvangen binnen zes maanden vanaf de datum waarop de opening van het dossier is aangevraagd. Wordt het geneeskundige getuigschrift na de hierboven vermelde termijn ingediend, dan treedt het dossier in werking op de ontvangstdatum van het geneeskundige getuigschrift.

De datum van inwerkingtreding mag niet voorafgaan aan de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van de aansluitingsvraag bij het ziekenfonds. Bij mutatie treedt het dossier ten vroegste op de mutatiedag in werking.

De verstrekkingen ten voordele van een rechthebbende, uitgevoerd vóór de datum van inwerkingtreding van het dossier bij de dienst, mogen in geen geval geboekt worden, noch om de franchise samen te stellen, noch om ze te vergoeden. De opening van het dossier bij de dienst is verworven voor onbepaalde duur. De tussenkomst van de dienst wordt echter rechtens beëindigd :

- de dag waarop de rechthebbende 19 jaar wordt;
- de dag van het overlijden van de rechthebbende;
- de dag waarop de rechthebbende zijn woonplaats vestigt buiten België (dit punt is niet van toepassing voor de grensarbeiders);
- de dag waarop de rechthebbende niet langer wettelijk persoon ten laste is van een gerechtigde, lid van het ziekenfonds, of zich aansluit in de hoedanigheid van gerechtigde bij een ander ziekenfonds;
- de dag waarop de gerechtigde van de lidkaart van het ziekenfonds waarop de rechthebbende wettelijk is ingeschreven als persoon ten laste, zich als gerechtigde aansluit bij een ander ziekenfonds.

Wanneer het dossier ten einde loopt, stopt de dienst elke uitwerking. Evenwel en inzake de lopende verstrekkingen, is de dekking verworven tot de laatste dag van aansluiting.

4. Verplichtingen van de aanvrager

4.1. Administratieve formaliteiten:

De aanvrager verbindt zich ertoe, in de mate van het mogelijke een beroep te doen op de mutualistische diensten die ter beschikking worden gesteld en/of aangeraden worden door de sociaal assistent van het ziekenfonds.

De aanvrager is verplicht de dienst op de hoogte te brengen van elke wijziging van woonplaats van de rechthebbende en dit binnen vijftien dagen, aan de hand van het gepaste formulier, zoniet zal elke kennisgeving rechtsgeldig gebeuren op de door de dienst laatstgekende woonplaats.

De aanvrager verbindt zich ertoe maandelijks aan de dienst, in bijlage van het vergoedingsformulier, enkel de originele facturen voor te leggen in verband met de kosten waarvan sprake onder punt 6, waarvoor hij geen enkele andere terugbetaling kan genieten. Bij gebrek hieraan, zal de dienst niet tussenkomen.

Bovendien verbindt de aanvrager zich ertoe de dienst onmiddellijk schriftelijk in kennis te stellen van het bestaan van een andere dekking in verband met het voorwerp van de dienst, en dit vanaf de dag van de opening van het dossier tot de afsluiting ervan. Elk verzuim van deze verplichting zal beschouwd worden als bedrog en bestraft worden zoals voorzien in punt 10.

4.2. Medische formaliteiten :

De aanvrager verbindt zich ertoe de adviserend geneesheer in kennis te stellen van de inlichtingen die hij hem vraagt in verband met de ernstige ziekte waaraan de rechthebbende lijdt of met de verstrekkingen die hij heeft genoten. Bij gebrek zal de dienst niet tussenkomen.

5. Samenstelling van de franchise

De franchise is samengesteld uit de kosten gedekt door de dienst die ten laste blijven van de rechthebbende, na uitputting van elke mogelijke vorm van wettelijke tussenkomst.

De kosten ten laste van de rechthebbende die niet gedekt worden door de dienst, mogen niet geboekt worden in de franchise.

De samenstelling van de franchise zal uitsluitend gebeuren op basis van de verstrekkingen uitgevoerd ten voordele van de rechthebbende, ten vroegste vanaf de datum van inwerkingtreding van het dossier bij de dienst en dit voor zover de voorwaarden voorzien in punt 1.3 zijn vervuld.

Het bedrag van deze franchise van 650,00 euro blijft dus altijd ten laste van het gezin.

Behoudens deze franchise en rekening houdend met het plafond, en op voorwaarde dat de kosten gedekt zijn door de dienst, komt deze laatste tussen in functie van de voorwaarden beschreven in punt 6.

Evenwel vanaf het ogenblik dat het lid geniet van een terugbetaling in het kader van de Maximumfactuur komt de dienst niet meer tussen voor de prestaties voorzien in de wet op de Maximumfactuur.

6. Berekening van de tussenkomst

De tussenkomst van de dienst is onderworpen aan de overschrijding van de franchise vastgelegd in punt 1.6. Zij is gelijk aan het bedrag van de werkelijk opgelopen kosten, verminderd met het bedrag van de wettelijke en extralegale tussenkomsten waarop de rechthebbende aanspraak kan maken voor de kosten te zijnen laste bovenop de franchise en dit binnen de grenzen van wat volgt en voor zover er wetenschappelijke erkenning is voor de effectiviteit van de behandelingen.

De tussenkomst van de dienst wordt slechts toegekend voor de geneeskundige verstrekkingen die niet in aanmerking kunnen komen voor een tussenkomst in het kader van het Bijzonder Solidariteitsfonds.

6.1. Voor de ziekenhuisopnamen voorzien in punt 1.15 van onderhavige statuten, worden de volgende kosten terugbetaald :

6.1.1. De verblijfkosten in het ziekenhuis (wettelijke aandelen en supplementen), ongeacht het type van kamer, ten belope van een bedrag van maximum 65,00 euro per dag ziekenhuisopname. Het forfait daghospitaal ten belope van een bedrag van maximum 65,00 euro per aangerekend forfait.

6.1.2. De kosten van het verblijf in revalidatiecentra en in medisch-pediatische centra, ten belope van maximum het wettelijke aandeel ten laste van het lid.

6.1.3. Een forfait bedrag van 12,00 euro per dag hospitalisatie van de rechthebbende en op voorlegging van de factuur maar beperkt tot het bedrag dat ten laste van de rechthebbende

blijft Dit forfait is bestemd ter dekking van de diverse kosten die voortvloeien uit de hospitalisatie van het kind.

- 6.1.4. De kosten voor medische honoraria in verband met verstrekkingen vermeld in de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen, ten belope van maximum eenmaal het bedrag van de tegemoetkoming voorzien in de wet verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkoming, onder voorbehoud van de toepassing van het geldende akkoord geneesheren-ziekenfondsen, begrensd tot een deontologisch aanvaardbaar bedrag;
 - 6.1.5. De medisch noodzakelijke tandheelkundige en paramedische verstrekkingen met tegemoetkoming wet verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, ten belope van het wettelijke remgeld ten laste van de rechthebbende.
 - 6.1.6. De geneesmiddelen (dagforfait en categorieën B, C, D) afgeleverd door een ziekenhuisapothek, ten belope van het wettelijk remgeld ten laste van de rechthebbende of ten belope van maximum het bedrag vastgelegd in het Belgisch farmaceutisch tarief.
 - 6.1.7. De medische verstrekkingen die geen voorwerp uitmaken van een tegemoetkoming in het kader van de wet verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, ten belope van een bedrag vastgelegd door de adviserend geneesheer, naar analogie met de verstrekkingen voorzien in de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen.
 - 6.1.8. Het medisch noodzakelijk klein verzorgingsmateriaal, tegemoetkoming in het kader van de wet verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, ten belope van het remgeld ten laste van de rechthebbende of ten belope van een bedrag vastgelegd door de geneesheer-raadgever in overeenstemming met de verstrekkingen voorzien in de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen.
 - 6.1.9. De prothesen, implantaten en orthesen, met of zonder tegemoetkoming in het kader van de wet verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, afgeleverd door een ziekenhuisapothek, ten belope van het wettelijk remgeld ten laste van de rechthebbende of ten belope van het bedrag vastgelegd door de adviserend geneesheer in naar analogie met de verstrekkingen voorzien in de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen.
- 6.2. Voor de ambulante verstrekkingen, worden de volgende kosten terugbetaald:
- 6.2.1. De kosten van medische, tandheelkundige en paramedische (verpleegsters, kinesistherapeuten, logopedisten, gehoorprothesisten, opticiens, orthodontisten, orthopedisten en bandagisten) verstrekkingen vermeld in de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen met tegemoetkoming in het kader van de wet verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, ten belope van het wettelijk remgeld.
 - 6.2.2. De kosten van geneesmiddelen, met of zonder tegemoetkoming in het kader van de wet verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, afgeleverd door een voor het publiek toegankelijke apothek, ten belope van het wettelijke remgeld ten laste van de rechthebbende of ten belope van maximum het bedrag vastgelegd in het Belgisch farmaceutisch tarief.
 - 6.2.3. De kosten van medische of paramedische (verpleegsters, kinesistherapeuten, logopedisten, psychotherapeuten, gehoorprothesisten, opticiens, orthodontisten, orthopedisten en bandagisten) verstrekkingen, zonder tegemoetkoming in het kader van de wet verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, ten belope van het bedrag vastgelegd door de adviserend geneesheer naar analogie met de verstrekkingen voorzien in de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen.
 - 6.2.4. Het medisch noodzakelijke klein verzorgingsmaterieel en het zwaar medisch materiaal, ten belope van het bedrag vastgelegd door de adviserend geneesheer naar analogie met de verstrekkingen voorzien in de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen.
 - 6.2.5. De kosten voor de medisch noodzakelijke speciale voeding, ten belope van de werkelijke kosten ten laste van de rechthebbende, waarvan de dienst het forfaitair bedrag zal aftrekken dat overeenstemt met de kostprijs voor normale voeding, zoals vastgelegd door het College van Geneesheren-Directeurs in het kader van de aanvragen voor tegemoetkoming vanwege het Bijzonder Solidariteitsfonds.

6.2.6. De vervoerskosten van de rechthebbende van zijn woonplaats naar de plaats van medische of paramedische raadpleging, ambulante dialyse of ambulante chemotherapie en omgekeerd.

Onder aftrek van iedere wettelijke of extrawettelijke tussenkomst wordt bij vervoer per ziekenwagen, taxi of openbaar vervoer de werkelijke kost terugbetaald op voorlegging van de originele factuur en het formulier voorzien door de dienst, behoorlijk ingevuld door de zorgverstreker.

Onder aftrek van iedere wettelijke of extrawettelijke tussenkomst wordt bij vervoer met het persoonlijk voertuig een forfait van 0,25 euro per kilometer toegekend op voorlegging van het formulier voorzien door de dienst, behoorlijk ingevuld door de zorgverstreker.

6.3. Voor de ziekenhuisopnamen, de geneesmiddelen en de verzorging in het buitenland, kan de dienst tussenkomen ten belope van de voorziene of gelijkgestelde bedragen voor verstrekkingen voorzien in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen onder de volgende cumulatieve voorwaarden :

6.3.1. zij mogen niet kunnen uitgevoerd worden in België

6.3.2. zij moeten onontbeerlijk zijn voor de behandeling van de ernstige ziekte

6.3.3. dat zij zijn voorgeschreven door een arts met praktijk in België

6.3.4. en zij moeten het voorwerp uitmaken van een voorafgaand akkoord van de adviserend geneesheer.

Indien er geen voorafgaand akkoord is, zal de dienst niet tussenkomen.

7. Uitsluitingen

De dienst heeft het recht de aangiften en de antwoorden op het verzoek om inlichtingen te controleren.

Zijn uitgesloten, de kosten in verband met de verstrekkingen vermeld in punt 6. die niet zouden voldoen aan de voorwaarden vermeld in punt 1. 2. en 1.3.

Zijn eveneens uitgesloten van de tussenkomst van de dienst, de kosten in verband met de verstrekkingen die niet vermeld zijn in punt 6.

Tot slot behoudt de dienst zich het recht voor, op advies van de adviserend geneesheer, geen verstrekkingen te vergoeden vermeld in punt 6, die niet zouden gerechtvaardigd zijn door de gezondheidstoestand van het zieke kind zoals gedefinieerd onder punt 1.5..

8. Betaling van de vergoedingen

De dienst voert maandelijks de door onderhavige statuten voorziene storting van de vergoedingen uit aan de rechthebbende op de tijdens de opening van het dossier door de aanvrager aangeduide rekening.

Elke wijziging van financiële rekening zal enkel gebeuren op basis van het ad hoc formulier door de aanvrager gericht aan de dienst.

9. Subrogatie

Wanneer het ziekenfonds tussenkomt of ertoe gehouden is tussen te komen in het kader van onderhavige dienst, treedt op in alle rechten en rechtsvorderingen van de rechthebbende tegen derden in geval van betwisting.

Bijgevolg kan de rechthebbende of zijn wettelijke vertegenwoordiger niet afzien van een beroep zonder het voorafgaandelijk schriftelijk akkoord van de dienst. Hij verbindt zich ertoe deze subrogatie te hernieuwen op verzoek van de dienst. Het ziekenfonds beschikt dan in elk geval over de

mogelijkheid te oordelen over de opportuniteit om een gerechtsgeding in te stellen en over de gevolgen die hieraan dienen gegeven te worden.

10. Verbreking - sanctie

De dienst behoudt zich het recht voor het dossier van een rechthebbende op te zeggen en de terugbetaling te eisen van de ten onrechte toegekende verstrekkingen, in geval van bedrog of poging tot bedrog, evenals in het geval van niet-betaling van de bijdrage voor de aanvullende verzekering.

De dienst behoudt zich het recht voor om de terugbetaling te eisen van uitkeringen die ten onrechte werden toegekend.

Het verzuim van aangifte van een wijziging van woonplaats buiten België binnen vijftien dagen, zal aanleiding geven tot de onmiddellijke stopzetting van de dienst zoals voorzien in punt 3.c en tot de terugbetaling van de door de dienst gestorte sommen voor de gedane verstrekkingen vanaf de daadwerkelijke verhuisdatum.

11. Betwistingen - geschillen

Enkel de adviserend geneesheer is gemachtigd de verantwoordelijkheden uit te oefenen vermeld onder punt 1.16.

Ingeval van geschil, zijn alleen de rechtbanken van Brussel bevoegd.

12. Administratieve bepalingen

De woonplaats van de partijen wordt van rechtswege gekozen:

- die van de dienst op de zetel van het ziekenfonds, Zuidstraat 111 te 1000 Brussel
- die van de rechthebbende, op het laatste door de dienst officieel gekende adres
- die van de verzekerde, op het laatste door de dienst officieel gekende adres

13. Verjaring

Conform artikel 48bis van de wet op de ziekenfondsen verjaart de vordering tot betaling twee jaar nadat zich de gebeurtenis heeft voorgedaan die aanleiding kan geven tot uitkering van een voordeel.

ARTIKEL 57 - P

Het ziekenfonds verleent een tegemoetkoming in de kostprijs voor een kankeronderzoek van de darm en de prostaat, uitgevoerd in een erkende dienst voor het opsporen van kanker.

De tegemoetkoming is vastgesteld op 10,00 euro zonder het bedrag te overschrijden dat ten laste blijft van de rechthebbende.

Vornoemde tussenkomst zal eenmaal per jaar worden uitgekeerd.

De tussenkomst wordt verleend op voorlegging van de volledig ingevulde verklaring (model vastgelegd door het ziekenfonds) omvattende de datum van de verstrekking, de RIZIV-code van de uitgevoerde verstrekking, de identiteit van de rechthebbende, het betaalde bedrag evenals de stempel en de handtekening van de geneesheer.

ARTIKEL 57 – Q

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst in het deel van de honoraria voor de acupunctuurbehandeling die niet krachtens een andere wetgeving ten laste genomen wordt, uitgevoerd door een door het ziekenfonds erkende acupuncturist dewelke de hoedanigheid van geneesheer heeft. De lijst van deze verstrekkers is vermeld in de bijlagen van onderhavige statuten.

De tussenkomst bedraagt 12,50 euro of is gelijk aan het bedrag dat ten laste van de patiënt blijft indien dat minder dan 12,50 euro beloopt.

De tegemoetkoming voor alle behandelingen inzake osteopathie, chiropraxie en acupunctuur samen is beperkt tot maximum 62,50 euro per kalenderjaar en per rechthebbende (5 zittingen van 12,50 euro).

De tussenkomsten voor acupunctuur worden alleen verleend op vertoon van de originele kwijting die de acupuncturist na elke behandeling behoorlijk invult. Hierop moeten voorkomen de identiteit van de patiënt, de behandelingsdatum, de identiteit van de verstrekker evenals diens handtekening en stempel en het betaalde bedrag.

ARTIKEL 57 – R

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst in de kosten (exclusief de laboratoriumkosten) verbonden aan ofwel in-vitrofertilisatie (IVF) ofwel verbonden aan intra cytoplasmatische sperma injectie (ICSI), uitgevoerd in één van de hiertoe erkende centra in België, die niet krachtens een andere wetgeving ten laste genomen worden.

De tussenkomsten inzake IVF en ICSI kunnen niet cumulatief genoten worden. Het genot van het ene sluit een ulterieur genot van het andere uit.

De eenmalige tussenkomst voor een IVF behandeling bedraagt 500,00 euro zonder evenwel het bedrag ten laste van de rechthebbende te overtreffen.

De eenmalige tussenkomst voor een ICSI behandeling bedraagt 700,00 euro zonder evenwel het bedrag ten laste van de rechthebbende te overtreffen.

De tegemoetkoming wordt enkel verleend voor zover een volledige IVF- of ICSI-behandeling werd afgerond in een hiertoe erkend centrum.

De tussenkomst wordt verleend op voorlegging van een verklaring (model vastgelegd door het ziekenfonds) omvattende: de identificatie van de rechthebbende, het bedrag ten laste van de patiënt, de naam en handtekening van de verantwoordelijke van het door de overheid erkende centrum.

ARTIKEL 57 – S en Sbis

1. Anticonceptiemiddelen

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst in de kostprijs van anticonceptie onder de vorm van de pil, contraceptieve inspuiting, contraceptief implant, pilpleister, vaginale ring en het spiraal.

Onder de pil, contraceptieve inspuiting, contraceptief implant, pilpleister, vaginale ring en het spiraal worden verstaan anticonceptieve middelen als dusdanig erkend en geregistreerd door de Belgische overheid.

