



Vlaams & Neutraal
Ziekenfonds

**Vlaams & Neutraal
Ziekenfonds**

Hoogstratenplein 1
2800 Mechelen

STATUTEN

Gecoördineerde versie van kracht op 1 april 2021

De laatste wijzigingen aan deze gecoördineerde versie van de statuten werden:

- op **26 januari 2021** beslist door de Algemene Vergadering van het VNZ;
- op **26 maart 2021** goedgekeurd door de Raad van de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

De Controledienst heeft de volgende statutaire bepalingen goedgekeurd onder voorbehoud van een of meer wijzigingen: **nihil**

De bepalingen met een voorbehoud van de Controledienst staan onderstreept, vet- en schuingedrukt (indien van toepassing).

Het Vaams & Neutraal Ziekenfonds (203) is aangesloten:

- bij de Landsbond van Neutrale Ziekenfondsen, waarvan de statuten beschikbaar zijn op de webstek ervan met volgend adres:
<http://www.neutrale-ziekenfondsen.be>
- bij de maatschappij van onderlinge bijstand Neutrale Zorgkas Vlaanderen, waarvan de statuten beschikbaar zijn op de webstek van het ziekenfonds met het volgende adres:
<http://www.vnz.be/statutenneutralezorgkasvlaanderen.be>

STATUTEN VLAAMS & NEUTRAAL ZIEKENFONDS (203)

Inleiding

Hoofdstuk I: **Stichting – Benaming – Doeleinden –
Maatschappelijke zetel en omschrijving van
het ziekenfonds**
Artikels 1 – 4

Hoofdstuk II: **Aansluiting, ontslag en uitsluiting van de leden**
Artikels 5 – 6

Hoofdstuk III: **Categorieën van leden**
Artikels 7 - 8

Hoofdstuk IV: **Organen van het ziekenfonds**
Afdeling 1: De Algemene Vergadering
Artikels 9 – 25
Afdeling 2: Vertegenwoordiging Landsbond
Artikels 26 – 29
Afdeling 3: Vertegenwoordiging MOB's
Artikel 30
Afdeling 4: Raad van Bestuur
Artikels 31 – 40
**Afdeling 5: Het Directiecomité en
Bezoldigingscomité**
Artikel 41

Hoofdstuk V: **De diensten van het ziekenfonds**
Artikel 42
Afdeling 1: Logopedie
Artikel 43
Afdeling 2: Voetverzorging
Artikel 44
Afdeling 3: Verzorgingsmateriaal
Artikel 45
Afdeling 4: Orthodontie en tandzorgen
Artikel 46
Afdeling 5: Brillen, lenzen, laser en prothesen
Artikel 47
Afdeling 6: Diverse medische verstrekkingen
Artikel 48
Afdeling 7: Zorgverblijven
Artikel 49

Afdeling 8: Kortverblijf, dag- en nachtopvang

Artikel 50

Afdeling 9: Begeleidende persoon bij hospitalisatie

Artikel 51

Afdeling 10: Thuisoppas zieke kinderen

Artikel 52

Afdeling 11: Gezinszorg, poetsdienst, thuisverpleging en kraamhulp

Artikel 53

Afdeling 12: Uitleendienst

Artikel 54

Afdeling 13: Niet-dringend ziekenvervoer

Artikel 55 - 56

Afdeling 14: Geboorte- en adoptiepremie

Artikel 57

Afdeling 15: Jeugdwerking

Artikel 58

Afdeling 16: Lidgeld sportclub

Artikel 59

Afdeling 17: Alternatieve geneeskunde

Artikel 60

Afdeling 18: Dienst informatie aan leden

Artikel 61

Afdeling 19: Dienst Maatschappelijk Werk

Artikel 62

Afdeling 20: Administratief centrum

Artikel 63

Afdeling 20: Algemene bepalingen

Artikels 64 - 65

Hoofdstuk VI: Gebruik en beheer van de bijdragen

Artikels 66 – 70

Hoofdstuk VII: Samenwerking

Artikel 71

Hoofdstuk VIII: Ontbinding en vereffening

Artikels 72 – 74

Hoofdstuk IX: Bijlagen aan de statuten

Hoofdstuk I

Stichting - Benaming – Doeleinden

Maatschappelijke zetel en omschrijving van het ziekenfonds

Artikel 1.