De driemaandelijkse tussenkomst voor de pil en de contraceptieve inspuiting bedraagt maximaal 10,00 euro zonder het bedrag ten laste van de rechthebbende te overschrijden.

De driemaandelijkse tussenkomst voor vaginale ring en pilpleister bedraagt maximaal 10,00 euro zonder het bedrag ten laste van de rechthebbende te overschrijden.

De driejaarlijkse tussenkomst voor het spiraal en het contraceptief inplant bedraagt maximaal 120,00 euro zonder het bedrag ten laste van de rechthebbende te overschrijden.

De tussenkomst wordt verleend op voorlegging van het BVAC-formulier afgeleverd door de apotheker.

2. Morning-afterpil

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst in de kostprijs voor een morning-afterpil.

Onder morning-afterpil wordt verstaan een als dusdanig erkend middel geregistreerd door de Belgisch overheid.

De tussenkomst bedraagt maximum 10,00 euro per eenheid en 40,00 euro per kalenderjaar, zonder het bedrag ten laste van de rechthebbende te overschrijden.

De tussenkomst wordt verleend op voorlegging van het BVAC-formulier afgeleverd door de apotheker.

ARTIKEL 57 - T

Het ziekenfonds komt tussen in de kosten voor het preventief onderzoek naar osteoporose via botdensitometrie.

De tussenkomst kan om de vijf jaar genoten worden. Zij bedraagt 20,00 euro zonder evenwel het bedrag ten laste van de rechthebbende te overschrijden.

De botdensitometrie dient minimum op twee plaatsen van het lichaam te worden uitgevoerd en de rechthebbende moet behoren tot één van de volgende risicogroepen :

Groep 1

Hypogonadismen : menopauze in het raam van een hormonale substitutietherapie; Hypogonadisme bij de man.

Groep 2

Risico op snel botverlies;
Secundaire amenorrhea van meer dan zes maanden;
Ziekte van Cushing;
Behandeling met corticoïden gedurende meer dan zes maanden;
Orgaantransplantatie;
Primaire hyperparatyroïde;
Nierinsufficiëntie onder chronische dialyse met primaire hyperparathyroïde.

Groep 3

Chronische aandoeningen gedurende de botgroei.

Het behoren tot de voormelde risicogroepen dient geattesteerd door de specialist die de botdensitometrie uitvoerde (zijnde een radioloog, een reumatoloog, een internist, een specialist nucleaire geneeskunde of een specialist in de röntgendiagnose).

De tussenkomst wordt verleend op voorlegging van een origineel attest (model vastgelegd door het ziekenfonds) omvattende de identificatie van de rechthebbende, de datum van prestatie, de verklaring dat de rechthebbende behoort tot één van de hierboven gedefinieerde risicogroepen, het betaalde bedrag en de handtekening en stempel van de geneesheer-specialist.

ARTIKEL 57 – U

Het ziekenfonds verleent een tegemoetkoming aan de rechthebbende die een behandeling psychotherapie volgt bij een licentiaat in de psychologie die geregistreerd is bij de Psychologencommissie. De lijst van deze verstrekkers is vermeld in de bijlagen van onderhavige statuten.

De tussenkomst bedraagt 20,00 euro per zitting zonder evenwel het bedrag ten laste van de rechthebbende te overschrijden en wordt verleend op voorlegging van het behoorlijk ingevulde behandelingsattest (model vastgelegd door het ziekenfonds) of van de originele kwijting omvattende de datum van de behandelingszitting, de identiteit van de rechthebbende, het betaalde bedrag, de stempel en de handtekening van de licentiaat in de psychologie.

De tussenkomst is beperkt tot acht behandelingszittingen per kalenderjaar en per rechthebbende.

De beperking tot acht behandelingszittingen per kalenderjaar en per rechthebbende is niet van toepassing bij behandelingen verstrekt in de Medische Centra César De Paepe vzw of de Medische Centra César De Paepe vzw/Centres Médicaux César De Paepe asbl.

ARTIKEL 57 – Ubis

Het ziekenfonds verleent een eenmalige tussenkomst aan de rechthebbende die een cognitieve gedragstherapie in groepsverband volgt bij in- en doorslaapproblemen. De behandeling in groepsbegeleiding omvat minimaal zes sessies en wordt gevolgd in een slaapcentrum verbonden aan een ziekenhuis.

De tussenkomst voor de behandeling bedraagt 100 EUR zonder evenwel het bedrag ten laste van de rechthebbende te overschrijden en wordt verleend op voorlegging van het behoorlijk ingevulde behandelingsattest (model vastgelegd door het ziekenfonds) of van een originele kwijting van het centrum voor slaaptherapie omvattende de data van de sessies, de identiteit van de rechthebbende, het betaalde bedrag, de stempel en de handtekening van de behandelende verstrekker.

ARTIKEL 57 – V

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst in de kostprijs van een schoonheidsbehandeling voor kankerpatiënten verstrekt door een schoonheidsspecialist die een opleiding volgde waarvan het diploma wordt afgeleverd of gehomologeerd door de onderwijsadministratie van een van de gewesten, hetzij afstudeerde als certified 'kanker' beauty professional, hetzij als certified 'kanker' hair professional, georganiseerd door het Institute for Professional Care vzw en als dusdanig een erkenning heeft van de voornoemde vzw. De lijst van deze verstrekkers is vermeld in de bijlagen van onderhavige statuten.

De tussenkomst bedraagt 20,00 euro per zitting zonder evenwel het bedrag ten laste van de rechthebbende te overschrijden en wordt verleend op voorlegging van het behoorlijk ingevulde behandelingsattest (model vastgelegd door het ziekenfonds) of van de originele kwijting omvattende de datum van de behandelingszitting, de identiteit van de rechthebbende, het betaalde bedrag, de identificatie en de handtekening van de verstrekker.

De tussenkomst is beperkt tot acht behandelingen per kalenderjaar en per rechthebbende.

ARTIKEL 57 – W

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst in de kosten van farmaceutische specialiteiten voor de leden die lijden aan de ziekte van Alzheimer.

De farmaceutische specialiteit dient hernomen te zijn onder de paragraaf 223, 288, of 468 van het hoofdstuk IV 'farmaceutische specialiteiten' van het koninklijk besluit van 21 december 2001.

De tussenkomst is gelijk aan het wettelijk remgeld zonder het bedrag te overschrijden dat ten laste blijft van de rechthebbende.

De tussenkomst wordt verstrekt op voorlegging ofwel van het BVAC-atteest ofwel van het document 'bijlage 30' zoals voorzien in de verordening van geneeskundige verzorging van 28 juli 2003.

ARTIKEL 57 - Z

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst in de kosten voor ambulante zorgen aan de leden tot en met zeventien jaar oud die beschikken over een elektronisch medisch dossier (EMD) of ingeschreven zijn in een medisch huis.

Met de term "medisch huis" wordt bedoeld: een zorgverlener of een groep van zorgverleners zoals bedoeld in artikel 32, § 1, tweede lid van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De tussenkomst is gelijk aan het wettelijke remgeld verschuldigd voor de hiernavolgende vermelde verstrekkingen uit de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, of voor de hierna vermelde geneesmiddelen, voor zover dit wettelijke remgeld niet ten laste wordt genomen door een andere wetgeving en zonder het bedrag ten laste van de rechthebbende te overschrijden.

Het elektronisch medisch dossier of de inschrijving in een medisch huis dient geopend of gerealiseerd en geldig te zijn op het ogenblik van de prestatie waarvoor een tussenkomst wordt gevraagd.

De geldigheid van het elektronisch medisch dossier loopt vanaf de dag waarop de nomenclatuurcode 101496 of 101511 wordt geattesteerd en duurt tot en met 31 december van het tweede daaropvolgende kalenderjaar dat volgt op de opening van het dossier. Deze geldigheid kan met een jaar worden verlengd indien de nomenclatuurcodes 101533 of 101555 ook geregistreerd zijn in het dossier.

Volgende ambulante zorgen en geneesmiddelen worden vergoed:

- verstrekkingen uitgevoerd door een geneeskundige zoals bepaald in artikel 2 van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- verstrekkingen uitgevoerd door een kinesitherapeut(e) zoals bepaald in artikel 7 van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- verstrekkingen uitgevoerd door een verpleegkundige zoals bepaald in artikel 8 van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.
- verstrekkingen uitgevoerd door een logopedist zoals bepaald in artikel 36 van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.
- generische geneesmiddelen voorgeschreven door een arts, tot een maximumbedrag van 100 EUR per kalenderjaar.

De ambulante zorgen verstrekt tijdens een daghospitalisatie (diensten 720, 730, 750), een verblijf in een gipskamer (dienst 710) worden niet vergoed evenals de ambulante zorgen verstrekt in een dienst 320 (chirurgisch ziekenhuisforfait), in een dienst 840 (forfait van groep 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7) of wanneer de ambulante zorg behoort tot een forfait voor chronische pijn van groep 1, 2, 3.

De tussenkomst wordt betaald op voorlegging van het originele getuigschrift voor verstrekte hulp of van het originele BVAC-formulier (geneesmiddelen).

ARTIKEL 57 - Zbis

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst in de kosten voor zorgen aan de leden van achttien jaar en ouder die over een elektronisch medisch dossier (EMD) beschikken of ingeschreven zijn in een medisch huis.

Met de term "medisch huis" wordt bedoeld: een zorgverlener of een groep van zorgverleners zoals bedoeld in artikel 32, § 1, tweede lid van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De tussenkomst is onder aftrek van de hierna vermelde vrijstelling gelijk aan het wettelijke remgeld verschuldigd voor de hiernavolgende vermelde verstrekkingen uit de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, voor zover dit wettelijke remgeld niet ten laste wordt genomen door een andere wetgeving en zonder het bedrag ten laste van de rechthebbende te overschrijden.

Een jaarlijkse vrijstelling van 50 euro wordt toegepast. Deze vrijstelling wordt toegepast per kalenderjaar en per rechthebbende.

Het elektronisch medisch dossier of de inschrijving in een medisch huis dient geopend of gerealiseerd en geldig te zijn op het ogenblik van de prestatie waarvoor een tussenkomst wordt gevraagd.

De geldigheid van het elektronisch medisch dossier loopt vanaf de dag waarop de nomenclatuurcode 101496 of 101511 wordt geattesteerd en duurt tot en met 31 december van het tweede daaropvolgende kalenderjaar dat volgt op de opening van het dossier. Deze geldigheid kan met een jaar worden verlengd indien de nomenclatuurcodes 101533 of 101555 ook geregistreerd zijn in het dossier.

Volgende zorgen worden vergoed:

- de raadpleging van een algemeen geneeskundige (codes 101010, 101032, 101054, 101076, 102410, 102432, 102454, 102476 van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen);
- bezoek door een huisarts voor de rechthebbende van 75 jaar en ouder die niet verblijft in een rusthuis, een rust- en verzorgingstehuis, een instelling voor kortverblijf;
- de raadpleging van een gynaecoloog;
- de raadpleging van een oogarts.
- de perinatale kinesitherapie (codes 561595, 561610, 561632, 561654, 561676, 561713, 561702 en 564550 van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen).
- verstrekkingen uitgevoerd door een logopedist zoals bepaald in artikel 36 van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De ambulante zorgen verstrekt tijdens een daghospitalisatie (diensten 720, 730, 750), een verblijf in een gipskamer (dienst 710) worden niet vergoed evenals de ambulante zorgen verstrekt in een dienst 320 (chirurgisch ziekenhuisforfait), in een dienst 840 (forfait van groep 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7) of wanneer de ambulante zorg behoort tot een forfait voor chronische pijn van groep 1, 2, 3.

De tussenkomst wordt betaald op voorlegging van het originele getuigschrift voor verstrekte hulp.

ARTIKEL 58

De jaarbijdrage voor deze afdeling van Hoofdstuk V wordt vermeld in artikel 98 van huidige statuten.
De bijdragen zijn verschuldigd op maandbasis.

Afdeling 4: Aanvullende verzekering - hospitalisatie

ARTIKEL 59

Het ziekenfonds organiseert deze dienst voor alle leden bedoeld in artikel 6 § 1 1° en 2° van huidige statuten.

ARTIKEL 60

Artikel 60 wordt voorbehouden voor een eventuele toekomstige dienst.

ARTIKEL 60bis

Het ziekenfonds kent een vergoeding toe van 15,00 euro per kalenderdag aan de ouder die overnacht in het ziekenhuis waar zijn/haar kind gehospitaliseerd is.

Onder de notie "die overnacht in het ziekenhuis waar zijn/haar kind gehospitaliseerd is" wordt verstaan het verblijf in de ziekenhuisdienst zelf of in een infrastructuur behorende tot de ziekenhuiswerking en geëxploiteerd met voormeld oogmerk door de inrichtende macht of door een derde.

De vergoeding is ondeelbaar en kan slechts genoten worden door één van beide ouders.

Indien beide ouders overnachten bij het gehospitaliseerde kind, zal de vergoeding worden betaald aan de ouder bij wie het kind als persoon ten laste ingeschreven is.

De tussenkomst is beperkt tot maximum 30 kalenderdagen per hospitalisatieperiode en wordt toegekend op voorlegging van de originele ziekenhuisfactuur.

Er is geen tussenkomst:

- wanneer krachtens de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 houdende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen geen tussenkomst voorziet;
- wanneer de hospitalisatie plaatsheeft:
 - in een open of gesloten psychiatrische instelling;
 - in een sanatorium;
 - in een preventorium;
 - voor een rustkuur of voor sociaal thermalisme;
 - In een reëducatiecentrum.
- wanneer de hospitalisatie zich beperkt tot één enkele dag.

Elke hospitalisatie die zich voordoet binnen veertien kalenderdagen die volgen op een uittrede uit een verplegingsinstelling, wordt aanzien als voortzetting van deze hospitalisatie voor wat betreft de periode van 30 vergoede kalenderdagen.

ARTIKEL 60ter

Het ziekenfonds verleent een tegemoetkoming van 18,00 euro per kalenderdag, zonder evenwel het bedrag ten laste van de rechthebbende te overschrijden, aan de rechthebbende die ter tijdelijke ontlasting van de centrale en onbezoldigde mantelzorger verblijft in een erkende instelling voor kortverblijf, een zorghuis voor oncologische patiënten of in een erkend rusthuis.

De tussenkomst is enkel verschuldigd in zover de noodzaak tot kortverblijf is vastgesteld.

De noodzaak tot kortverblijf wordt erkend indien voldaan is aan één van de hiernavolgende criteria:

- hospitalisatie van de mantelzorger,
- vakantie van de mantelzorger,
- verbouwingen aan de woning van de alleenstaande zorgbehoevende die beroep doet op thuiszorg en thuishulp en op een mantelzorger om thuis te kunnen blijven wonen, maar waarbij de mantelzorger niet voltijds de zorg op zich kan nemen tijdens de verbouwingen,
- de mantelzorger neemt een rustperiode
- de mantelzorger heeft tijd nodig om een gepaste zorgsituatie voor te bereiden,
- een kankerpatiënt die (nog) niet in staat is voor zichzelf te zorgen tijdens het volgen van een oncologische behandeling

De tegemoetkoming is beperkt tot 28 vergoede dagen per kalenderjaar en wordt verleend op voorlegging van een originele verklaring (model vastgelegd door het ziekenfonds) omvattende: de reden die het kortverblijf noodzaakt, de datum van opname en ontslag, het ten laste van de patiënt gevraagde bedrag en de gedateerde handtekening van de rechthebbende.

ARTIKEL 60quater

Het ziekenfonds verleent een tegemoetkoming van 6,00 euro per kalenderdag, of 3,00 euro per halve dag zonder evenwel het bedrag ten laste van de rechthebbende te overschrijden, aan de rechthebbende die ter tijdelijke ontlasting van de centrale en onbezoldigde mantelzorger verblijft in een erkende instelling voor dagverblijf, een zorghuis voor oncologische patiënten of in een erkend rusthuis.

De tussenkomst is enkel verschuldigd in zover de noodzaak tot dagverblijf is vastgesteld.

De noodzaak tot dagverblijf wordt erkend indien voldaan is aan één van de hiernavolgende criteria:

- hospitalisatie van de mantelzorger,
- vakantie van de mantelzorger,
- verbouwingen aan de woning van de alleenstaande zorgbehoevende die beroep doet op thuiszorg en thuishulp en op een mantelzorger om thuis te kunnen blijven wonen, maar waarbij de mantelzorger niet voltijds de zorg op zich kan nemen tijdens de verbouwingen,
- de mantelzorger neemt een rustperiode,
- de mantelzorger heeft tijd nodig om een gepaste zorgsituatie voor te bereiden,
- een kankerpatiënt die (nog) niet in staat is voor zichzelf te zorgen tijdens het volgen van een oncologische behandeling

De tegemoetkoming is beperkt tot 28 vergoede dagen per kalenderjaar en wordt verleend op voorlegging van een originele verklaring omvattende: de reden die het dagverblijf noodzaakt, de datum van opname en ontslag, het ten laste van de patiënt gevraagde bedrag en de gedateerde handtekening van de rechthebbende.

ARTIKEL 60quinquies

Het ziekenfonds geeft een tussenkomst in de kostprijs van een herstelkuur genoodzaakt door een zware ziekte of een chirurgisch ingrijpen en dit voor zover de herstelkuur een duur heeft van minimaal 7 en maximaal 60 dagen enerzijds en voor zover de herstelkuur gevolgd wordt in een door het ziekenfonds erkende instelling anderzijds namelijk:

- * De Ceder, Parijsestraat 34 te 9800 Deinze;
- * Duneroze, Koninklijke baan 90 te 8420 De Haan;
- * Les Heures Claires, avenue Reine Astrid 131 te 4900 Spa.

De tussenkomst bedraagt 40,00 euro per dag, zonder evenwel het bedrag ten laste van de rechthebbende te overschrijden

De noodzaak en de duur van de herstelkuur worden vastgesteld in een rapport opgesteld door de behandelend geneesheer van de rechthebbende en beslist door het ziekenfonds op advies van een door het ziekenfonds aangestelde geneesheer die zich uitspreekt over de noodzaak en de duur van het verblijf.