Een mutualiteitsverbond werd gesticht te Lier op 10 april 1916 onder de benaming "Gewestelijke Tak Lier van het Algemeen Verbond der Vlaamsche Mutualistische Verenigingen van België".

De benaming "Verbond der Liersche Ziekenkassen - Tak Lier" werd bekrachtigd bij koninklijk besluit van 19 januari 1929. De benaming "Verbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen - Tak Lier" werd bekrachtigd bij koninklijk besluit van 6 juli 1967 en gewijzigd door de Algemene Vergadering van 29 oktober 1991 tot "Verbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen".

De Algemene Vergadering van 24 april 2002 wijzigde de naam in "Neutraal Ziekenfonds" (afgekort N.Z. – identificatienummer 203).

Een ziekenfonds werd gesticht te Mechelen op 9 maart 1989 onder de benaming "Verbond van Vlaamse Ziekenfondsen", erkend bij koninklijk besluit van 24 januari 1990. De Algemene Vergadering van 17 september 1997 wijzigde de naam in "Vlaams Neutraal Ziekenfonds – Vlaanderen" (afgekort V.N.Z. – identificatienummer 236).

Op grond van de beslissingen van de Algemene Vergaderingen, samengekomen te Mechelen op 9 maart 2005 van het Vlaams Neutraal Ziekenfonds – Vlaanderen (236) en te Lier op 10 maart 2005 van het Neutraal Ziekenfonds (203), zijn de beide ziekenfondsen gefusioneerd op 1 januari 2006 onder de benaming "Vlaams & Neutraal Ziekenfonds – Vlaanderen" met identificatienummer 203.

Vanaf 1 januari 2015 neemt het ziekenfonds de benaming "Vlaams & Neutraal Ziekenfonds", afgekort VNZ, aan.

In zijn betrekkingen met derden kan het ziekenfonds ook gebruik maken van volgende benamingen en afkortingen: Vlaams en Neutraal Ziekenfonds, Vlaams Neutraal Ziekenfonds 203, Vlaams Ziekenfonds, Neutraal Ziekenfonds, V&NZ, VNZ 203, VNZiekenfonds en VNZ-Vlaanderen.

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: het deelnemen aan de uitvoering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, waartoe haar de toelating werd gegeven door de landsbond waarbij het 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 het ziekenfonds instaat voor de terugbetaling, hetzij rechtstreeks, hetzij via de betalende derde, van de geneeskundige verstrekkingen verstrekt aan hun leden of de personen te hunnen laste zowel op het vlak van verstrekkingen artsen, tandartsen, paramedici alsmede verstrekkingen en opnamen in medico-sociale instellingen aan de leden of de personen te hunnen laste.

Bovendien omvat deze taak ook de begeleiding van bedoelde leden teneinde ervoor te zorgen dat hun kwalitatieve zorgen worden verzekerd en dat de toegang tot deze zorgen voor iedereen openstaat binnen het kader van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Daarnaast zal het ziekenfonds ook instaan voor de uitbetaling van de invaliditeitsuitkeringen aan de werknemers en zelfstandigen, het uitbetalen van de uitkeringen wegens moederschapsrust, vaderschapsverlof.

Al deze werkzaamheden en de controle erop gebeuren in uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 en haar uitvoeringsbesluiten.

De uitvoering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen geschiedt onder de verantwoordelijkheid van de landsbond. Het ziekenfonds gaat de verbintenis aan zich te houden aan de bepalingen van de wet, de statutaire bepalingen en de richtlijnen van de landsbond;

b. in het kader van artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990 en artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010: het toekennen van tussenkomsten, voordelen en uitkeringen aan hun leden en de personen te hunnen laste en het verlenen van de nodige hulp, voorlichting, begeleiding en bijstand met betrekking tot:

- logopedie,
- voetverzorging,
- verzorgingsmateriaal,
- orthodontie en tandzorgen,
- brillen, lenzen, laser en prothesen,
- diverse medische verstrekingen,
- zorgverblijven,
- kortverblijf, dag- en nachtopvang,
- begeleidende persoon bij hospitalisatie,
- thuisopvang zieke kinderen,
- gezinszorg, poetsdienst, thuisverpleging en kraamhulp,
- uitleendienst,
- ziekenvervoer,
- geboorte- en adoptiepremie,
- jeugdwerking,
- lidgeld sportclub,
- alternatieve geneeskunde,
- dienst informatie aan leden,
- dienst maatschappelijk werk,
- administratief centrum (98/2).

De hierboven vermelde diensten en verrichtingen vormen de aanvullende verzekering en zijn verplicht vanaf 1 januari 2011. De aansluiting bij één dienst van de aanvullende verzekering houdt de automatische aansluiting bij alle aanvullende diensten en verrichtingen van het ziekenfonds, de MOB's, waarbij het ziekenfonds is aangesloten, en de landsbond in. De prestaties in het kader van deze diensten en verrichtingen worden aangeboden volgens de beschikbare middelen.

Voor een volledige verrekening en correcte verdeling van de gemeenschappelijke administratiekosten van deze diensten, vermeld in punt b, richt het ziekenfonds een administratief verdeelcentrum (98/1) in.

Het administratief verdeelcentrum staat tevens in voor de volledige verdeling van de gemeenschappelijke werkingskosten die overeenkomstig artikel 74 en 75 van het koninklijk besluit van 21 oktober 2002 tot uitvoering van artikel 29, §§ 1 en 5, van de wet van 6 augustus 1990 niet rechtstreeks toerekenbaar zijn aan de verplichte ziekteverzekering of aan een welbepaalde dienst of verrichting georganiseerd door het ziekenfonds

Het ziekenfonds heeft eveneens tot doel de leden en de personen te hunnen laste de statutaire voordelen te laten genieten verleend door de landsbond waarbij het is aangesloten (artikel 7, § 2, van de wet van 6 augustus 1990) en door de VMOB "HospipiPlus" (250/01) en "Neutrale Zorgkas Vlaanderen", afgekort MOB NZV (280/03).

Artikel 3.

De maatschappelijke zetel van het ziekenfonds is gevestigd te Mechelen, Hoogstratenplein 1 en zijn werkingsgebied strekt zich uit over het Vlaamse gewest en het grondgebied van het Brussels hoofdstedelijk gewest.

De administratieve zetel bevindt zich te Lier, Antwerpsestraat 145.

Het ziekenfonds richt zich tot al de personen die hun hoofdverblijfplaats hebben in Vlaanderen of het Brussels hoofdstedelijk gewest, alsmede tot:

- de personen die hun hoofdverblijfplaats in het Waalse gewest hebben;
- de personen die hun hoofdverblijfplaats in het buitenland hebben, maar aan de Belgische sociale zekerheid onderworpen zijn;
- de Belgische militairen of diplomaten die in het buitenland verblijven, indien zij aan de Belgische sociale zekerheid onderworpen zijn;
- de personen die voor de verplichte verzekering aangesloten zijn bij de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering;
- de personen die voor de verplichte verzekering aangesloten zijn bij de Kas der Geneeskundige Verzorging van HR Rail;
- de personen die voor de verplichte verzekering aangesloten zijn bij de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ);
- de ambtenaren van internationale instellingen (Shape, Navo, EU, VN) die voor de verplichte verzekering afhangen van een stelsel dat voor hen opgericht werd;
- de personen die niet meer aan de verplichte verzekering onderworpen zijn ingevolge een opdracht in het buitenland voor rekening van de Belgische regering.

Artikel 4.

Het ziekenfonds is aangesloten bij de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen gevestigd te Brussel, Charleroisesteenweg 145.

Het ziekenfonds is toegetreten tot de VMOB "HospipiPlus" (250/01, met erkenningsnummer 2006) en de "Neutrale Zorgkas Vlaanderen" (280/03), allen gevestigd te Aalst, Statieplein 12.