ARTIKEL 61

De jaarbijdrage(n) wordt (worden) vermeld in de ETAC-tabel

Afdeling 5 : Aanvullende verzekering - zorgen, hulp en bijstand ten huize

ARTIKEL 62

Het ziekenfonds organiseert deze dienst voor alle leden bedoeld in artikel 6 § 1
1° en 2° van huidige statuten.

ARTIKEL 63 - A

ARTIKEL 63 – B

Het ziekenfonds verstrekt een financiële tegemoetkoming aan de leden die hun woonplaats hebben buiten het werkingsgebied van het ziekenfonds en die om deze reden niet de hiernavolgende dienstverlening aan huis, kunnen genieten: verpleegkundige zorg, voetverzorging, maaltijdbedeling aan huis.

Voor verpleegkundige zorg is deze tegemoetkoming gelijk aan het wettelijke remgeld zonder het bedrag ten laste van de rechthebbende te overschrijden. Deze tegemoetkoming wordt verleend voor zover dat wettelijke remgeld niet door een andere wetgeving ten laste wordt genomen.

Voor een voetverzorging is deze tegemoetkoming gelijk aan de prijs betaald door het lid min 17,50 EUR per verzorging.

Voor een 'standaard' maaltijd aan huis is deze tegemoetkoming gelijk aan de prijs betaald door het lid, min 6,00 EUR per maaltijd aan huis.

Voor een 'gastronomische' maaltijd aan huis is deze tegemoetkoming gelijk aan de prijs betaald door het lid, min 8,50 EUR per maaltijd aan huis.

De tegemoetkoming wordt verleend voor zover voorafgaand aan de dienstverlening contact werd genomen met de thuiszorgcentrale van het ziekenfonds en deze de onmogelijkheid van de dienstverlening vaststelde.

De tussenkomst wordt toegekend op voorlegging van de originele en gedateerde betalingsbewijzen van de verschaftte dienstverlening.

ARTIKEL 63 – C

Het ziekenfonds kan zelfs een tussenkomst verlenen in het kader van een vzw die geheel of gedeeltelijk hetzelfde doel nastreeft (niet vermeld in artikel 63-B), deze tussenkomsten moeten deel uitmaken van een samenwerkingsakkoord tussen betrokken vzw en het ziekenfonds.

Het betreft volgende vzw's:
(de naam van de vzw of vzw's worden opgenomen indien een samenwerkingsakkoord wordt afgesloten).

ARTIKEL 63 – D

Het ziekenfonds organiseert ten bate van zijn leden de hierna omschreven prestaties inzake hulpverlening aan huis.

De gewaarborgde prestaties zijn geldig in geval van lichamelijk ongeval of onvoorziene ziekte met een hospitalisatie of een immobilisatie in de woonplaats tot gevolg.

Zij zijn eveneens van kracht bij overlijden.

De gewaarborgde prestaties kunnen 24 uur op 24 en 7 dagen op 7 ingeroepen worden in samenspraak met het lid teneinde hem onmiddellijke en effectieve bijstand te verlenen en bij te dragen tot de terugkeer naar een normaal gezinsleven.

1. Hulp in de huishouding

Ingeval de hospitalisatie van het lid of zijn echtgeno(o)t(e), meer dan twee dagen zou belopen, stelt het ziekenfonds hen een hulp in de huishouding ter beschikking:

- indien nodig, met ingang van de eerste dag, teneinde de in de woonst verblijvende verwanten te hulp te komen;
- of bij hun thuiskomst.

Ingeval de immobilisatie van het lid of zijn echtgeno(o)t(e) méér dan vijf dagen zou belopen, stelt het ziekenfonds hen een hulp in de huishouding ter beschikking, met ingang van de eerste dag.

Het ziekenfonds neemt de kosten van deze prestaties ten laste, ten belope van minimum drie uur per dag van immobilisatie, en met een maximum van dertig uur, gespreid over de periode van één maand.

Deze gewaarborgde prestatie is ook van kracht in geval van overlijden van het lid.

2. Verlengd verblijf in een kraamkliniek

Ingeval het verblijf meer dan acht dagen zou belopen, geniet de moeder, gerechtigde of echtgenote van de gerechtigde, van de gewaarborgde prestaties van een hulp in het huishouden en het ten laste nemen van de kinderen.

3. Ten laste nemen van de ascendenten

Ingeval de gerechtigde of zijn echtgeno(o)t(e) onmiddellijk moet gehospitaliseerd worden, of ingeval de immobilisatie thuis méér dan vijf dagen zou belopen, en wanneer hun thuiswonende ascendenten niet voor zichzelf kunnen instaan, worden volgende prestaties door het ziekenfonds georganiseerd en ten laste genomen:

- hun heen- en terugreis in België, via de meest adequate vervoermiddelen, naar de woonplaats van een door het lid aangewezen verwant;
- oppas aan huis dit voor de noodzakelijke tijd en met een maximum van dertig uur, gespreid over één maand met ingang van de datum van hospitalisatie.

Deze gewaarborgde prestatie wordt onmiddellijk van kracht in geval van overlijden van het lid.

4. Ten laste nemen van de kinderen (tot en met 14 jaar)

Wanneer de onmiddellijke en onvoorziene hospitalisatie van het lid of zijn immobilisatie thuis van meer dan vijf dagen, hem in de onmogelijkheid stelt voor zijn kinderen te zorgen, worden volgende prestaties door het ziekenfonds georganiseerd en ten laste genomen vanaf de eerste dag van het voorval:

4.1. De kinderen naar school brengen en terug ophalen.

Ingeval geen enkele verwant zich kan vrijmaken, wordt door het ziekenfonds het vervoer naar en van school georganiseerd en ten laste genomen, door één van zijn dienstverleners, twee maal per dag, met een maximum van vijf dagen, gespreid over een periode van één maand.

4.2. Toezicht op de kinderen thuis door een daartoe gemachtigde interveniënt, voor de noodzakelijke tijd en met een maximum van dertig uur, gespreid over een periode van één maand, met ingang van de datum van het voorval. Deze prestatie kan aangevuld worden met de begeleiding van de kinderen naar en van school.

Deze gewaarborgde prestaties worden onmiddellijk van kracht in geval van overlijden van het lid.

5. Toezicht op zieke kinderen (tot en met 14 jaar)

5.1. Ingeval de immobilisatie thuis van zieke kinderen meer dan twee dagen zou belopen, wordt het toezicht op de kinderen door het ziekenfonds georganiseerd en ten laste genomen voor de noodzakelijke tijd en met een maximum van dertig uur, gespreid over een periode van één maand, met ingang van de datum van ziekte. In dit geval wordt aan de ouder een tussenkomst aangerekend van 1,50 euro per toezichtsuur. Elk begonnen toezichtsuur wordt aangerekend. Een toezichtsdag omvat 9 uur. Vanaf het 10^e toezichtsuur wordt hiervoor een tussenkomst van 10 EUR per uur aangerekend aan de ouder.

5.2. Ingeval de immobilisatie thuis van een ziek kind minder dan twee dagen bedraagt of indien de immobilisatie thuis niet het gevolg is van een onvoorziene ziekte, dan kan het toezicht georganiseerd worden door het ziekenfonds, gedurende een dag die 9uur omvat en naar rato van een dag per periode van één maand, met ingang van de datum van ziekte.

In deze gevallen wordt aan de ouder een tussenkomst aangerekend van 20,00 euro per toezichtsdag. Vanaf het 10^e toezichtsuur wordt hiervoor een tussenkomst van 10 EUR per uur aangerekend aan de ouder.

6. Bijscholing aan huis

Indien door een ongeval of door een onvoorziene ziekte een kind het huis niet kan verlaten voor een periode die langer duurt dan twee weken, dan organiseert het ziekenfonds en neemt het de prestaties ten laste van de bijscholing aan huis. Deze prestaties worden verleend voor de noodzakelijke tijd en met een maximum van 30 uur gespreid over een periode van één maand met ingang van de datum van het ongeval of van het begin van de ziekte.

Deze tussenkomst is van toepassing tijdens het lopende schooljaar en voor de kinderen die het lagere en het middelbare onderwijs volgen. Het betreft hier bijscholing ten huize van het kind tot maximum drie uur per werkdag en buiten de schoolvakanties.

7. Overplaatsing en toezicht op huisdieren

Het vervoer en/of verblijf van de in de woning van het lid verblijvende huisdieren, wordt door het ziekenfonds georganiseerd en ten laste genomen, met een maximum van één maand met ingang van de eerste dag van het voorval, als de hospitalisatie van het lid meer dan twee dagen, of de immobilisatie thuis méér dan vijf dagen zou belopen.

Deze gewaarborgde prestatie wordt onmiddellijk van kracht in geval van overlijden van het lid.

8. Medische hulpverlening

8.1. Het zoeken van een verpleegkundige

Het ziekenfonds kan, op medisch voorschrift, het lid bijstaan in het zoeken naar een verpleegkundige.

8.2. Het zoeken van paramedisch personeel

Buiten de openingsuren van de kabinetten en officina, kan het ziekenfonds het lid in moeilijkheden bijstaan in het zoeken naar paramedisch personeel.

8.3. Vervoer per ziekenwagen

Behalve medische urgentie, organiseert het ziekenfonds op medisch voorschrift, het vervoer van het lid per ziekenwagen of licht sanitair voertuig, tussen zijn woonplaats en een medisch geschikte verpleeginrichting naar keuze, dicht bij zijn woonplaats.

Als zijn gezondheidstoestand het vereist, organiseert het ziekenfonds de terugkeer naar zijn woonplaats via één van deze middelen.

9. Administratieve en sociale stappen

Ingevolge ziekte of lichamelijk ongeval van het lid, en op eenvoudige telefonische aanvraag vanuit zijn woonplaats, tracht het ziekenfonds de oproepers door te verwijzen naar de geschikte diensten, of de nodige inlichtingen te verschaffen van maandag tot vrijdag, van 9 tot 17.30 uur, en buiten de feestdagen.

10. Inlichtingen bij overlijden

Ingevolge het overlijden van het lid, kan het ziekenfonds alle nuttige inlichtingen verschaffen aan de in de woonst van het lid verblijvende verwanten (te treffen maatregelen, te ondernemen stappen voor het afstaan van organen, crematie, successie...).

11. Prestatielimieten

11.1. Principes

De voormelde prestaties vervangen geenszins de natuurlijke solidariteit van de gezinsstructuur.

De gewaarborgde prestaties mogen geenszins de tussenkomst van overheidsdiensten, noch de verplichte prestaties van sociale organismen en van de werkgevers, vervangen.

Het ziekenfonds komt naderhand niet tussen in de door het lid uit eigen initiatief gemaakte kosten. Teneinde het lid, dat blijkt heeft gegeven van redelijk initiatief, niet te benadelen, zal het ziekenfonds, mits de bewijsstukken voorgelegd worden, naderhand wel kunnen onderzoeken of zij deze ten laste neemt.

Het ziekenfonds behoudt zich het recht voor om de medische rechtvaardiging van het voorval op te vragen, dat aanleiding heeft gegeven tot de toepassing van de gewaarborgde prestaties (medisch getuigschrift, hospitalisatie rapport...).

Zo ook kan het ziekenfonds het lid vragen hem een attest van zijn werkgever te laten geworden, met de vermelding dat de werknemer gebruikt heeft gemaakt van zijn recht tot toezicht op zieke kinderen in de woonplaats, of dat hij niet kan genieten van dergelijke rechten.

Het ziekenfonds is voor de uitvoering van de gewaarborgde prestaties gemachtigd een beroep te doen op derden.

11.2. Prestatielimieten

De prestaties vermeld onder punt 4 kunnen maximaal 4 maal per kalenderjaar en per gerechtigde worden genoten.

De prestaties vermeld onder punt 5 kunnen maximaal 4 maal per kalenderjaar en per gerechtigde worden genoten met dien verstande dat de limiet van 4 prestaties geldt voor de toezichten voorzien onder 5.1. en 5.2. samen. Een gerechtigde kan dus niet in eenzelfde kalenderjaar cumulatief aanspraak maken op 4 prestaties voorzien onder 5.1. en op 4 prestaties voorzien onder 5.2. .

De prestaties vermeld onder de punten 1, 3, 6 en 7 kunnen maximaal 2 maal per kalenderjaar en per gerechtigde worden genoten.

Indien de prestaties inzake hulpverlening aan huis wegens een situatie van overmacht niet via de bemiddeling van de thuiszorgcentrale van het ziekenfonds kunnen bekomen worden, dan maakt het lid aanspraak op een financiële tegemoetkoming.

Deze tussenkomst is gelijk aan de geldelijke tegenwaarde van de niet via de bemiddeling van de thuiszorgcentrale van het ziekenfonds genoten dienstverlening en die zou gedragen geweest zijn door de mutualiteit indien zij de dienstverlening had georganiseerd, zonder evenwel het bedrag ten laste van de rechthebbende te overschrijden enerzijds en zonder het bedrag te overschrijden dat de geldelijke tegenwaarde is van de dienstverlening bekomen door een lid dat beroep deed op de bemiddeling van de bedoelde thuiszorgcentrale anderzijds.

De geldelijke tegenwaarde wordt als volgt samengesteld:

1. Hulp in de huishouding
Toepassing van de loonbarema's (uitgedrukt in uren) toepasselijk in de sector.
2. Oppas ascendenten en kinderen
Toepassing van de loonbarema's (uitgedrukt in uren) toepasselijk in de sector.
3. Bijscholing aan huis
Toepassing van de loonbarema's (uitgedrukt in uren) toepasselijk in de sector.
4. Toezicht op huisdieren
Per volledige toezichtsdag 10,00 euro.
5. Vervoer van huisdieren
Per vervoer 25,00 euro.

6. Vervoer ascendenten en kinderen

De tegemoetkoming is begrensd op volgende wijze:

- een begrenzing op 13,00 euro voor de eerste 12 km;
- een begrenzing op 0,70 euro vanaf de 13^e km.

De tussenkomst wordt toegekend voor zover voorafgaand aan de dienstverlening contact werd genomen met de thuiszorgcentrale van het ziekenfonds en deze de onmogelijkheid van de dienstverlening vaststelde.

De tussenkomst wordt toegekend op voorlegging van de originele en gedateerde betalingsbewijzen van de verschaftte dienstverlening.

ARTIKEL 63 - E

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst in het abonnementsgeld voor de ontlening door een lid van een personenalarmsysteem (contract gesloten na 31 maart 2003) bij de vzw Thuishulp/asbl Aide à Domicile voor zover de ontlening betrekking heeft op een ononderbroken periode van minstens één kalendermaand.

De maandelijkse tussenkomst met inbegrip van de tussenkomst genoten in het kader van een andere regeling wordt bepaald als volgt:

- 15,00 euro zonder evenwel het bedrag ten laste van de rechthebbende te overtreffen voor de personen die beschikken over het sociaal statuut voorzien in artikel 37, §§1,2 en 19 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- 12 euro zonder evenwel het bedrag ten laste van de rechthebbende te overtreffen voor de andere rechthebbenden.

De tussenkomst wordt jaarlijks verleend op voorlegging van enerzijds de originele prestatiestaat opgemaakt door de vzw Thuishulp/asbl Aide à Domicile en omvattende: de periode van ontlening, het sociale statuut (cf. supra), de identificatie van de rechthebbende en het betaalde bedrag en anderzijds de verklaring (model vastgelegd door het ziekenfonds) omtrent de eventuele tussenkomst genoten lastens een andere regelgeving.

Het ziekenfonds heeft daarvoor met voornoemde vzw een samenwerkingsovereenkomst gesloten.

ARTIKEL 63 - F

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst gelijk aan de helft van het huurgeld voor de ontlening door een lid van een ziekenhuisbed met inbegrip van de eventuele bijhorigheden bij de vzw Thuishulp/Aide à Domicile asbl zonder het bedrag ten laste van de rechthebbende te overtreffen.

De tussenkomst wordt maandelijks verleend op voorlegging van enerzijds de originele prestatiestaat opgemaakt door de vzw Thuishulp/Aide à Domicile asbl en omvattende: de periode van ontlening, de identificatie van de rechthebbende en het verschuldigde huurgeld en anderzijds de verklaring (model vastgelegd door het ziekenfonds) omtrent de eventuele tussenkomst genoten lastens een andere regelgeving.

Het ziekenfonds heeft daarvoor met voornoemde vzw een samenwerkingsovereenkomst gesloten.

ARTIKEL 64

De jaarbijdrage(n) -wordt (worden) vermeld in de ETAC-tabel.

Afdeling 6: Aanvullende verzekering - hulp en bijstand aan families, personen met een handicap en aan senioren.

ARTIKEL 65

Het ziekenfonds organiseert deze dienst voor alle leden bedoeld in artikel 9.1 tot 4 van huidige statuten.

Onder personen met een handicap wordt verstaan, personen met een fysieke, mentale, motorische of sensorische beperking evenals personen met autisme-spectrumstoornissen

ARTIKEL 66

1. Het ziekenfonds staat een tussenkomst toe van: - 2,50 euro per dag, met een maximum van 14 dagen per jaar, aan de personen met een handicap die deelnemen aan een verblijf ingericht door de Nationale Federatie voor Gehandicaptenzorg – gewestelijke Brabant, vzw/ Fédération nationale pour la promotion des handicapés – régionale du Brabant asbl; door de vzw Gehandicaptten en Solidariteit; door de vzw Handicapés et Solidarité.

Het ziekenfonds heeft daarvoor met voornoemde vzw's samenwerkingsovereenkomsten gesloten.

2. Het ziekenfonds staat zijn leden een tussenkomst toe van 50 EUR per jaar, beperkt tot het bedrag dat ten laste van de rechthebbende blijft, in de kosten voor de aansluiting bij de vzw Nationale Federatie voor Gehandicaptenzorg – gewestelijke Brabant, / Fédération nationale pour la promotion des handicapés – régionale du Brabant asbl; de vzw Gehandicaptten en Solidariteit; de asbl Handicapés et Solidarité, de vzw S'Academie, de asbl S'Académie, de vzw Vrije Tijd en Gezondheid, de asbl Loisirs et Santé.

De tussenkomst wordt verleend op voorlegging van het originele attest (model vastgelegd door het ziekenfonds) met vermelding van de identiteit van de rechthebbende, het betaalde bijdragebedrag en de aansluitingsperiode.

ARTIKEL 67

De jaarbijdrage(n) wordt (worden) vermeld in de ETAC-tabel.