Hoofdstuk II

Aansluiting, ontslag en uitsluiting van de leden

Artikel 5. Aansluiting bij de diensten van het ziekenfonds

§ 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 ambtshalve 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 de landsbond 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 maatschappij van onderlinge bijstand "Neutrale Zorgkas Vlaanderen" (280/03) en nieuw opgerichte "Société Mutualiste Régionale de l'Union Nationale des Mutualités Neutres pour la Région Wallonne" (280/05) en "Regionale Maatschappij van Onderlinge Bijstand van de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen voor het Brussels Gewest" (280/04) waarbij het ziekenfonds is aangesloten voor zover dergelijke aansluiting verplicht is gemaakt.

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 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^o, 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 en uitkeringen, ten laste van de FOD Justitie.

De persoon die, met inachtneming van de van toepassing zijnde wettelijke, reglementaire en statutaire bepalingen, aangesloten is bij het ziekenfonds 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), is ambtshalve aangesloten bij de diensten:

- van de landsbond 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);
- van de maatschappij van onderlinge bijstand "Neutrale Zorgkas Vlaanderen" (280/03) en nieuw opgerichte "Société Mutualiste de l'Union Nationale des Mutualités Neutres pour la Région Wallonne" en "Maatschappij van Onderlinge Bijstand van de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen voor het Brussels Gewest" waarbij het ziekenfonds is aangesloten.

§ 2. Tijdens een periode van internering of van detentie wordt de persoon die voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen 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 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).

§ 3. De persoon die, met inachtneming van de van toepassing zijnde wettelijke, reglementaire en statutaire bepalingen, aangesloten is bij het ziekenfonds 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), 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 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 "HospipiPlus" (250/01), waarbij het ziekenfonds is aangesloten/waarvan het ziekenfonds een afdeling uitmaakt.

Deze bepaling treedt in werking op 1 januari 2019.

Artikel 6. Aanvang van de aansluiting bij de aanvullende verzekering

Onder "aanvullende verzekering" van het Vlaams & Neutraal Ziekenfonds wordt verstaan: de diensten bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook 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).

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 trimester 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 5, § 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 7. Terugbetaling van voordelen van de aanvullende verzekering die onterecht zijn toegekend

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 6, 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.

Hoofdstuk III

Categorieën van leden

Artikel 8. Types van leden

§ 1. Inleiding

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

- 1° hetzij een lid zijn dat een voordeel van deze diensten kan genieten;
- 2° hetzij een lid zijn van wie de mogelijkheid om een voordeel van deze diensten te genieten, is geschorst;
- 3° hetzij een lid zijn van wie de mogelijkheid om een voordeel van deze diensten te genieten, is opgeheven.

De 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 de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen;
- de mogelijkheid om de voordelen voorzien door de statuten van de maatschappij van onderlinge bijstand "Neutrale Zorgkas Vlaanderen" waarbij het ziekenfonds is aangesloten, te genieten. Hiervoor wordt verwezen naar de statuten van deze maatschappij van onderlinge bijstand;
- de mogelijkheid om de verzekeringswaarborg die het lid heeft onderschreven bij de verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand "VMOB HospiPlus" 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 prestaties 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 5bis:

- 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.

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 trimester 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 huidig 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° aan 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 5bis, 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 6, voor een periode die niet verder teruggaat dan de 23^e maand die voorafgaat aan de maand waarin de gebeurtenis die aanleiding kan geven tot uitkering van een voordeel, heeft plaatsgevonden, is de mogelijkheid voor hem om een voordeel van de aanvullende verzekering te genieten, geschorst.

Voor de toepassing van het vorig lid:

- 1^o 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^o 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^o 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:
 - 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;
- 2^o 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^o.

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 opgeheven, 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 6, voor een periode die 24 maanden overstijgt, is de mogelijkheid voor hem om een voordeel van de aanvullende verzekering te genieten omwille van een gebeurtenis die zich voordoet, opgeheven.

Voor de toepassing van het vorig 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 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 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 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 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 opgeheven, slechts kunnen genieten van een voordeel van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 6 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.

Hoofdstuk IV

Organen van het ziekenfonds

Afdeling 1: De Algemene Vergadering

Samenstelling

Artikel 9.