Afdeling 7: Aanvullende verzekering - Hulp en bijstand aan jongeren en kinderen

ARTIKEL 68

Het ziekenfonds organiseert deze dienst voor alle leden bedoeld in artikel 4 6 § 1 1° en 2° van huidige statuten.

ARTIKEL 69

1. Het ziekenfonds verleent een eenmalige tussenkomst van 130,00 euro, bij de geboorte van een kind dat persoon ten laste is van een gerechtigde, aangesloten bij het ziekenfonds op de dag van de geboorte van het kind. De tussenkomst wordt betaald aan de gerechtigde waarvan het kind persoon ten laste is en dit op voorlegging van de geboorteakte.

Indien de beide ouders aangesloten zijn bij het ziekenfonds op de dag van de geboorte, bedraagt de eenmalige tussenkomst 260,00 euro. De tussenkomst wordt betaald aan de gerechtigde waarvan het kind persoon ten laste is en dit op voorlegging van de geboorteakte. Zijn beide ouders gerechtigden, dan ontvangen ze elk de helft van de eenmalige tussenkomst en dit evenzeer op voorlegging van de geboorteakte.

2. Het ziekenfonds verleent een eenmalige tussenkomst van 130,00 euro bij adoptie. De geadopteerde moet op de dag van de adoptie persoon ten laste zijn van een gerechtigde aangesloten bij het ziekenfonds. De tussenkomst wordt betaald aan de gerechtigde waarvan de geadopteerde persoon ten laste is en dit op voorlegging van de adoptieakte.

Indien de beide adoptanten aangesloten zijn bij het ziekenfonds op de dag van de adoptie, bedraagt de eenmalige tussenkomst 260,00 euro.

De tussenkomst wordt betaald aan de gerechtigde waarvan de geadopteerde persoon ten laste is en dit op voorlegging van de adoptieakte. Zijn beide adoptanten gerechtigden, dan ontvangen ze elk de helft van de eenmalige tussenkomst en dit evenzeer op voorlegging van de adoptieakte.

ARTIKEL 70

De jaarbijdrage(n) wordt (worden) vermeld in de ETAC-tabel.

Afdeling 8: Aanvullende verzekering - Hulp en bijstand aan vrouwen

ARTIKEL 71

Het ziekenfonds organiseert deze dienst voor alle leden bedoeld in artikel 6 § 1 1° en 2° van huidige statuten.

ARTIKEL 72

ARTIKEL 73

ARTIKEL 74

Het ziekenfonds organiseert deze dienst voor alle leden bedoeld in artikel 6 § 1 1° en 2° van huidige statuten.

ARTIKEL 75

Het ziekenfonds organiseert een dienst documentatie, bijstand en begeleiding betreffende de wetgeving en reglementering inzake de bescherming van de consument van gezondheidszorg.

De werking van de dienst betreft:

- relationele en organisatorische klachten in het bijzonder met betrekking tot de relatie patiënt/personeel van een verplegingsinstelling of zorgverstrekker ;
- medisch-technische klachten in het bijzonder met betrekking tot het in twijfel trekken van de kwaliteit van de verstrekte zorgen of de aansprakelijkheid van de zorgverstrekker ;
- financiële klachten in het bijzonder met betrekking tot de betwisting van de medische of andere honoraria of klachten in verband met het niet afleveren van de getuigschriften voor verstrekte hulp.

ARTIKEL 76

De jaarbijdrage(n) wordt (worden) vermeld in de ETAC-tabel.

Afdeling 10: Aanvullende verzekering - Overlijden

ARTIKEL 77

Het ziekenfonds organiseert deze dienst voor alle leden bedoeld in artikel 6 § 1 1° en 2° van huidige statuten.

ARTIKEL 78

Artikel 78 wordt voorbehouden voor een eventuele toekomstige dienst.

ARTIKEL 79

De jaarbijdrage voor deze afdeling van HOOFDSTUK V wordt vermeld in artikel 98 van huidige statuten.
De bijdragen zijn verschuldigd op maandbasis.

Afdeling 11: Aanvullende verzekering - Verblijven met betrekking tot preventie en herstelling en luchtkuren

ARTIKEL 80

Het ziekenfonds organiseert deze dienst voor alle leden bedoeld in artikel 6 § 1 1° en 2° van huidige statuten.

ARTIKEL 81

1. Het ziekenfonds verleent een tussenkomst van 20 euro per overnachting aan de leden die deelnemen aan een jongerenverblijf met overnachting georganiseerd door Joetz vzw, Latitude Jeunes asbl, de vzw Gehandicapten en Solidariteit, de vzw Nationale Federatie voor Gehandicaptenzorg gewest Brabant/la Fédération Nationale pour la Promotion des Handicapés régionale du Brabant asbl.

De voormelde tussenkomst bedraagt 30 euro per overnachting wanneer het verblijf doorgaat in de centra Domein Westhoek, Noordzeedreef 6-8 te 8670 Oostduinkerke, De Barkentijn, Albert I laan 126 te Nieuwpoort, De Rode Planeet, Doornlaarstraat 9 te 2820 Bonheiden, Le Lys Rouge, Parnassiusstraat 11 te 8670 Koksijde, La Rose des Sables, Gaupinlaan 1 te 8670 Oostduinkerke.

De voormelde tussenkomsten kunnen genoten worden voor maximaal 8 overnachtingen per verblijf.

Voor jongeren met een fysieke of mentale beperking van minstens 66 % bedraagt de tussenkomst, onafgezien de plaats van het verblijf, 40 euro per overnachting zonder evenwel het bedrag dat ten laste blijft van de rechthebbende te overschrijden.

Het ziekenfonds heeft daarvoor met voornoemde vzw's samenwerkingsovereenkomsten gesloten.

2. Het ziekenfonds verleent een tussenkomst van 7,50 euro per dag aan de leerling van het kleuter-, van het lager of het secundair onderwijs die deelneemt aan een geïntegreerde werkperiode met overnachting, zonder evenwel het bedrag ten laste van de rechthebbende te overtreffen. De tussenkomst per rechthebbende kan 37,50 euro per schooljaar (september-juni) bedragen en wordt toegekend in zoverre de schoolse activiteiten preventief kunnen bijdragen tot de bevordering of de vrijwaring van de gezondheid van de rechthebbende.

De tussenkomst wordt verleend op voorlegging van een origineel attest (model vastgelegd door het ziekenfonds) omvattende de datum van vertrek en terugkeer, de identificatie van de kleuter-, lagere of secundaire school, het betaalde bedrag en de handtekening van de schooldirecteur.

3. Het ziekenfonds verleent een tussenkomst van 7,50 euro per dag aan de leden die deelnemen aan een sportkamp georganiseerd door de organisatie Sport Vlaanderen, Arenberggebouw, Arenbergstraat 5 te 1000 Brussel) de Sportdienst van de Vlaamse Gemeenschapscommissie (Jacqueminlaan 135 te 1000 Brussel) de organisatie ADEPS (Administration de l'Education Physique et du Sport, Leopold II-laan, 44 te 1080 Brussel) of een vereniging erkend door één van de voornoemde organisaties, een onderwijsinstelling, een stad of gemeente zonder evenwel het bedrag ten laste van de rechthebbende te overtreffen

De tussenkomst per rechthebbende kan maximaal 37,50 euro per kalenderjaar bedragen en wordt toegekend in zoverre de deelname aan het sportkamp preventief kan bijdragen tot de bevordering of de vrijwaring van de gezondheid van de rechthebbende.

De tussenkomst kan door de rechthebbende enkel worden genoten indien deze op het ogenblik van de betaling van het sportkamp in regel is met de bijdragen van de aanvullende verzekering.

De tussenkomst wordt verleend op voorlegging van een origineel attest (model vastgelegd door het ziekenfonds) uitgaande van één der voormelde organisaties en omvattende de data van het sportkamp, de identificatie van de rechthebbende, het betaalde bedrag en de stempel van de organisatie.

4. Het ziekenfonds verleent aan de leden een jaarlijkse tussenkomst van 45 euro, beperkt tot het bedrag dat ten laste van de rechthebbende blijft, in de kostprijs van aansluiting bij een sportclub of fitnesscentrum.

De tussenkomst kan genoten worden voor meerdere aansluitingen, evenwel is het totale bedrag beperkt tot de jaarlijkse tussenkomst van 45 euro.

De tussenkomst kan door de rechthebbende enkel worden genoten indien deze op het ogenblik van de betaling van de aansluiting bij de sportclub of het fitnesscentrum in regel is met de bijdragen van de aanvullende verzekering.

De tussenkomst in de kostprijs van de aansluiting bij een sportclub wordt verleend op voorwaarde dat het gaat om een fysieke en gezondheidsbevorderende activiteit die beoefend wordt in clubverband en voor zover de beoefende sport voorkomt in onderstaande lijst:

Atletiek

Discuswerpen – Duatlon – Hardlopen – Hindernislopen - Hink-stap-springen - Hoogspringen - Hordelopen - Kogelslingeren - Kogelstoten - Marathonlopen - Polsstokhoogspringen
Snelwandelen –Speerwerpen - Sprint – Tienkamp – Triatlon – Verspringen - Wheelen- Zevenkamp

Balsport

American football - Australian football – Basketbal - Beachvolleybal - Bocce - Boccia -Bossaball - Bowlen - Cricket - Flag football - Floorball - Footgolf - Gaelic football - Gate ball - Golf
Handbal - Hockey - Honkbal (Baseball) - Horseball - Hurling - IJshockey - Indiaka - Inlinehockey - Kaatsen – Kegelen – Klootschieten - Korfbal – Krachtbal -Lacrosse – Midgetgolf –Petanque –Polo - Quad Rugby - Rolhockey - Rolstoelbasketbal Rolstoelvoetbal - Rugby - Softbal – Trefbal - Voetbal – Volleybal - Vuistbal - Waterpolo - Zaalhockey - Zaalvoetbal

Racketsport

Badminton - Netbal - Padel - Racketlon - Racquetball - Rolstoeltennis - Sepak takraw - Squash - Tafeltennis – Tennis

Behendigheidssport

Boogschieten - Kleiduivenschietsen - Schietsport - Paintball

Krachtsport

Bankdrukken - Bodybuilding – Bodystyling - Gewichtheffen - Paalwerpen - Powerlifting - Touwtrekken

Luchtsport

Deltavliegen / Zeilvliegen - Parachutespringen of valschermspringen - Parapente

Motorsport

Karting – Motorcross

Paardensport

Draverijen - Dressuur - Endurance - Eventing - Horseball - Military - Paardenrennen - Polo - Springconcours - Voltige - Westernrijden

Vechtsport

Aikido - Amerikaans worstelen - American Kenpo - Boksen - Braziliaans jiu-jitsu - Capoeira - Eskrima - Freeright - Hankido - Hankumdo - Hapkido - Jiu-jitsu - Judo - Kajukenbo - Karate - Katal defense system - Kempo - Kendo - Kenjutsu - Kenpo - Kickboksen - Krav maga - Kungfu - Middeleeuwse Europese

krijgskunst - Mixed martial arts - Modderworstelen - Muay Thai - Ninjutsu - Nunchaku-do - Pencak silat - Schermen - Shaolin - Sumoworstelen - Tae-Bo - Taekwondo - Tai chi - Tai-jutsu - Tangsudo - Thaiboksen - Wing Chun - Worstelen - Zwaardvechten

Wandelsport

Bergwandelen - Langeafstandswandelen - Nordic walking - Snelwandelen - Wandelen

Watersport

Aquabike - Aquagym - Drakenbootvaren - Duiken - Golfsurfen - Jetskiën - Kajakken - Kanopolo - Kanovaren - Longboardsurfen - Onderwaterhockey - Roeien - Schoonspringen - Snorkelen - Standup paddle surfing - Synchroonzwemmen - Vrijduiken - Vinzwemmen - Wakeboarden - Waterbasketbal - Waterpolo - Waterskiën - Windsurfen - Zeilen - Zwemmen

Wielersport

Baanwielrennen - BMX - Cyclobal - Handbiken - Mountainbiken - Steppen - Trial - Veldrijden - Wielrennen

Wintersport

Biatlon - Bobsleeën - Curling - IJshockey - IJszeilen - Kunstschaatsen - Langlaufen - Mogul - Rodelen - Rolstoelcurling - Schaatsen - Schansspringen - Shorttrack - Skeleton - Skiën - Sledgehockey - Snowboarden - Speedskiën

Diversen

Aerobics - Agility - Bewegingssport voor de allerkleinsten (gericht op het bevorderen van de motriciteit) - Bike-jöring - Canicross - Cross-fit - Dansen - Fitness - Inline-skaten - Joggen - Longboardskaten - Paaldansen - Pennyboarden - Pilates - Rollersoccer - Roller derby - Rope skipping - Skateboarden - Skeelers - Sledhonden - Speleologie - Sportvissen - Trampolinespringen - Turnen - Ultimate frisbee - Wandklimmen - Yoga

De tussenkomst wordt verleend op voorlegging van enerzijds een origineel attest (model vastgelegd door het ziekenfonds) omvattende de identificatie van de sport beoefend door de rechthebbende, de sportclub of het fitnesscentrum, het betaalde bedrag van het lidmaatschap, de periode van aansluiting, stempel van de sportclub of het fitnesscentrum en anderzijds het bewijs van betaling van het lidgeld.

5. Het ziekenfonds staat een tussenkomst toe van:

- 10 % van de prijs die het lid heeft betaald voor de kamer en het ontbijt

- 5 % van de prijs die een lid heeft betaald voor een arrangement/promotieformule

wanneer dat lid verblijft het centrum voor sociaal toerisme Domein Westhoek vzw, Noordzeedreef 6-8 in Oostduinkerke.

De boven vermelde tussenkomsten zijn niet cumuleerbaar. Dat wil zeggen dat de tussenkomst van 10 % voor kamer en ontbijt niet kan worden genoten wanneer een arrangement of promotie wordt gereserveerd.

De tussenkomst wordt verleend op voorlegging van de originele kostenstaat opgemaakt door het voornoemde centrum voor sociaal toerisme waarop de prijs die het lid voor de kamer en het ontbijt of het arrangement heeft betaald en de identiteit van het lid worden vermeld.

Het ziekenfonds heeft daarvoor een samenwerkingsovereenkomst gesloten met het centrum voor sociaal toerisme Domein Westhoek.

6. Het ziekenfonds verleent een tussenkomst van 6 EUR per dag, voor maximum 15 dagen per kalenderjaar, aan het kind, lid van het ziekenfonds, dat deelneemt aan de speelpleinwerking van de asbl Latitude Jeunes, régionale du Brabant van Joetz Brabant-, van de vzw Gehandicapten en Solidariteit of

van de vzw Nationale Federatie voor gehandicaptenwerking gewestelijke Brabant / asbl Fédération Nationale pour la promotion des handicapés, régionale du Brabant.

Voor kinderen met een fysieke of mentale beperking van minstens 66 % bedraagt de tussenkomst 10 EUR per dag.

In dit artikel wordt met 'kind' bedoeld een persoon van 4 tot en met 15 jaar oud.

Het ziekenfonds heeft daarvoor met voornoemde vzw's een samenwerkingsovereenkomst gesloten.

7. Het ziekenfonds verleent een tussenkomst van 200 EUR per opleidingsjaar, zonder evenwel het bedrag dat ten laste blijft van de rechthebbende te overschrijden, aan de leden die zich inschreven en deelnemen aan een opleiding tot animator of coördinator georganiseerd door Joetz vzw, Latitude Jeunes asbl.

Het ziekenfonds heeft daarvoor met voornoemde vzw's een samenwerkingsovereenkomst gesloten.

ARTIKEL 82

De jaarbijdrage(n) wordt (worden) vermeld in de ETAC-tabel.

ARTIKEL 83

Het ziekenfonds organiseert deze dienst voor alle leden bedoeld in artikel 6 § 1 1° en 2° van huidige statuten.

ARTIKEL 84

ARTIKEL 85

Afdeling 13: Aanvullende verzekering - Informatie en promotie van de mutualistische beweging.

ARTIKEL 86

Het ziekenfonds organiseert deze dienst voor alle leden bedoeld in artikel 6 § 1 1° en 2° van huidige statuten.

ARTIKEL 87

Het ziekenfonds zorgt voor informatieverstrekking aan de leden en de promotie van de diensten.

De ingezette communicatiemiddelen:

- het ledenblad 'De Mutualistische Weergalm'
- themagidsen;
- strooibriefjes;
- affiches;
- elektronische nieuwsbrieven;
- deelname aan diverse evenementen en beurzen.

ARTIKEL 88

De jaarbijdrage(n) wordt (worden) vermeld in de ETAC-tabel.

Afdeling 14: Aanvullende verzekering - Sociale informatie en hulp

ARTIKEL 89

Het ziekenfonds organiseert deze dienst voor alle leden bedoeld in artikel 6 § 1 1° en 2° van huidige statuten.

ARTIKEL 90

Overeenkomstig artikel 1, 1° van het koninklijk besluit van 12 mei 2011, tot uitvoering van artikel 67, 6e lid, van de wet van 26 april 2010. Organiseert het ziekenfonds een dienst voor maatschappelijk werk

Doel

De dienst heeft tot doel personen die zich door ziekte, handicap, financiële of sociale kwetsbaarheid in een probleemsituatie bevinden, alsook hun mantelzorgers, hulp- en dienstverlening te bieden om hun zelfredzaamheid te verhogen, maatschappelijke integratie en participatie te bevorderen en toegang tot maatschappelijke voorzieningen te ontsluiten.

Rechthebbenden

Deze dienst richt zich tot iedereen.

Voordeel

De dienst geeft sociale en psychosociale hulp en verstrekt informatie en advies, in uitvoering van de desbetreffende reglementering van de bevoegde overheid.

Er worden door deze dienst geen financiële tegemoetkomingen toegekend.

Middelen

Voor de realisatie van de voordelen die niet behoren tot de uitvoering van de verplichte verzekering, wordt de dienst volledig gefinancierd met middelen die door de bevoegde overheid ter beschikking worden gesteld.

Er wordt aan deze dienst geen ledenbijdrage toegekend.

Modaliteiten

De dienst werkt overeenkomstig de werkprincipes en richtlijnen vastgelegd in de desbetreffende reglementering van de bevoegde overheid, voor zover deze niet in strijd zijn met de wetten van 6 augustus 1990 en 26 april 2010.

Toepasselijke regelgeving

- besluit van 9 december 2004 van het Verenigd College betreffende de erkenning en de subsidiëeringswijze van de centra en diensten voor volwassenen in moeilijkheden;
- ordonnantie van 7 november 2002 van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie betreffende de centra en diensten voor bijstand aan personen;
- besluit van 12 oktober 2001 van de Vlaamse Regering betreffende de centra voor welzijnswerk;
- woonzorgdecreet van 13 maart 2009 van de Vlaamse overheid.

ARTIKEL 91

De jaarbijdrage(n) wordt (worden) vermeld in de ETAC-tabel.

Afdeling 15: Aanvullende verzekering - Speciaal fonds voor onderlinge hulp en solidariteit.

ARTIKEL 92

Het ziekenfonds organiseert deze dienst voor alle leden bedoeld in artikel 6 § 1 1° en 2° van huidige statuten.

ARTIKEL 93

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst aan een lid, zelfs te voorwaardelijken titel, voor het geheel of een gedeelte van de gezondheidskosten, zorgen, prestaties of geneesmiddelen in geval van ziekte of een behandeling in België al dan niet uitgevoerd in een hospitalisatiemidden; deze zorgen, prestaties, behandelingen of geneesmiddelen zijn nieuw en/of niet terugbetaalbaar door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Deze tussenkomst mag niet gecumuleerd worden met deze voorzien door het Fonds dat opgericht werd in het kader van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

Deze wordt beslist op advies van de adviserend geneesheer, verbonden aan het ziekenfonds.

ARTIKEL 94

Artikel 94 is voorbehouden voor een eventuele toekomstige dienst.

Afdeling 16: betoelaging van de socio-sanitaire structuren.

ARTIKEL 95

De modaliteiten voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuren zijn vervat in onderhavig artikel.

§ 1 Identificatie van de socio-sanitaire structuren, kenmerken, voorwerp, gelijkheid, herzieningsmodaliteiten voor de jaarlijkse maximumbedragen:

a) Identificatie van de socio-sanitaire structuren:

1. Thuiszorg Brussel vzw / Soins à Domicile Bruxelles asbl
2. Thuiszorg Brabant vzw
3. Zorgcoördinatie Brabant vzw/ Coördination de soins Brabant asbl
4. Socialistische Vooruitziende Vrouwen van Brabant vzw / Femmes Prévoyantes Socialistes du Brabant asbl
5. Derde Leeftijd en Solidariteit vzw
6. Troisième Age et Solidarité asbl
7. Nationale Federatie voor Gehandicaptenzorg, gewestelijke van Brabant vzw / Fédération Nationale pour la Promotion des Handicapés, régionale du Brabant asbl
8. Gehandicapt en Solidariteit vzw
9. Handicapés et Solidarité asbl
10. Loisirs et Santé asbl
11. S'Académie asbl
12. S'Academie vzw
13. Vrije Tijd en Gezondheid vzw
14. Latitude Jeunes, régionale du Brabant asbl
15. Jongeren en Solidariteit vzw
16. Domein Westhoek vzw
17. Gezinsplanning van de S.V.V.-Brabant Rosa vzw / Centre de Planning Familial Rosa des F.P.S. du Brabant asbl
18. Jeanne Vandervekenfonds vzw / Fonds Jeanne Vanderveken asbl

b) Kenmerken:

Het zijn geen verrichtingen als bedoeld in artikel 67 eerste en tweede lid wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering maar wel een betoelaging van socio-sanitaire structuren.

c) Voorwerp:

De betoelaging van een socio-sanitaire structuur heeft tot doel deze socio-sanitaire structuur een geldsom toe te kennen die globaal bestemd is voor de realisatie van haar maatschappelijke doel en niet voor een specifieke actie.

d) Gelijkheid:

De ziekenfondsleden

genieten geen bijzondere voordelen in vergelijking met andere personen die zich tot deze socio-sanitaire structuren kunnen richten.

e) Herzieningsmodaliteiten voor de jaarlijkse maximumbedragen: de jaarlijkse maximumbedragen kunnen door de raad van bestuur worden gewijzigd onder de volgende voorwaarden:

1. De beslissing van de raad van bestuur moet onmiddellijk door middel van een ondertekende aangetekende brief aan de Controledienst voor de Ziekenfondsen worden meegedeeld;

2. Deze brief vermeldt de datum waarop de beslissing in voege treedt;
3. De beslissing wordt op de eerstvolgende algemene vergadering met terugwerkende kracht in de statuten opgenomen.

§ 2 Rechthebbenden van de betoelaging en middelen

1. Thuiszorg Brussel vzw / Soins à Domicile Bruxelles asbl

Rechthebbende

De rechtspersoon voor wie de betoelaging is bedoeld, is de vzw Thuiszorg Brussel / Soins à Domicile Bruxelles.

De vereniging heeft tot doel om, op het niveau van Brussel-Hoofdstad, de coördinatie te verzekeren en zorgen en diensten te verlenen aan personen die hun zelfstandigheid verliezen.

Zij zal hun behoud thuis in de beste omstandigheden verzekeren, zowel op het niveau van hun veiligheid als van hun comfort. Zij zal de terugkeer naar huis van de opgenomen patiënten vergemakkelijken en de duur van hun opname beperken.

De doelstellingen van de vereniging zullen gerealiseerd worden in samenwerking met hulpverleners en/of gespecialiseerde diensten die het thuisbehoud moeten verzekeren van zieken, gehandicapten en/of bejaarden.

Elke hulpverlener van de vereniging is gehouden door het beroepsgeheim en zal zowel de ethische als de deontologische regels van elk beroep of dienst die deel uitmaakt van de vereniging, respecteren.

De vereniging mag elke actie ontwikkelen of helpen ontwikkelen in het kader van de coördinatie van de thuisverzorging. Zij mag bovendien elke opzoeking of studie betreffende deze coördinatie promoten.

Om haar doelstellingen te bereiken mag de vereniging elke directe of indirecte akte stellen.

Middelen

Als jaarlijks maximumbedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur in 2022 wordt 538.000,00 € overwogen.

Als bedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur werd in 2021 512.000,00 € toegekend.

2. Thuiszorg Brabant vzw

Rechthebbende

De rechtspersoon voor wie de betoelaging is bedoeld, is de vzw Thuiszorg Brabant.

Deze vereniging heeft tot doel de oprichting, de organisatie, de leiding en het beheer van diverse zorg- en hulpactiviteiten in het bijzonder in de thuiszorg te organiseren.

Thuiszorg Brabant wil kwaliteitsvolle en verantwoorde zorg en dienstverlening realiseren op basis van noden en behoeften van zorg- en/of hulpvragers.

Er is bijzondere aandacht voor de meest zorgbehoevenden en kwetsbare zorg- en/of hulpvragers.

Thuiszorg Brabant kan onder meer volgende opdrachten vervullen:

- activiteiten ondernemen of steunen ter promotie van de thuisverpleging
- gezinnen en alleenstaanden helpen op het vlak van gezinszorg, huishoudelijke hulp, ziekenop-pas,...
- aan de gebruikers, mantelzorgers en vrijwilligers informatie verstrekken
- de vrijwilligerszorg organiseren en ondersteunen door vraag en aanbod op elkaar af te stemmen

De vereniging mag andere diensten oprichten en inrichten, initiatieven nemen, bevorderen en steunen die van aard zijn het doel van de vereniging in de hand te werken of kan hiervoor samenwerkingsovereenkomsten aangaan met andere organisaties, personen of verenigingen.

Middelen

Als jaarlijks maximumbedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur in 2022 wordt 392.000,00 € overwogen.

Als bedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur werd in 2021 285.000,00 € toegekend.

3. Zorgcoördinatie Brabant vzw / Coördination de soins Brabant asbl

Rechthebbende

De rechtspersoon voor wie de betoelaging is bedoeld, is de vzw Zorgcoördinatie Brabant vzw / Coördination de soins Brabant asbl.

De vereniging heeft tot doel de activiteiten en de werking te coördineren van de volgende verenigingen zonder winstoogmerk:

1. Soins à domicile, association sans but lucratif, waarvan de zetel gevestigd is te Brussel, Mussenstraat 17-19.
2. Thuiszorg Brussel, vereniging zonder winstoogmerk / Soins à domicile Bruxelles, association sans but lucratif, waarvan de zetel gevestigd is te Brussel, Mussenstraat 17-19.
3. Thuiszorg Brabant, vereniging zonder winstoogmerk, waarvan de zetel gevestigd is te Brussel, Mussenstraat 17-19.
4. Thuishulp, vereniging zonder winstoogmerk / Aide à domicile, association sans but lucratif, waarvan de zetel gevestigd is te Brussel, Zuidstraat 112-114.
5. Medische Centra Cesar De Paepe, vereniging zonder winstoogmerk / Centres Médicaux César De Paepe, association sans but lucratif, waarvan de zetel gevestigd is te Brussel, Mussenstraat 17-19.
6. Medische Centra Cesar De Paepe, vereniging zonder winstoogmerk, waarvan de zetel gevestigd is te Aarschot, Bogaardenstraat 25.

Zij kan te dien einde alle roerende en onroerende goederen aanschaffen, verkopen, ruilen, in huur nemen of geven, zich verenigen of een fusie aangaan met andere verenigingen zonder winstoogmerk, zich verzekeren van iedere medewerking nodig om haar doelstelling te verwezenlijken.

Middelen

Als jaarlijks maximumbedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur in 2022 wordt 0,00 € overwogen.

Als bedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur werd in 2021 0,00 € toegekend.

4. Socialistische Vooruitziende Vrouwen van Brabant vzw / Femmes Prévoyantes Socialistes du Brabant asbl

Rechthebbende

De rechtspersoon voor wie de betoelaging is bedoeld, is de vzw Socialistische Vooruitziende Vrouwen van Brabant / Femmes Prévoyantes Socialistes du Brabant asbl.

De vereniging heeft tot doel het welzijn van de vrouw, het kind en het gezin te bevorderen, en meer algemeen hun lichamelijk, moreel, sociaal, cultureel of ander welzijn. Daartoe zal zij de nodige acties en activiteiten op het getouw zetten die kunnen bijdragen tot de verwezenlijking van deze doelstellingen, meer bepaald :

- de deelname aan de mutualistische socialistische beweging onder om het even welke vorm;

- het oprichten van plaatselijke afdelingen die de leden groeperen, gerechtigden en personen ten laste, vrouwen in regel met de aanvullende verzekering van de Federatie van Socialistische Mutualiteiten van Brabant,
- het creëren en organiseren van activiteiten en acties ter preventie en gezondheidsopvoeding, in samenwerking voornamelijk met het "Office de la Naissance et de l'Enfance" voor de Franse Gemeenschap en met "Kind en Gezin" van de Vlaamse Gemeenschap;
- het organiseren van een dienst documentatie, bijstand en begeleiding inzake wetgeving en reglementering van de sociale zekerheid, gezinsplanning en alle andere materies met betrekking tot de vrouwen, kinderen en de gezinnen;
- het organiseren van één of meerdere centra voor sociale hulp in het kader van het bicommunautaire, het unicommunautaire Nederlandstalige, het unicommunautaire Franstalige of andere, die tot doel hebben een betere sociale begeleiding te bevorderen voor de vrouwen en kinderen in moeilijkheden. Deze centra kunnen ofwel geïntegreerd zijn in de schoot van de vereniging, ofwel georganiseerd onder de vorm van vzw's;
- het organiseren van cursussen voor sociale promotie, volwassenenonderwijs of andere;
- het organiseren van socioculturele activiteiten in het kader van de landelijke vzw VIVA-Socialistische Vrouwen Vereniging, afgekort VIVA-SVV, erkend volgens het decreet op de volwassenenwerking van de Vlaamse Gemeenschap, en in het kader van de landelijke vzw Formation Action Militantisme, afgekort FAM, erkend volgens het decreet op de volwassenenwerking van de Franse Gemeenschap;

Middelen

Als jaarlijks maximumbedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur in 2022 wordt 572.000,00 € overwogen.

Als bedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur werd in 2021 545.000,00 € toegekend.

5. Derde Leeftijd en Solidariteit vzw

Rechthebbende

De rechtspersoon voor wie de betoelaging is bedoeld, is de vzw Derde Leeftijd en Solidariteit.

De vereniging heeft tot doel voornamelijk door bemiddeling van een sociaal centrum in het raam van de Vlaamse Gemeenschap de eerste opvang te verzekeren van personen van de derde leeftijd die zich in een noodsituatie bevinden; samen met hen ertoe komen hun sociale problemen duidelijker te formuleren en hun rechten beter te kennen; te komen tot een optimaal gebruik van hun bestaansmiddelen en deze van de maatschappij; zodoende de ontwikkeling van hun potentieel te bevorderen met het oog op hun emancipatie en hun integratie in het sociale milieu; de sociale instellingen en prestaties binnen hun bereik te brengen; door ze te informeren en zo nodig, naar meer gespecialiseerde instellingen te oriënteren, door bij die instellingen tussen te komen en er mee samen te werken; gezamenlijke of gecoördineerde acties, voornamelijk inzake preventie, gezondheidsopvoeding en -hulp die bijdragen tot de ontwikkeling van de maatschappij te bewerkstelligen of er aan deel te nemen; de noden van de bevolking van de "derde leeftijd" aan het licht te brengen en de bevoegde overheid te wijzen op de problemen, de lacunes en het slecht functioneren van de samenleving en de instellingen; de activiteiten te promoten voor deze bevolking met het inzicht de samenwerking en de solidariteit te stimuleren tussen en voor deze categorie.

Middelen

Als jaarlijks maximumbedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur in 2022 wordt 134.000,00 € overwogen.

Als bedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur werd in 2021 131.000,00 € toegekend.

6. Troisième âge et Solidarité asbl

Rechthebbende

De rechtspersoon voor wie de betoelaging is bedoeld, is de vzw Troisième âge et Solidarité.

De vereniging heeft tot doel voornamelijk door bemiddeling van een sociaal centrum in het raam van de unicommunautaire Franse Gemeenschap, de eerste opvang te verzekeren van personen van de derde leeftijd die zich in een noodsituatie bevinden; samen met hen ertoe komen hun sociale problemen duidelijker te formuleren en hun rechten beter te kennen; te komen tot een optimaal gebruik van hun bestaansmiddelen en deze van de maatschappij; zodoende de ontwikkeling van hun potentieel te bevorderen met het oog op hun emancipatie en hun integratie in het sociale milieu; de sociale instellingen en prestaties binnen hun bereik te brengen; door ze te informeren en zo nodig, naar meer gespecialiseerde instellingen te oriënteren, door bij die instellingen tussen te komen en er mee samen te werken; gezamenlijke of gecoördineerde acties, voornamelijk inzake preventie, gezondheidsopvoeding en -hulp die bijdragen tot de ontwikkeling van de maatschappij te bewerkstelligen of er aan deel te nemen; de noden van de bevolking van de "derde leeftijd" aan het licht te brengen en de bevoegde overheid te wijzen op de problemen, de lacunes en het slecht functioneren van de samenleving en de instellingen; de activiteiten te promoten voor deze bevolking met het inzicht de samenwerking en de solidariteit te stimuleren tussen en voor deze categorie.

Middelen

Als jaarlijks maximumbedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur in 2022 wordt 255.000,00 € overwogen.

Als bedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur werd in 2021 250.000,00 € toegekend.

7. Nationale Federatie voor Gehandicaptenzorg, gewestelijke van Brabant vzw / Fédération Nationale pour la Promotion des Handicapés, régionale du Brabant asbl

Rechthebbende

De rechtspersoon voor wie de betoelaging is bedoeld, is de Nationale Federatie voor Gehandicaptenzorg, gewestelijke van Brabant vzw / Fédération Nationale pour la Promotion des Handicapés, régionale du Brabant asbl.

De vereniging heeft tot doel:

- het welzijn van personen met een handicap te bevorderen door hun totale integratie in de maatschappij, dit zowel op individueel als op collectief vlak,
- medisch-sociale activiteiten aan de dag te leggen en de nodige instellingen voor de verwezenlijking van dat doel op te richten of te laten oprichten, beheren of te laten beheren,
- zinvolle vrijetijd te organiseren voor personen met een handicap
- meewerken aan sensibiliseringscampagnes, vormingen ... waarbij het welzijn van personen met een handicap en hun omgeving wordt nagestreefd waardoor zij op een volwaardige wijze kunnen deelnemen aan het maatschappelijke leven
- het bevorderen van het eigentijds sociaal-cultureel vormingswerk voor personen met of zonder handicap met het oog op een veelzijdige menselijke ontplooiing

Middelen

Als jaarlijks maximumbedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur in 2022 wordt 26.000,00 € overwogen.

Als bedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur werd in 2021 25.000,00 € toegekend.

8. Gehandicapten en Solidariteit vzw

Rechthebbende

De rechtspersoon voor wie de betoelaging is bedoeld, is de vzw Gehandicapten en Solidariteit.

De vereniging heeft tot doel voornamelijk door bemiddeling van een sociaal centrum in het raam van de Vlaamse Gemeenschap de eerste opvang te verzekeren van mindervaliden die zich in een noodsituatie bevinden; samen met hen ertoe komen hun sociale problemen duidelijker te formuleren en hun rechten beter te kennen; te komen tot een optimaal gebruik van hun bestaansmiddelen en deze van de maatschappij; zodoende de ontwikkeling van hun potentieel te bevorderen met het oog op hun emancipatie en hun integratie in het sociale milieu; de sociale instellingen en prestaties binnen hun bereik te brengen; door ze te informeren en zo nodig, naar meer gespecialiseerde instellingen te oriënteren, door bij die instellingen tussen te komen en er mee samen te werken; gezamenlijke of gecoördineerde acties, voornamelijk inzake preventie, gezondheidsopvoeding en -hulp die bijdragen tot de ontwikkeling van de maatschappij te bewerkstelligen of er aan deel te nemen; de noden van de mindervalide bevolking aan het licht te brengen en de bevoegde overheid te wijzen op de problemen, de lacunes en het slecht functioneren van de samenleving en de instellingen; de activiteiten te promoten voor deze bevolking met het inzicht de samenwerking en de solidariteit te stimuleren tussen en voor deze categorie.