De Algemene Vergadering is samengesteld uit één vertegenwoordiger per volledige schijf van 1.000 leden. Deze vertegenwoordigers worden door de leden en de personen te hunnen laste verkozen voor een hernieuwbare periode van zes jaar.

Kiesomschrijvingen

Artikel 10.

Met het oog op de verkiezingen van de vertegenwoordigers voor de Algemene Vergadering heeft het ziekenfonds slechts één kiesomschrijving die overeenstemt met het werkingsgebied van het ziekenfonds zoals bedoeld in artikel 3.

Binnen de kiesomschrijving verkiezen de leden en de personen te hunnen laste die stemgerechtigd zijn, het aantal vertegenwoordigers dat in verhouding staat tot het ledenaantal dat tot deze kiesomschrijving behoort, volgens de quota's van artikel 9, alinea 1.

Voorwaarden van kiesrecht en verkiesbaarheid

Artikel 11.

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

- a) moet men lid zijn van het ziekenfonds of de hoedanigheid van persoon ten laste van een lid ervan hebben;
- b) moet men meerderjarig of ontvoogd zijn;
- c) wanneer het een lid betreft, moet dit lid in regel zijn met de bijdragen bij het ziekenfonds;
- d) wanneer het een persoon ten laste betreft, moet het lid van wie deze persoon ten laste is, in regel zijn met de bijdragen bij het ziekenfonds.

2. Om verkiesbaar te zijn tot vertegenwoordiger voor de Algemene Vergadering moeten de leden of personen ten laste aan volgende criteria beantwoorden:

- a) stemgerechtigd zijn;
- b) van goed gedrag en zeden zijn;
- c) niet ontzet zijn uit hun burgerrechten;
- d) sedert tenminste één jaar aangesloten zijn bij het ziekenfonds voor de verkiezingsdatum;
- e) geen bezoldigd personeelslid zijn van het betrokken ziekenfonds, de Landsbond, een maatschappij van onderlinge bijstand bedoeld in artikel 43 bis van de wet van 6 augustus 1990 waarbij het betrokken ziekenfonds is aangesloten of door een rechtspersoon waarmee het betrokken ziekenfonds een samenwerkingsakkoord heeft afgesloten overeenkomstig artikel 43 van de wet van 6 augustus 1990; bovenstaande regel is eveneens van toepassing op de echtgenoot van of de samenwonende met een bezoldigd personeelslid;
- f) behoudens bruggepensioneerden, niet ontslagen zijn als personeelslid van de in littera e vermelde instellingen of echtgenoot van of samenwonende met een ontslagen werknemer zijn;
- g) geen parlementair mandaat bekleden.

Verkiezingsprocedure

Artikel 12.

Door middel van de publicaties in het blad, bestemd voor de leden van het ziekenfonds, worden de leden en de personen te hunnen laste die meerderjarig of ontvoegd zijn, op de hoogte gebracht van:

1. de oproep tot de kandidaturen en de wijze van kandidatuurstelling;
2. de uiterste datum voor het indienen van de kandidaturen;
3. de data die uit de verkiezingsprocedure voortvloeien.

De leden of de personen ten laste die zich kandidaat willen stellen, beschikken over een termijn van vijftien kalenderdagen te tellen vanaf het einde van de maand waarin de publicaties hun toegezonden werden.

Artikel 13.

De kandidatuurstelling gebeurt per aangetekende brief, gericht aan de voorzitter van het ziekenfonds.

De voorzitter die vaststelt dat de kandidaat niet aan de bij artikel 11 van deze statuten voorziene verkiesbaarheidsvoorwaarden voldoet, deelt per aangetekende brief de betrokken kandidaat zijn gemotiveerde weigering om hem op de lijst te plaatsen mede binnen een termijn van vijftien kalenderdagen vanaf de dag na de datum waarop de kandidatuur verzonden werd.

De kandidaat die deze weigering betwist, kan beroep doen op de controledienst overeenkomstig artikel 36 van het koninklijk besluit van 7 maart 1991.

Artikel 14.

De Raad van Bestuur van het ziekenfonds bepaalt de volgorde van de kandidaten op de lijsten.

Artikel 15.

De verkiezingsdatum, alsmede de lijst met de kandidaten die aan de verkiesbaarheidsvoorwaarden voldoen, zal via de publicaties in het blad, bestemd voor de leden van het ziekenfonds, aan de stemgerechtigde personen worden medegedeeld binnen een maximumtermijn van negentig kalenderdagen, te rekenen vanaf de datum van oproep tot de kandidaten. De verkiezingen vangen aan ten laatste binnen de dertig dagen die volgen op deze mededeling.

Kiesbureau

Artikel 16.

De organisatie van en het toezicht op de kiesverrichtingen wordt toevertrouwd aan een kiesbureau samengesteld uit een voorzitter, een secretaris en twee bijzitters. Het kiesbureau wordt samengesteld ten laatste 30 dagen voor de aanvang van de kiesverrichtingen.

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

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

De kandidaten voor de verkiezing mogen geen deel uitmaken van het kiesbureau. Het kiesbureau neemt de nodige maatregelen om het regelmatig verloop van de kiesverrichtingen te verzekeren.

Voor elk kantoor duidt de voorzitter bovendien een secretaris aan, onder de personeelsleden van het ziekenfonds, ten einde de stembiljetten onverwijld aan het kiesbureau te overhandigen.

Opstelling van kieslijsten

Artikel 17.

De hoedanigheid van kiezer wordt vastgesteld door de inschrijving op de kiezerslijsten. De kiezerslijsten worden opgemaakt door het kiesbureau. Ze vermelden de naam, voornaam, lidnummer en het 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 18.

De stemming is vrij. Aan de kiezers wordt een stembiljet gestuurd met vermelding van de datum van de verkiezing en van de mogelijkheid om het stembiljet ofwel terug te zenden ofwel in een postbus van een kantoor in te dienen.

Artikel 19.

De kiezer mag niet meer naamstemmen uitbrengen dan er te begeven mandaten zijn. De naamstem wordt uitgebracht in het stemvak achter de naam en voornaam van de kandidaat of kandidaten aan wie de kiezer zijn stem wil geven.

Indien de kiezer zich kan verenigen met de volgorde waarin de kandidaten voorkomen op de lijst, dan brengt hij zijn stem uit in het stemvak bovenaan op die lijst.

Telling van de stemmen

Artikel 20.

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

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

De uitgebrachte lijststemmen worden verdeeld over de kandidaten, in volgorde van hun rangschikking op de lijst, met het oog op het bereiken van het vereiste quorum. Het vereiste quorum wordt bereikt door het aantal geldig uitgebrachte stemmen te delen door het aantal te begeven mandaten in de betrokken kiesomschrijving.

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

Zijn ongeldig:

- andere stembiljetten dan die welke aan de kiezer zijn overhandigd;
- stembiljetten waarop niet gestemd is.

Het kiesbureau maakt een proces-verbaal op van de kiesverrichtingen, met opgave van het aantal uitgebrachte stemmen, het aantal geldige stemmen, de wijze van controle van de identiteit van de kiezers en van de uitslag van de stemming.

Vrijstelling van het organiseren van verkiezingen

Artikel 21.

Wanneer het aantal kandidaten gelijk is aan of kleiner is dan het aantal toe te kennen effectieve mandaten, dan worden deze kandidaten automatisch verkozen (artikelen 14 en 15 van het koninklijk besluit van 7 maart 1991).

Artikel 22.

De leden en de stemgerechtigde personen ten laste worden door middel van de publicaties in het blad, bestemd voor de leden van het ziekenfonds, ingelicht over de uitslagen van de stemming uiterlijk vijftien kalenderdagen na de dag van de stemming. De kandidaat die de uitslag betwist, kan beroep doen op de controledienst overeenkomstig artikel 36 van het koninklijk besluit van 7 maart 1991.

Artikel 23.

Een exemplaar van het kiesreglement en van de publicaties bedoeld bij de artikelen 12 tot 22 van deze statuten, alsmede de samenstelling van het kiesbureau en een dubbel van het proces-verbaal van de kiesverrichtingen wordt medegedeeld aan de landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten en aan de controledienst, binnen de dertig dagen na de datum van afsluiting van de verkiezingen.

Artikel 24.