Middelen

Als jaarlijks maximumbedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur in 2022 wordt 50.000,00 € overwogen.

Als bedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur werd in 2021 48.000,00 € toegekend.

9. Handicapés et Solidarité asbl

Rechthebbende

De rechtspersoon voor wie de betoelaging is bedoeld, is de vzw Handicapés et Solidarité.

De vereniging heeft tot doel voornamelijk door bemiddeling van een sociaal centrum in het raam van de unicommutaire Franstalige Gemeenschap de eerste opvang te verzekeren van mindervaliden die zich in een noodsituatie bevinden; samen met hen ertoe komen hun sociale problemen duidelijker te formuleren en hun rechten beter te kennen; te komen tot een optimaal gebruik van hun bestaansmiddelen en deze van de maatschappij; zodoende de ontwikkeling van hun potentieel te bevorderen met het oog op hun emancipatie en hun integratie in het sociale milieu; de sociale instellingen en prestaties binnen hun bereik te brengen; door ze te informeren en zo nodig, naar meer gespecialiseerde instellingen te oriënteren, door bij die instellingen tussen te komen en er mee samen te werken; gezamenlijke of gecoördineerde acties, voornamelijk inzake preventie, gezondheidsopvoeding en -hulp die bijdragen tot de ontwikkeling van de maatschappij te bewerkstelligen of er aan deel te nemen; de noden van de mindervalide bevolking aan het licht te brengen en de bevoegde overheid te wijzen op de problemen, de lacunes en het slecht functioneren van de samenleving en de instellingen; de activiteiten te promoten voor deze bevolking met het inzicht de samenwerking en de solidariteit te stimuleren tussen en voor deze categorie.

Middelen

Als jaarlijks maximumbedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur in 2022 wordt 91.000,00 € overwogen.

Als bedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur werd in 2021 89.000,00 € toegekend.

10. Loisirs et Santé asbl

Rechthebbende

De rechtspersoon voor wie de betoelaging is bedoeld, is de vzw Loisirs et Solidarité.

De vereniging richt zich tot een publiek gaande van jongvolwassenen tot volwassenen op de vooravond van de (brug)pensionering.

Ze heeft tot doel:

- 1) het organiseren van socio-culturele animaties en activiteiten verband houdende met gezondheidspromotie en -educatie, die zich zowel tot individuele personen als lokale afdelingen en andere groepen richten;
- 2) het bevorderen van de toenadering tussen personen van verschillende achtergronden en generaties om te komen tot wederzijdse uitwisseling van kennis en ervaring;
- 3) het begeleiden van personen en groepen met het oog op een actieve, verrijkende en emancipatorische cultuurbeleving;
- 4) het informeren aangaande socio-culturele activiteiten, gezondheidsvoorlichting en -promotie.

Middelen

Als jaarlijks maximumbedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur in 2022 wordt 45.000,00 € overwogen.

Als bedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur werd in 2021 44.000,00 € toegekend.

11. S'Académie asbl

Rechthebbende

De rechtspersoon voor wie de betoelaging is bedoeld, is de vzw S'Académie.

De vereniging heeft tot doel om, op het niveau van de Brusselse agglomeratie de sociale, culturele en educatieve activiteiten van de bejaarden te bevorderen, uit te breiden en te coördineren.

Haar acties zijn veelzijdig: het begeleiden van personen van de derde leeftijd met het oog op een actieve en verrijkende pensioenbeleving en/of het voorbereiden ervan; het bevorderen van de solidariteit tussen de bejaarden onderling door hun vaardigheden op de voorgrond te stellen en dit door het oprichten van groeperingen; het bevorderen van de toenadering tussen bejaarden en personen van andere generaties om te komen tot wederzijdse uitwisseling van kennis en ervaring; het organiseren van socio-culturele animaties die zich zowel tot individuele als in een gemeenschap levende personen richten.

Middelen

Als jaarlijks maximumbedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur in 2022 wordt 299.000,00 € overwogen.

Als bedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur werd in 2021 285.000,00 € toegekend.

12. S'Academie vzw

Rechthebbende

De rechtspersoon voor wie de betoelaging is bedoeld, is de vzw S'Academie.

De vereniging heeft tot doel om, op het niveau van de Brusselse agglomeratie en de arrondissementen Halle-Vilvoorde en Leuven de sociale, culturele en educatieve activiteiten van de bejaarden te bevorderen, uit te breiden en te coördineren.

Haar acties zijn veelzijdig:

het begeleiden van personen van de derde leeftijd met het oog op een actieve en verrijkende pensioenbeleving en/of het voorbereiden ervan; het bevorderen van de solidariteit tussen de bejaarden onderling door hun vaardigheden op de voorgrond te stellen en dit door het oprichten van groeperingen; het bevorderen van de toenadering tussen bejaarden en personen van andere generaties om te komen tot wederzijdse uitwisseling van kennis en ervaring; het organiseren van socio-culturele animaties die zich zowel tot individuele als in een gemeenschap levende personen richten.

Middelen

Als jaarlijks maximumbedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur in 2022 wordt 163.000,00 € overwogen.

Als bedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur werd in 2021 155.000,00 € toegekend.

13.Vrije Tijd en Gezondheid vzw

Rechthebbende

De rechtspersoon voor wie de betoelaging is bedoeld, is de vzw Vrije Tijd en Gezondheid.

De vereniging richt zich tot een publiek gaande van jongvolwassenen tot volwassenen op de vooravond van de (brug)pensionering en heeft tot doel:

1° het organiseren van socio-culturele animaties en activiteiten verband houdende met gezondheidspromotie en -educatie, die zich zowel tot individuele personen als lokale afdelingen en andere groepen richten;

2° het bevorderen van de toenadering tussen personen van verschillende achtergronden en generaties om te komen tot wederzijdse uitwisseling van kennis en ervaring;

3° het begeleiden van personen en groepen met het oog op een actieve, verrijkende en emancipatorische cultuurbeleving;

4° het informeren aangaande socio-culturele activiteiten, gezondheidsvoorlichting en -promotie.

Middelen

Als jaarlijks maximumbedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur in 2022 wordt 24.500,00 € overwogen.

Als bedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur werd in 2021 24.000,00 € toegekend.

14.Latitude Jeunes, régionale du Brabant asbl

Rechthebbende

De rechtspersoon voor wie de betoelaging is bedoeld, is de vzw Latitude Jeunes, régionale du Brabant.

De vereniging heeft tot doel:

- een bijdrage leveren tot het fysieke, psychische en sociale welzijn van kinderen en jongeren in hun eigen leefwereld;

- de actieve, kritische en solidaire maatschappelijke betrokkenheid en verantwoordelijkheidszin bij kinderen en jongeren aanscherpen door hen op een bewuste manier te laten ervaren hoe de samenleving in elkaar zit, door hen verantwoordelijkheid te laten opnemen en ze te betrekken bij hun leefomgeving;

Om deze doelstellingen te bereiken, geeft de vereniging zichzelf de nodige middelen en neemt ze elk initiatief dat ze nodig acht.

De vereniging ontwikkelt activiteiten onder meer in het kader van de organisatie Latitude Jeunes asbl. De programmatie, de realisatie, de evaluatie en de verantwoording van deze activiteiten gebeuren conform de meerjarenprogramma's die door de jongerenorganisatie Latitude Jeunes zijn vastgelegd.

Middelen

Als jaarlijks maximumbedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur in 2022 wordt 162.000,00 € overwogen.

Als bedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur werd in 2021 154.000,00 € toegekend.

15.Jongeren en Solidariteit vzw

Rechthebbende

De rechtspersoon voor wie de betoelaging is bedoeld, is de vzw Jongeren en Solidariteit.

De vereniging heeft tot doel:

voornamelijk door bemiddeling van een sociaal centrum in het raam van de Vlaamse Gemeenschap de eerste opvang te verzekeren van jongeren die zich in een noodsituatie bevinden; samen met hen ertoe komen hun sociale problemen duidelijker te formuleren en hun rechten beter te kennen; te komen tot een optimaal gebruik van hun bestaansmiddelen en deze van de maatschappij; zodoende de ontwikkeling van hun potentieel te bevorderen met het oog op hun emancipatie en hun integratie in het sociale milieu; de sociale instellingen en prestaties binnen hun bereik te brengen; door ze te informeren en zo nodig, naar meer gespecialiseerde instellingen te oriënteren, door bij die instellingen tussen te komen en er mee samen te werken; gezamenlijke of gecoördineerde acties, voornamelijk inzake preventie, gezondheidsopvoeding en -hulp die bijdragen tot de ontwikkeling van de maatschappij te bewerkstelligen of er aan deel te nemen; de noden van de "jonge" bevolking aan het licht te brengen en de bevoegde overheid te wijzen op de problemen, de lacunes en het slecht functioneren van de samenleving en de instellingen; de activiteiten te promoten voor deze bevolking met het inzicht de samenwerking en de solidariteit te stimuleren tussen en voor deze categorie.

Middelen

Als jaarlijks maximumbedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur in 2022 wordt 88.000,00 € overwogen.

Als bedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur werd in 2021 84.000,00 € toegekend.

16. Domein Westhoek vzw

Rechthebbende

De rechtspersoon voor wie de betoelaging is bedoeld, is de vzw Domein Westhoek.

De vereniging heeft tot doel:

1. gezins- en jeugdvakanties organiseren en verbeteren;
2. de jeugd, met het oog op haar vorming, educatieve, culturele, sociale en sportactiviteiten aanbieden en de volledige jeugdproblematiek behandelen.
3. de sociale en culturele integratie stimuleren door contacten met de plaatselijke organisaties.

Om dit doel te bereiken kan zij vakantiecentra, jeugdherbergen en -clubs en alles wat in het kader van de activiteiten past, oprichten, en helpen oprichten.

Zij kan hiertoe met name alle roerende en onroerende goederen aankopen, onder bezwarende titel of gratis, verkopen, ruilen, te huur geven en nemen; zich verenigen of een fusie aangaan met andere verenigingen zonder winstoogmerk.

Middelen

Als jaarlijks maximumbedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur in 2022 wordt 595.000,00 € overwogen.

Als bedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur werd in 2021 567.000,00 € toegekend.

17. Gezinsplanning van de S.V.V.-Brabant Rosa vzw / Centre de Planning Familial Rosa des F.P.S. du Brabant asbl

Rechthebbende

De rechtspersoon voor wie de betoelaging is bedoeld, is de Gezinsplanning van de S.V.V.-Brabant Rosa vzw / Centre de Planning Familial Rosa des F.P.S. du Brabant asbl

De vereniging heeft tot doel het welzijn van de vrouw, het kind en het gezin te bevorderen, en meer algemeen hun lichamelijk, moreel, sociaal, cultureel of ander welzijn. Zij heeft tot doel de ideeën en opvattingen

gen van de Socialistische Vooruitziende vrouwen op het vlak van hun seksuele, sociale en culturele leven te bevorderen. Zij heeft meer bepaald tot doel alle problemen te bestuderen in verband met de harmonische verhouding van de echtparen, het moederschap, de geboorteregeling alsook de weerslag op het familiale, sociale, regionale, communautaire of nationale vlak. Met het oog hierop mag zij de nodige informatie inwinnen om de opvoeding van het publiek ter zake te bevorderen.

Zij organiseert één of meerdere centra voor gezinsplanning die tot doel hebben een betere sociale begeleiding te bevorderen van de vrouwen en de echtparen, en dit zowel in het kader van de bicommunautaire, het unicommunautaire Nederlandstalige, het unicommunautaire Franstalige of andere. Deze centra kunnen ofwel geïntegreerd worden in de schoot van de vereniging ofwel georganiseerd worden onder de vorm van eigen vzw's.

Middelen

Als jaarlijks maximumbedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur in 2022 wordt 39.000,00 € overwogen.

Als bedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur werd in 2021 38.000,00€ toegekend.

18. Jeanne Vandervekenfonds vzw / Fonds Jeanne Vanderveken asbl

Rechthebbende

De rechtspersoon voor wie de betoelaging is bedoeld, is de vzw Jeanne Vandervekenfonds / Fonds Jeanne Vanderveken asbl.

De vereniging heeft tot doel het welzijn van de vrouw, het kind en het gezin te bevorderen, en meer algemeen hun lichamelijk, moreel, sociaal, cultureel of ander welzijn. De vereniging heeft tot doel een fonds samen te stellen en te beheren om rechtstreeks of onrechtstreeks kinderen of adolescenten te helpen, wat ook hun nationaliteit of hun verblijfplaats mag zijn, en van wie de gezondheidstoestand, de morele of materiële situatie een spontaan gebaar van menselijke solidariteit vereist, ingevolge de ontoereikendheid of het gebrek aan tussenkomsten vanwege sociale instellingen of de overheid.

Middelen

Als jaarlijks maximumbedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur in 2022 wordt 39.000,00 € overwogen.

Als bedrag voor de betoelaging van de socio-sanitaire structuur werd in 2021 38.000,00 € toegekend.

ARTIKEL 96

Artikel 96 is voorbehouden voor een eventuele toekomstige dienst.

ARTIKEL 97

Artikel 97 is voorbehouden voor een eventuele toekomstige dienst.

Afdeling 17 - Overzichtstabel van de bijdragen

ARTIKEL 98

Zie tabel ETAC

Afdeling 18 - is voorbehouden voor een eventuele toekomstige dienst

ARTIKEL 99

ARTIKEL 99 is voorbehouden voor een eventuele toekomstige dienst.

Afdeling 19 is voorbehouden voor een eventuele toekomstige dienst.

ARTIKEL 100

Artikel 100 is voorbehouden voor een eventuele toekomstige dienst.

Afdeling 20 - Dienst aanvullende hospitalisatievergoeding 'AHV'

Artikel 101

Artikel 101 wordt voorbehouden voor een eventuele toekomstige dienst.

ARTIKEL 102

1. Doel.

Het ziekenfonds organiseert een dienst voor dringende medische hulp, bijstand en ziektekostendekking in één van de volgende landen: een Lidstaat van de Europese Unie (buiten België), het Verenigd Koninkrijk, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen, Zwitserland, Albanië, Bosnië-Herzegovina, Kroatië, Noord-Macedonië, Montenegro, Kosovo, Servië, Algerije, Egypte, Israël, Libanon, Libië, Marokko, Syrië, Tunesië, Turkije, Monaco, Andorra, San Marino, het Vaticaan, evenals de Kanaaleilanden, Gibraltar, de Faeröereilanden, de Azoren, Madeira, de Canarische eilanden, de Ålandeilanden en het eiland Man.

De grondgebieden die tot bovengenoemde landen behoren maar geen deel uitmaken van de geografische zone Europa en Middellandse-Zeebekken zijn niet gedekt.

Het ziekenfonds heeft voor de organisatie van deze dienstverlening een samenwerkingsovereenkomst gesloten met de vzw Mutas.

2. Dringende medische hulp en bijstand.

Onder dringende hulp en bijstand voortvloeiende uit ziekte of ongeval wordt verstaan:

- 2.1. Het geven van adviezen en informatie op medisch gebied, het geven van instructies met betrekking tot de in het vreemd land geldende administratieve voorschriften, het onderhouden van contacten, alsmede het verstrekken van betalingsgaranties of voorschotten bij buitenlandse ziekenhuisopname;
- 2.2. De medisch noodzakelijke repatriëring van de zieke, gewonde of de repatriëring van zijn stoffelijk overschot tot aan zijn vaste woon- of verblijfplaats of het dichtst bij die woon- of verblijfplaats gelegen ziekenhuis.

In het geval dat de heenreis met het vliegtuig gebeurde en er geen retourticket is, komt de dienst slechts tussen in de extra meerkosten veroorzaakt door de repatriëring.

Dit impliceert dat de normale kostprijs van het vliegtuigretourticket in mindering van de tussenkomst wordt gebracht en ten laste is van het lid.

De dienst betaalt eveneens de kostprijs van de repatriëring die wordt uitgevoerd om buitensporige kosten van onderzoeken of behandelingen in het buitenland te vermijden.

- 2.3. De bijkomende reis- en verblijfskosten van de zieke rechthebbende zelf, die het gevolg zijn van de ziekte of het ongeval, en die van één reisgenoot, wanneer de begeleiding van de rechthebbende om medisch humanitaire redenen verantwoord wordt geacht.

Onder reiskosten wordt verstaan de kosten van het vervoer van de plaats van het ongeval naar het ziekenhuis, van het ene ziekenhuis naar een ander of van de tijdelijke verblijfplaats in het vreemde land naar het ziekenhuis en terug.

Onder verblijfskosten wordt verstaan de kosten van het verplicht verlengd verblijf om medische redenen in een toeristische accommodatie, op basis van overnachting en ontbijt.

Het maximum van deze tegemoetkoming bedraagt voor alle kosten samen en per geval 1.100 euro.

Als algemene voorwaarde geldt dat deze extra reis- en verblijfskosten enkel terugbetaald kunnen worden indien de verzekerde hierover voorafgaand heeft overlegd met de alarmcentrale en duidelijke kwijtingen kan voorleggen en op voorwaarde dat de aard van de onkosten duidelijk blijkt uit de kwijting of rekening.

2.4. De verzendingskosten van medisch noodzakelijke geneesmiddelen, kunst- en hulpmiddelen naar het buitenland, wanneer deze aldaar niet te verkrijgen zijn.

3. Ziektekostendekking

3.1. De ziektekostendekking omvat

3.1.1. de supplementaire medische kosten voor de aangesloten gerechtigden, alsmede voor de personen te hunner laste, beiden hierna rechthebbenden genoemd, die tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland met recreatief karakter, aldaar dringende medische hulp en bijstand nodig hebben wegens een onvoorziene ziekte of ongeval; de medische en verpleegkundige zorgen mogen niet het gevolg zijn van de voorafgaandelijke intentie om zich in het buitenland door een verstrekker of een verplegingsinstelling te laten verzorgen.

3.1.2. de supplementaire medische kosten voor de aangesloten rechthebbenden die, mits toelating van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds, zich in het buitenland moeten laten verzorgen voor zover, medisch technisch gezien, deze behandeling niet in België kan gebeuren en voor zover de behandeling ziekenhuisverpleging noodzaakt in een inrichting die meer dan 100 km van de Belgische grens ligt.

3.2. Onder supplementaire medische kosten wordt verstaan de kosten die niet kunnen vergoed worden in het raam van de Europese verordeningen, de bilaterale verdragen voor sociale zekerheid of de Belgische wetgeving inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. (art. 294 KB 03/07/96).

3.3. Beperkingen

3.3.1. Voor de supplementaire medische kosten, bedoeld onder punt 3.1.2 . is de tussenkomst beperkt tot 5.000 € per rechthebbende en dit per afgeleverde toelating door de adviserend geneesheer van het ziekenfonds (dit wil zeggen per formulier E112).

3.3.2. De tegemoetkoming in de kosten voor herstelling of vervanging van prothesen is beperkt tot 100 euro voor tandprothesen en tot 375 euro voor andere prothesen.

3.3.3. De tussenkomst in de communicatiekosten (telefoon-, telex-, e-mail, telefax en telegramkosten) die noodzakelijk zijn om de onmiddellijke hulpverlening bij ziekte of ongeval in het buitenland te verkrijgen wordt beperkt tot 13 euro per geval.

3.3.4. De tegemoetkoming in de kosten van ambulante geneeskundige verzorging wordt steeds verminderd met een vrijstelling van 50 euro per dossier en per rechthebbende voor hetzelfde verblijf.

3.4. De hiervoor genoemde kosten zullen alleen worden vergoed op voorwaarde dat, behoudens de omstandigheden bedoeld bij punt 3.1.2

- 3.4.1. De medische, tandheelkundige en farmaceutische verzorging en de ziekenhuisverpleging een spoedeisend karakter heeft en niet kan worden uitgesteld tot men in België terug is;
- 3.4.2. Het gaat om niet-geprogrammeerde verzorging, met uitzondering van de kosten aangaande nierdialyse, en dit voor een maximum van 15 dialyses per rechthebbende en per kalenderjaar;
- 3.4.3. Het verblijf in het buitenland een tijdelijk en recreatief karakter heeft en niet langer dan 3 maanden per kalenderjaar heeft geduurd.

3.5. Zijn uitgesloten voor vergoeding

- 3.5.1. verblijf in het buitenland omwille van beroepsredenen;
 - 3.5.2. studenten die in het buitenland studeren;
 - 3.5.3. het lopen van een stage in het buitenland;
 - 3.5.4. personen die officieel in het buitenland gedomicilieerd zijn met uitzondering van de in België verzekerde grensarbeiders;
 - 3.5.5. beoefenen van een gevaarlijke sport zoals valschermspringen, diepzeeduiken, parapente, alpinisme, speleologie, deltavliegen, elastiëkspringen, bobslee, zweefvliegen, parasailing, rodelen, schansspringen, canyoning, paraglijding, rafting, ijsklimmen; basejumps, ULM, downhill, horseball, koersen per auto/moto/buitenboordmotoren, acrobatisch skiën, skiën buiten de piste, snowboarden buiten de piste, vechtsporten;
 - 3.5.6. het beoefenen van een bezoldigde sport;
 - 3.5.7. diagnostische of therapeutische verstrekkingen, waarvoor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen geen tegemoetkoming voorziet zoals herstellkuren, thermale- of luchtkuren, dieetbehandelingen, schoonheidsbehandeling, homeopathie en acupunctuur. Homeopathie en acupunctuur worden als vormen van alternatieve geneeswijze aangeduid;
 - 3.5.8. personen die nood hebben aan brilglazen, monturen, contactlenzen, hoorapparaten, prothesen, orthesen en orthopedische toestellen, rolstoel, ziekenhuisbed en andere hulpmiddelen;
 - 3.5.9. personen die brilglazen, monturen, contactlenzen en andere optische prothesen laten herstellen en/of vervangen;
 - 3.5.10. personen die geneesmiddelen en bandageartikelen aankochten zonder voorschrift van de buitenlandse geneesheer;
 - 3.5.11. personen die in het buitenland niet in België geregistreerde geneesmiddelen aankochten op voorschrift van een Belgisch zorgverstreker.
 - 3.5.12. verblijf in een land waarvoor de Federale Overheidsdienst van Buitenlandse Zaken op de datum van vertrek een negatief reisadvies gaf
 - 3.5.13. de kosten voor een eenpersoonskamer zonder toestemming van de alarmcentrale
 - 3.5.14. de geneeskundige verstrekkingen die niet zijn ingediend binnen twee jaar nadat ze werden verleend.
 - 3.5.15. de geneeskundige verstrekkingen wanneer de rechthebbende de reisadviezen van het Instituut voor Tropische Geneeskunde en de FOD Buitenlandse Zaken niet heeft nageleefd.
 - 3.5.16. de geneeskundige verstrekkingen bij overmatig gebruik van alcohol of het gebruik van verdovende middelen zoals bedoeld in het KB van 31 december 1930 houdende regeling van de slaapmiddelen en de verdovende middelen en betreffende risicobeperking en therapeutisch advies.
 - 3.5.17. de geneeskundige verstrekkingen als gevolg van vrijwillige deelname aan een misdrijf.
 - 3.5.18. de geneeskundige verstrekkingen als gevolg van een zelfmoordpoging door de rechthebbende.
 - 3.5.19. de zwangerschap of de bevalling vanaf de 32 ste week van de zwangerschap.
- 3.6. In afwijking van de bepalingen van de punten 3.5.2. en 3.5.3. kunnen studenten die in het kader van hun opleiding deelnemen aan een uitwisselingsprogramma of een vorming in het buitenland ook van de dekking genieten en dit onder de volgende voorwaarden:

- studenten vanaf 17 jaar die het recht op kinderbijslag in de Belgische sociale zekerheid genieten, zijn verplicht zich te voorzien van de Europese verzekeringskaart.
- Niet E128-gerechtigde studenten vanaf 17 jaar die van het recht op kinderbijslag in de Belgische sociale zekerheid genieten, moeten een certificaat van een erkende onderwijsinstelling in het desbetreffende land voorleggen.

In afwijking van punt 3.4.3. is de dekking uitgebreid tot 1 jaar tijd. Deze supplementaire dekking geldt enkel voor de EER-landen en Zwitserland.

In afwijking van punt 2.2., zal bij een medisch noodzakelijke repatriëring van een student in het buitenland de normale kostprijs van het vliegtuigretourticket niet in mindering worden gebracht van de tussenkomst.

4. Verplichtingen van de leden-rechthebbenden

- 4.1. Een verzekerde die niet in orde is met de wettelijke verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen maar wel met de aanvullende verzekering heeft geen recht op tussenkomst in de medische kosten op basis van de aanvullende verzekering. De verzekerde moet in regel zijn met de aanvullende verzekering in het kwartaal dat voorafgaat aan de gebeurtenis die aanleiding geeft tot de medische kost of de repatriëring.
- 4.2. Er is meldingsplicht bij de alarmcentrale in geval van repatriëring.
- 4.3. Bij hospitalisatie moet de melding binnen 48 uur bij de alarmcentrale plaatsvinden;
- 4.4. Bij het niet voldoen aan de voorwaarden onder 4.2. en 4.3. wordt de tussenkomst van de dienst beperkt tot 125 euro.
- 4.5. De rechthebbende of zijn verwanten moeten alle redelijke maatregelen nemen om de gevolgen van de ziekte of het ongeval te beperken en verergering te voorkomen;
- 4.6. De rechthebbende of zijn verwanten moeten alle redelijke maatregelen nemen om de kosten waarvoor de dienst een tegemoetkoming verleent te beperken.
- 4.7. De rechthebbende verbindt zich ertoe op eigen initiatief of op vraag van de dienst alle nuttige inlichtingen en documenten te verschaffen die nodig zijn voor de opvolging van de bijstand, de kosten, de financiële afrekening en eventuele geschillen. Er wordt een einde gesteld aan de bijstand indien de rechthebbende moedwillig nuttige informatie en documenten achterhoudt, foute informatie geeft of weigert in te gaan op een verzoek van de dienst om de gedefinieerde informatie of documenten te geven.

5. Diverse bepalingen

- 5.1. Om deze dienst te organiseren zal het ziekenfonds hetzij aansluiten bij de dienst voor dringende medische hulp, bijstand en ziektekostendekking in het buitenland van het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten, hetzij een beroep doen op derden voor de organisatie en uitvoering van de prestaties bedoeld bij punt 2.
- 5.2 De rechthebbende geeft de toestemming aan het ziekenfonds en de organisatie aan wie de dienstverlening wordt toevertrouwd om medische en andere informatie in te zamelen, te behandelen en door te geven aan derden voor zover dit nodig is voor het beheer van de kosten en van de afrekening van de bijstand van eventuele geschillen. De wettelijke bepalingen inzake het medisch geheim blijven onverminderd van toepassing.

De artikels 103 en 104 zijn voorbehouden voor toekomstige diensten

ARTIKEL 105

De leden, die bijdragen voor de diensten bedoeld in de afdelingen van huidig titel, evenals hun personen ten laste, moeten, om toegang te hebben tot deze diensten, regelmatig en zonder onderbreking de verschuldigde bijdragen op de voorziene vervaldatum betaald hebben, in regel zijn met hun bijdragen op het ogenblik van toegang tot de vermelde diensten rekening houdend met de werkelijke betalingsdatum en een volledige wachttijd volbracht hebben bij het ziekenfonds. De wachttijd voor de diensten bedoeld in de afdelingen van huidige titel bedraagt zes maanden.

De wachttijd van zes maanden vervalt indien het lid aantoonbaar is dat hij op de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van zijn aansluiting al toegang had tot een gelijkaardige dienst bij een andere entiteit omdat hij de door de andere entiteit voorziene wachttijd had volbracht of omdat hij door de andere entiteit werd vrijgesteld van een wachttijd. Indien de duur van de aansluiting bij de gelijkaardige dienst van een andere entiteit kleiner is dan de wachttijd voorzien door deze andere entiteit, dan wordt deze duurtijd van aansluiting in mindering gebracht van de duur van de te vervullen wachttijd. Anderzijds vervalt de wachttijd voor een lid die gerechtigd wordt en die als persoon ten laste had voldaan aan voormelde wachttijd (in voege met terugwerkende kracht op 01/07/2007).

Het ziekenfonds, kan bij beslissing van de Algemene Vergadering van het ziekenfonds, een einde stellen aan het geheel of een gedeelte van de diensten voorzien in huidige statuten.

Dergelijke beslissing impliceert een statutenwijziging en een goedkeuring door de Controledienst voor de ziekenfondsen.

Afdeling 23 - Verjaring - Extraterritorialiteit

ARTIKEL 106

De diensten bedoeld in de afdelingen van huidig hoofdstuk, moeten aangevraagd worden binnen de termijnen en volgens de modaliteiten bepaald inzake de verjaringstermijnen voorzien in artikel 48bis van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen

Het ziekenfonds heeft geen toelating om van deze verjaringstermijn af te zien.

De tussenkomsten van de diensten bedoeld in de afdelingen van huidig hoofdstuk zijn gelijk voor alle leden onafgezien of zij al dan niet hun woonplaats hebben binnen het werkingsgebied van het ziekenfonds.

ARTIKEL 106 bis

Aan de leden die hun woonplaats hebben buiten het werkingsgebied van het ziekenfonds als bepaald in artikel 3 van onderhavige statuten en die om deze reden niet de dienstverlening voorzien in de artikels 57 Cbis, 57 Cter, 57 Cquater, 57 Cquinquies, kunnen genieten en voor zover de dienstverlening plaatsvond buiten het werkingsgebied van het ziekenfonds wordt een financiële tegemoetkoming verstrekt ten bedrage van de geldelijke tegenwaarde van het voorziene voordeel, zonder evenwel het bedrag ten laste van de rechthebbende te overschrijden.

De geldelijke tegenwaarde is vastgesteld als volgt :

- voetverzorging (57 Cbis, 57 Cter) 6,50 euro per verstrekking,
- podologie (57 Cquater, 57 Cquinquies) 9,50 euro per verstrekking.

De tussenkomst wordt toegekend op voorlegging van de originele en gedateerde betalingsbewijzen van de aangeschafte dienstverlening.

Afdeling 24 - Cumul

ARTIKEL 107

Geen enkele tussenkomst voorzien in de huidige statuten, mag gecumuleerd worden met een prestatie met dezelfde finaliteit die verschuldigd is krachtens een andere Belgische of buitenlandse wetgeving.

Wanneer het ziekenfonds tussenkomt in het kader van de diensten uit onderhavige hoofdstuk, treedt zij in alle rechten en vorderingen van de rechthebbende tegen derden die aansprakelijk zijn voor de gebeurtenis die aanleiding geeft tot haar tegemoetkoming.

Bijgevolg mag de rechthebbende geen afstand van verhaal doen zonder voorafgaandelijke schriftelijke toestemming van het ziekenfonds.

Hij of zij verbindt zich bovendien ertoe om deze indeplaatsstelling op verzoek te hernieuwen. Alleszins is de in de plaats tredende vrij te beslissen om een rechtszaak aan te spannen en over het gevolg dat daaraan moet gegeven worden.

Wanneer een tussenkomst voorzien in de afdelingen 1 tot en met 15 van titel V van deze statuten eveneens voorzien wordt door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en behoudens andersluidende uitdrukkelijke bepaling, zal deze in mindering worden gebracht van de voormelde tussenkomsten.

TITEL VI - Begrotingen en rekeningen

ARTIKEL 108

1. Administratief centrum: verdeelcentrum (98/1)

Het centrum heeft tot doel te fungeren als verdeelcentrum voor de gemeenschappelijke werkingskosten. Dat centrum heeft elk jaar een nulresultaat en heeft geen gecumuleerde overschotten of tekorten. De gemeenschappelijke werkingskosten worden via dit centrum volledig verdeeld over de verrichtingen en de diensten.

De kosten en de technische inkomsten, met name de inkomsten en de kosten die door hun aard rechtstreeks verband houden met een welbepaalde dienst, zoals de bijdragen, de verstrekkingen, de overheidstoelagen, de giften, de legaten, de diverse ontvangsten en inkomsten, de aanpassingen aan de technische uitrustingen, worden rechtstreeks bij deze dienst geboekt.

Andere dan technische kosten worden bij de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en bij de verschillende diensten of dienstengroepen van de aanvullende diensten geboekt op basis van een analyse van de effectieve kosten die verband houden met de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, en met elke dienst of dienstengroep van de aanvullende diensten.

2. Administratief centrum; boekingsreserve van de administratiekosten van de verplichte verzekering (98/2)

Dit deel van het centrum heeft tot doel de bijdragen te innen die bestemd zijn om een eventueel mali te dekken van de administratiekosten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, als bedoeld in artikel 195, §5 van de wet van 14 juli 1994 en dit, ten belope van de geïnde bijdragen.

De financiële inkomsten uit de activa van het administratief centrum of uit de activa die duurzaam aan deze dienst zijn toegewezen, worden bij het administratief centrum geboekt.

Naar analogie, worden de boni van de administratiekosten van de verplichte verzekering hier eveneens toegewezen.

De kosten en ontvangsten vastgesteld door de Controledienst worden eveneens bij het administratief centrum geboekt.

ARTIKEL 109

De rekeningen en de begroting moeten worden goedgekeurd door de Algemene Vergadering van het ziekenfonds, overeenkomstig artikel 17 van de wet van 6 augustus 1990.

ARTIKEL 110

De controle over de financiële toestand, de jaarrekeningen en de overeenstemming met de bestaande wetten en administratieve bepalingen op de ziekenfondsen, zowel voor de verplichte als voor de aanvullende verzekering en tegenover huidige statuten, evenals de vaststellingen in de jaarrekeningen zal toevertrouwd worden aan één of meerdere commissarissen benoemd voor drie jaar door de Algemene Vergadering van het ziekenfonds volgens de voorwaarden bedoeld in artikel 32 van de wet van 6 augustus 1990.

De bezoldiging van de commissaris(sen) zal vastgesteld worden door de Algemene Vergadering van het ziekenfonds bij hun aanduiding.

De uittreedende commissarissen zijn herkiesbaar.

De commissarissen revisoren brengen verslag uit over de resultaten van hun controle van de jaarrekeningen, op de Algemene Vergadering van het ziekenfonds.

TITEL VII - Wijzigingen aan de statuten, ontbinding en vereffening, verdeling van de gelden.

ARTIKEL 111

De statuten van het ziekenfonds kunnen worden gewijzigd overeenkomstig de artikels 10 tot 12 van de wet van 6 augustus 1990.

ARTIKEL 112

Elke fusie of ontbinding van het ziekenfonds of van een van zijn diensten moet gebeuren overeenkomstig de artikels 44 tot 48 van de wet van 6 augustus 1990 met uitzondering van artikel 44 bis van voornoemde wet.

In geval van stopzetting van één of meerdere diensten bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c) van de wet van 06/08/1990 en in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010, wordt het saldo van de activa bij voorrang aangewend voor de betaling van de voordelen ten gunste van de leden.

De beslissingen van de algemene vergadering betreffende de stopzetting van diensten en de bestemming van het saldo van de activa vallen onder de toepassing van de artikelen 10, 11 en 12, §1, derde lid van de wet van 06/08/1990.

In geval van ontbinding van het ziekenfonds wordt het saldo van de activa bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c) van deze wet en in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26/04/2010 bij voorrang aangewend voor de betaling van de voordelen ten gunste van de leden.