De nieuwe Algemene Vergadering wordt geïnstalleerd binnen een termijn van maximum dertig kalenderdagen na de datum van afsluiting van de verkiezingen. Ze kan maximum vijf raadgevers, bij de Algemene Vergadering aanduiden, en dit op voordracht van de Raad van Bestuur. Deze raadgevers hebben raadgevende stem. De directieleden van het ziekenfonds die door het Directiecomité, zijn aangewezen, kunnen de Algemene Vergadering met raadgevende stem bijwonen. Een beroep bij de controledienst schort de periode van dertig dagen op.

Bevoegdheden van de Algemene Vergadering

Artikel 25.

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

De Algemene Vergadering van het ziekenfonds beraadslaagt en beslist over de volgende aangelegenheden:

1. de statutenwijzigingen;
2. de verkiezing en afzetting van de bestuurders;
3. de goedkeuring van de begrotingen en de jaarrekeningen;
4. het aanstellen van een of meer bedrijfsrevisoren;
5. de samenwerking met de publiekrechtelijke of privaatrechtelijke rechtspersonen bedoeld in artikel 43 van de wet van 6 augustus 1990;
6. de inrichting en de groepering van diensten in een door artikel 43bis van de wet van 6 augustus 1990 bedoelde maatschappij van onderlinge bijstand;
7. de fusie met een ander ziekenfonds;
8. de aansluiting bij een andere Landsbond;
9. de ontbinding van het ziekenfonds en de handelingen betreffende de vereffening.

De Algemene Vergadering wordt door de bestuurders bijeengeroepen in de bij wet of de statuten bepaalde gevallen, alsook als ten minste een vijfde van de leden van de Algemene Vergadering dit vraagt.

Telkens de Raad van Bestuur dit nodig acht, kan een Buitengewone Algemene Vergadering worden samengeroepen. De beslissingen van de Buitengewone Algemene Vergadering worden genomen bij volstreekte meerderheid van de stemmen van de aanwezige leden.

De Algemene Vergadering wordt schriftelijk bijeengeroepen. De brief met de convocatie behoort uiterlijk 20 dagen voor de datum van de vergadering verstuurd te worden en moet de agenda bevatten.

Verliezen automatisch de hoedanigheid van stemgerechtigd of raadgevend lid van de Algemene Vergadering, diegenen die niet meer voldoen aan de verkiesbaarheidsvoorwaarden zoals vermeld in artikel 11, 2de lid.

De Algemene Vergadering wordt tenminste eenmaal per jaar bijeengeroepen met het oog op de goedkeuring van de jaarrekeningen en de begroting.

Elk lid van de Algemene Vergadering moet uiterlijk acht dagen voor de datum van de Algemene Vergadering over een documentatie met de volgende gegevens beschikken:

1. het verslag over het afgelopen dienstjaar met een overzicht van de werking van de verschillende diensten;
2. de opbrengst van de ledenbijdragen en de bestemming ervan, opgesplitst over de verschillende diensten;
3. het ontwerp van de jaarrekening met de balans, de resultatenrekening en de toelichting, alsook het verslag van de revisor;
4. het begrotingsontwerp voor het volgende dienstjaar, zowel globaal als opgesplitst over de verschillende diensten;
5. het verslag over de samenwerkingsakkoorden.

Behalve in de gevallen waarin de wet of de statuten het anders bepalen, zijn de beslissingen van de Algemene Vergadering rechtsgeldig indien de helft van de leden aanwezig of vertegenwoordigd is en de beslissingen met een eenvoudige meerderheid van de uitgebrachte stemmen wordt genomen. Indien het vereiste aanwezigheidsquorum de eerste maal niet is bereikt, wordt een tweede Algemene Vergadering bijeengeroepen, die rechtsgeldig beraadslaagt ongeacht hoeveel leden aanwezig zijn.

Statuten kunnen gewijzigd worden op initiatief van de Raad van Bestuur.

De Raad van Bestuur is echter verplicht elk voorstel van statutenwijziging dat door ten minste vijf bestuurders wordt gesteund, aan de Algemene Vergadering voor te leggen.