TITEL VIII - Inwerkingtreding

ARTIKEL 113

De huidige statuten worden van kracht volgens de bepalingen van de wet van 06 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

Voor de Federatie van Socialistische Mutualiteiten van Brabant,

Emmanuel Deroubaix
Schatbewaarder

Hans Heyndels
Algemeen secretaris

BIJLAGE 7 : Lijst schoonheidsspecialisten (artikel 57 V) versie AV 19.06.2022

NAAM	VOORNAAM	ADRES	TELEFOON	WEBSITE	EMAIL ADRES
Aerts	Anne	3800 Engelmanshoven	+32 477 65 81 11	http://	Anne.aerts@hotmail.be
Agemans	Stephanie	2570 Duffel	+32 476 65 34 02	http://	Agemans.s@telenet.be
Arnauts	Lies	3450 Geetbets	+32 496 68 54 28	http://www.glammails.be	lies_arnauts@hotmail.com
Barendse	Jane	3000 Leuven	+32 495 37 44 82	http://	jane.barendse@telenet.be
Berckmans	Nele	9170 Sint-Pauwels		http://www.berckmansnele.be	berckmansnele@gmail.com
Beyens	Hanne	3980 Tessenderlo	+32 497 92 59 41	http://www.lafarfalla.be	la_farfalla@telenet.be
Biederbeck	Nathalie	8500 Kortrijk	+32 476 60 85 27	http://www.bzenesthetiek.be	nathalie@bzenesthetiek.be
Binoir	Evi	2950 Kapellen (Antw.)	+32 473 27 94 87	http://www.binoir.be	evi@binoir.be
Bleyaert	Brenda	8310 Sint-Kruis	+32 476 33 50 68	http://www.scharminka-b.be	scharminka.b@telenet.be
Caluwé	Marijolein	9100 Sint-Niklaas		http://www.capellihair-beauty.be	capellihair-beauty@hotmail.com
Claes	Greetje	1790 Affligem	+32 478 78 60 40	http://	greetje.claes@telenet.be
Claeys	Michèle	8310 Assebroek	+32 477 506 868	http://haarstudio-michele.weebly.com	michele.claeys@icloud.com
Cobbe	Camille	8800 Roeselare	+32 473 65 23 69	http://www.esthetiekcamille.be	camille_cobbe@hotmail.com
Coenen	Melloney	3620 Lanaken		http://	melke4@hotmail.com
Cornil	Fien	9620 Zottegem	32495151134	http://	fien.cornil@gmail.com
Cousaert	Chantal	8400 Oostende		http://	chantal@bebel.be
De Bock	Charlotte	2070 Zwijndrecht	+32 476 71 79 76	http://www.tkappershuis.be	charlottedebock109@telenet.be
De Bontridder	Jiska	3060 Bertem	+32 498 85 34 59	http://www.jjsnailsandbeauty.be/	jiska.debontridder@hotmail.com
De Gruyter	Mariëke	2320 Hoogstraten	+32 472 85 86 77	http://www.facebook.com/bodylanguagebymarieke	info@body-l.be
De Langhe	Hélène	9961 Boekhoute	+32 476 65 76 35	http://www.beautysalonhelene.be	Info@beautysalonhelene.be
De Saint Moulin	Delphine	3000 Leuven	+32 497 68 65 38	http://www.delphinium.be	delphine.desaintmoulin@gmail.com
De Schuyter	Joke	8211 Aartrijke	+32 475 29 95 32	http://	deschuyter.joke@telenet.be
De Smedt	Fran	9255 Buggenhout	+32 474 61 55 66	http://	frandesmedt@hotmail.com
De Soete	Elsje	8490 Snellegem		http://	elsje.de.soete@telenet.be
De Sutter	Eva	2235 Hulshout	+32 499 99 94 35	http://www.villaesthetica.com	desutter.eva@gmail.com
De Vogel	Titta	9100 Sint-Niklaas		http://	titta.de.vogel@hotmail.com
Debeuckelaere	Nancy	8430 Middelkerke	+32 495 44 74 93	http://	nancydebeuck@hotmail.com
Demeulemeester	Hilde	9990 Maldegem	+32 475 844 706	http://www.esthetiekhilde.be	esthetiek-hilde@hotmail.com
Desmet	Nico	8500 Kortrijk		http://	tonsurton@skynet.be
Dreesen	Mariet	3990 Kleine-Brogel	+32 472 31 58 53	http://	marietdreesen@gmail.com
Ernst	Jessica	9200 Dendermonde	+32 479 241 268	http://	e-jess@hotmail.com
Everaerts	Carine	1850 Grimbergen	+32 476 74 63 42	http://	carine.everaerts@gmail.com
Gebeelen	Michelle	3680 Opoeteren	+32 497 18 07 57	http://www.moienmeer.be	michellegebeelen@hotmail.com
Geysels	Patricia	2223A Schriek	+32 479 51 10 10	http://	patricia.geysels@telenet.be
Goossens	Elke	9052 Zwijnaarde	+32 489 88 54 82	http://www.instituut-una.be	elkegoossens94@gmail.com
Haeyaert	Nele	8930 Rekkem	+32 497 81 56 23	http://www.jeunesse-rekkem.be	nele.haeyaert@hotmail.com
Huygh	Carine	3010 Kessel-Lo	+32 499 12 27 92	http://www.gespecialiseerdvoetverzorging.net	carine.huygh@skynet.be
Jacobs	Renata	2570 Duffel	3215318927	http://www.zennafi.be	info@zennafi.be
Jeangout	Annick	9100 Sint-Niklaas		http://www.haarkliniek.be	haarkliniek.jeangout@skynet.be
Jordens	Annick	2018 Antwerpen	+32 473 47 11 15	http://www.cosmeoplus.be	Annick.jordens2@skynet.be
Jordi	Marianne	8780 Oostrozebeke	+32 475808921	http://www.beautyounge-oostrozebeke.be	Jordi.Marianne@skynet.be
Kerrebrouck	Agnes	2500 Lier	+32 477 05 87 00	http://	agnes-kgm@hotmail.com
Lagrange	Lies	9690 Kluisbergen	+32 484 66 28 79	http://	lieslagrange@icloud.com
Lahaye	Peggy	8550 Zwevegem	+32 476 54 15 52	http://instituut-peggy.be	lahayepeggy@hotmail.com
Lammens	Stefanie	8700 Tielt	+32 475 72 76 62	http://	stefanie.lammens@gmail.com
Lavrijsen	Fien	2370 Arendonk		http://haarstudioaura.be	haarstudio.aura@telenet.be
Lawaisse	Helene	8000 Brugge	+32 477 75 31 91	http://www.healthpoint.be	healthpointhelene@me.com
Leemans	Ellen	2970 Schilde	+32 484 30 95 24	http://	ellenleemans@icloud.com
Ligneel	Sandra	8980 Zonnebeke	+32 473 22 46 22	http://	sandra.ligneel@gmail.com
Loos	Iris	2460 Kasterlee	+32 474 47 06 29	http://	loosiris@hotmail.com
Maes	Caroline	9968 Bassevelde	+32 497 76 85 87	http://	maescarolien@hotmail.com
Mees	Kaatje	9190 Stekene	+32 478 84 72 46	http://www.puur-stekene.be	kaatjemees@hotmail.com
Merchiers	Kim	9660 Brakel	+32 475 24 66 65	http://	kim.merchiers1@telenet.be
Merry	Isabelle	9070 Destelbergen	+32 498 80 71 36	http://	isabelle_merry@hotmail.com
Moermans	Jessica	3770 Vlijtingen	+32 498 45 91 01	http://facebook.com/Beauty-by-Jess	moermansjessica@hotmail.be
Moors	Chinouk	3665 As	+32 497 91 90 45	http://	noukie-dans@hotmail.com
Morlion	Sarah	8940 Wervik		http://www.headsupwervik.be	sarah_morlion@hotmail.com
Nys	Wendy	9100 Sint-Niklaas		http://www.haarkliniek.be	ronny.scheers@telenet.be
Ostyn	Anne	9170 Sint-Gillis-Waas	+32 476 31 03 66	http://www.anneostyn.be	anne-ostyn@skynet.be
Peeters	Katrien	3140 Keerbergen	+32 474 46 47 38	http://www.addicted2beauty.be	info@addicted2beauty.be
Piccart	Kristine	9400 Appelterre-Eichem	+32 472 47 26 50	http://www.hetkleinenoegen.be	info@hetkleinenoegen.be
Piskor	Karolien	3470 Kortenaeken	+32 494 11 48 76	http://www.mooschoonheidsverzorging.be	info@mooschoonheidsverzorging.be
Pollefeyt	Lieveke	8560 Gullegem	+32 473 22 21 82	http://	lieveke.pollefeyt@telenet.be
Pollentier	Valerie	8380 Dudzele	+32 473 54 73 80	http://www.ma-peau.be	valletje01@hotmail.com
Poppe	Helga	9120 Beveren	+32 476 42 12 37	http://www.hetlindehuis.be	helga.poppe@telenet.be
Ravelingien	Ine	8790 Waregem	+32 497 25 86 09	http://www.instituutclat.be	ineravelingien@yahoo.com
Ribeiro	Stephanie	3600 Genk	+32 487 14 90 18	https://www.facebook.com/APUREGENK/	stephanieribeiro@gmail.com
Roelandt	Jo	9320 Nieuwerkerken	+32 468 26 64 43	http://www.zenzalon.be	jo.roelandt@telenet.be
Rogiers	An	9700 Oudenaarde	+32 494 80 44 10	http://	an.rogiers@hotmail.be
Roothoof	Cathy	2550 Kontich	+32 475 98 45 74	http://www.carosbeauty.be	cathyroothoof@hotmail.com
Ryckaert	Leen	8300 Knokke	+32 479 28 15 91	http://	leenryckaert@hotmail.com
Saelens	Sofie	1790 Affligem	+32 479 07 46 77	http://www.beautymedics.be	naturelle@beautymedics.be
Salaerts	Herlinde	8930 Lauwe		http://	info@lotuswellness.be
Schoolmeesters	Annelies	3200 Gelrode	+32 476 56 11 62	http://www.sanitas.be	info@sanitas.be
Schynkels	Sabine	9031 Drongen	+32 477 69 26 08	http://www.bcs-drongen.be	sabine.schynkels@telenet.be
Serra	Stephanie	3530 Houthalen	+32 478 35 69 33	http://www.bellavista-salon.be	stephanieserra@hotmail.com
Smet	Saskia	9120 Beveren	+32 3 775 76 06	http://haarwerkensaskia.be	saskia_smet@hotmail.com
Staut	Eveline	9120 Beveren	+32 496 23 21 75	https://m.facebook.com/Schoonheidsinstituut-Eveline-1	eveline.staut93@gmail.com
Steeleman	Ann	9810 Nazareth	+32 477 403 757	http://www.instituut-ann.be	info@instituut-ann.be
Strypsteen	Gwendy	8200 Sint-Andries	+32 478 43 54 29	http://	gwendystrypsteen@hotmail.com
Sys	Sophie	9000 Gent	+32 476 27 43 90	http://	sophie.sys@edpnet.be
Thielemans	Lieve	3020 Herent	31473724175	http://	lievethielemans@skynet.be
Van Geyte	Eline	2100 Borgerhout	+32 486 09 74 12	http://	x.eline.x@hotmail.com
Van Goidsenhoven	Carla	2060 Antwerpen	+32 473 21 59 96	http://	carlavangoidsenhoven@hotmail.com
Van Landeghem	Sabine	9200 Dendermonde		http://	intercoffure.lafayette@pandora.be
Van Lierde	Machteld	9300 Aalst	31475297669	http://www.schoonheidsinstituutmachteld.be	machteld.vanlierde@skynet.be
Van Mossevelde	Sabine	9800 Astene		http://	Sabinevanmossevelde@gmail.com
Van Nieufland	Kelly	9250 Waasmunster	+32 485 27 84 30	http://www.schoonheidsalon-kelly.be	kellyn@hotmail.com
Van Parys	Patricia	9940 Evergem	+32 475 90 44 88	http://www.patriciaanparys.be	patricia.v.parys@gmail.com
Van Steirteghem	Tanja	9170 Sint-Gillis-Waas	+32 486 02 10 19	http://	tanjavansteirte@gmail.com
Vandael	Carine	8301 Heist-aan-Zee	+32 473878298	http://kapsalonfigaro.be	kapsalonfigaro@skynet.be
VandeGehuchte	Wendy	9940 Evergem	+32 497 63 56 58	http://www.imperia-esthetica.be	wendy@imperia-esthetica.be
Vandormael	Elfi	3583 Paal	+32 472 26 96 73	http://www.elfischoonheidspecialiste.be	elfivandormael@hotmail.com
Vanhove	Virginie	8840 Staden	+32 485 42 61 08	http://www.finosenzo.be	info@finosenzo.be
Vanslambrouck	Marijke	8820 Torhout	+32 485407212	http://www.kapsalonchic.be	pol.marijke@kapsalonchic.be
Vercaigne	Carline	2381 Weelde	+32 468206818	http://www.c-care-schoonheidsinstituut.be	vercaignecarline@hotmail.com
Vercammen	Sabine	2222 Itegem	+32 474 74 69 60	http://www.soignee.be	info@soignee.be
Verfaillie	Elsje	9840 De Pinte	+32 471 06 43 06	http://www.elsjenaturalhealingcenter.com	elsjeverfaillie@yahoo.com
Verhaeghe	Sarah	8670 Koksijde	+32 479 61 26 47	http://www.cadanswellness.be	info@cadanswellness.be
Verhaeghen	Isabelle	8310 Assebroek	+32 498 82 24 35	http://www.espelho.be	isabelle.verhaeghen@telenet.be
Vermeiren	Sofie	9112 Sinaai-Waas	+32 477279564	http://www.mooibijsofie.be	sofie@mooibijsofie.be
Vermeulen	Kristel	9120 Beveren-Waas		http://	davy@davyhens.be
Wellekens	Ingrid	9060 Zelzate		http://www.hair-artist.net	info@hair-artist.net
Wuyckens	Ester	9040 Sint-Amandsberg (Gent)	+32 471 41 67 75	http://	estrr.ew@gmail.com
Wuyts	Inge	3128 Baal	+32 496 84 17 05	http://thebeautybox.be	ikke_124@hotmail.com
Yelantseva	Valentina	9120 Beveren-Waas	32497028689	http://boostwellness.be	valentinayelantseva@gmail.com

Bijdragetabel van de entiteit: 306 - Federatie van Socialistische Mutualiteiten van Brabant

Versie: 2022/1

Goedkeuringsdatum: 17/10/2021

Toepassingsdatum: 01/01/2022

Status: A - goedgekeurd door de CDZ

Ledencategorieën

Cat.1: Mutualistisch gezin zonder personen ten laste

Cat.2: Mutualistisch gezin met personen ten laste

A. Eigen bijdragen

Diensten		Akkoorden (aantal)	Referenties (artikels uit de statuten)	Bedragen per ledencategorie (EUR/jaar)	
Code	Naam			Gewone bijdragen	
				Cat.1	Cat.2
15	Overige verrichtingen	9	tout sauf art 95	68,36	68,36
38	Financiering van collectieve acties en betoelaging van socio-sanitaire structuren	18	art 95	9,76	9,76
98/01	Administratief centrum: verdeelcentrum	0	art 108	0,00	0,00
98/02	Administratief centrum: reserve administratiekosten verplichte verzekering	0	art 108	0,72	0,72
Totaal				78,84	78,84

Lijst van samenwerkingsakkoorden

Diensten		Rechtspersonen	
Code	Naam	KBO-nummer	Benaming
15	Overige verrichtingen	0480.604.316	joetz
15	Overige verrichtingen	0447.758.037	handicapés et solidarité
15	Overige verrichtingen	0443.360.076	aide à domicile thuishulp
15	Overige verrichtingen	0415.293.028	fnph nfgz
15	Overige verrichtingen	0449.976.961	domein westhoek
15	Overige verrichtingen	0447.779.912	gehandicapten en solidariteit
15	Overige verrichtingen	0442.621.094	Mutualistische Alarmcentrale MUTAS
15	Overige verrichtingen	0447.780.110	jongeren en solidariteit
15	Overige verrichtingen	0447.758.631	latitude jeunes regionale du brabant
38	Financiering van collectieve acties en betoelaging van socio-sanitaire structuren	0467.750.232	loisirs et santé
38	Financiering van collectieve acties en betoelaging van socio-sanitaire structuren	0863.894.668	vrije tijd en gezondheid
38	Financiering van collectieve acties en betoelaging van socio-sanitaire structuren	0447.779.912	gehandicapten en solidariteit
38	Financiering van collectieve acties en betoelaging van socio-sanitaire structuren	0447.758.037	handicapés et solidarité
38	Financiering van collectieve acties en betoelaging van socio-sanitaire structuren	0447.780.110	jongeren en solidariteit
38	Financiering van collectieve acties en betoelaging van socio-sanitaire structuren	0408.651.397	gezinsplanning rosa
38	Financiering van collectieve acties en betoelaging van socio-sanitaire structuren	0445.177.639	s academie asbl
38	Financiering van collectieve acties en betoelaging van socio-sanitaire structuren	0437.614.708	thuiszorg brabant
38	Financiering van collectieve acties en betoelaging van socio-sanitaire structuren	0446.110.819	s academie vzw
38	Financiering van collectieve acties en betoelaging van socio-sanitaire structuren	0447.758.829	troisième âge et solidarité
38	Financiering van collectieve acties en betoelaging van socio-sanitaire structuren	0415.293.028	fnph nfgz
38	Financiering van collectieve acties en betoelaging van socio-sanitaire structuren	0443.361.264	thuiszorg brussel
38	Financiering van collectieve acties en betoelaging van socio-sanitaire structuren	0891.662.008	zorgcoördinatie brabant
38	Financiering van collectieve acties en betoelaging van socio-sanitaire structuren	0447.758.631	latitude jeunes régionale du brabant
38	Financiering van collectieve acties en betoelaging van socio-sanitaire structuren	0410.855.079	jeanne vanderveken fonds
38	Financiering van collectieve acties en betoelaging van socio-sanitaire structuren	0408.208.662	de svv van brabant
38	Financiering van collectieve acties en betoelaging van socio-sanitaire structuren	0449.976.961	domein westhoek
38	Financiering van collectieve acties en betoelaging van socio-sanitaire structuren	0447.778.031	derde leeftijd en solidariteit

B. Landsbond + Maatschappij(en) van onderlinge bijstand

Entiteit		Bijdragetabel		Bedragen per ledencategorie (EUR/jaar)	
Nr	Benaming	Versie	Toepassingsdatum	Cat.1	Cat.2
300	Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten	2021/1	01/01/2021	5,16	5,16
Totaal				5,16	5,16

Totaal A + B

Entiteit		Bijdragetabel		Bedragen per ledencategorie (EUR/jaar)	
Nr	Benaming	Versie	Toepassingsdatum	Cat.1	Cat.2
306	Federatie van Socialistische Mutualiteiten van Brabant	2022/1	01/01/2022	78,84	78,84
300	Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten	2021/1	01/01/2021	5,16	5,16
Totaal				84,00	84,00

Toelichting

Détail unms/nvsm :

Maison de la solidarité / huis van solidariteit : 0,96 Eur

AFS / VFSG : 3,00 Eur

Caisse administrative unms / administratieve kas nvsm : 1,20 Eur