De statuten van het ziekenfonds kunnen alleen gewijzigd worden door de Algemene Vergadering, die hiertoe bijeengeroepen wordt en beraadslaagt overeenkomstig de bij de wet en de statuten bepaalde vormen. Er kan alleen tot een statutenwijziging besloten worden indien de helft van de leden aanwezig of vertegenwoordigd is en de beslissing met een meerderheid van twee derde van de uitgebrachte stemmen wordt genomen. Indien het vereiste aanwezigheidsquorum niet is bereikt, kan een tweede vergadering bijeengeroepen worden met dezelfde dagorde, waarvan de beslissingen rechtsgeldig zijn ongeacht hoeveel leden er aanwezig en vertegenwoordigd waren.

Behalve in geval van overmacht of hoogdringendheid moet de tekst van de statutenwijzigingen ten minste twee weken voor de Algemene Vergadering aan de leden van de Algemene Vergadering worden gestuurd.

De leden van de Algemene Vergadering kunnen deze voorstellen amenderen. De tekst van de amendementen moet ten minste zeven dagen voor de datum van de Algemene Vergadering aan de Voorzitter van de Raad van Bestuur van het ziekenfonds gestuurd worden.

Bij staking van de stemmen is de stem van de voorzitter beslissend, behalve ingeval van geheime stemming.

Elk lid van de Algemene Vergadering beschikt slechts over één stem.

Elk lid van de Algemene Vergadering kan zich bij volmacht laten vertegenwoordigen door een ander lid van diezelfde vergadering. Elke persoon mag slechts drager van één volmacht zijn.

Het mandaat van een lid van de Algemene Vergadering is onbezoldigd. Er worden aan de leden van de Algemene Vergadering die aanwezig zijn op een vergadering evenwel presentiegelden toegekend en de verplaatsingskosten worden vergoed.

De Algemene Vergadering mag de bevoegdheid tot aanpassing van de bijdragen aan de Raad van Bestuur delegeren. Deze delegatie van bevoegdheid is geldig voor één jaar en kan worden hernieuwd.

Overeenkomstig de bepalingen van artikel 32 van de wet van 6 augustus 1990 kiest de Algemene Vergadering één of meer bedrijfsrevisoren.

De revisor(en) brengt (brengen) rapport uit aan de Algemene Vergadering, die op haar agenda de goedkeuring van de jaarrekening over het dienstjaar heeft staan. Het mandaat van de revisor(en) is vastgesteld voor een hernieuwbare periode van drie jaar. De revisor(en) woont (wonen) de Algemene Vergadering bij als deze beraadslaagt over een door hem (hen) opgemaakt verslag. De revisor (en) heeft (hebben) het recht op de Algemene Vergadering het woord te voeren met betrekking tot de vervulling van zijn (hun) taak.

Afdeling 2: Verkiezing van vertegenwoordigers voor de Algemene Vergadering van de Landsbond

Artikel 26.

De afvaardiging van het ziekenfonds in de Algemene Vergadering van de landsbond zal worden bepaald door de statuten van de landsbond.

Artikel 27.

De afgevaardigden worden verkozen door de Algemene Vergadering.

Artikel 28.

De vertegenwoordigers van de leden en de personen ten laste die verkozen willen worden tot afgevaardigde voor de Algemene Vergadering van de Landsbond, moeten zich per aangetekende brief aan de voorzitter van de Raad van Bestuur van het ziekenfonds kandidaat stellen, vijftien dagen voor de datum van de Algemene Vergadering die de stemming zal uitvoeren.

Artikel 29.

De voorzitter stelt een alfabetische lijst op van de geldige kandidaturen.

Als het aantal kandidaten groter is dan het aantal te begeven mandaten, vindt er een geheime stemming plaats. Elk lid van de Algemene Vergadering heeft één stem. De kandidaten worden verkozen in volgorde van het aantal bekomen stemmen. Bij gelijkheid van stemmen tussen meerdere kandidaten voor het laatste mandaat wordt dit mandaat toegekend aan de jongste in leeftijd.

Als het aantal kandidaten gelijk of kleiner is aan het aantal te begeven mandaten, zijn de kandidaten automatisch verkozen.

Afdeling 3: Verkiezing van afgevaardigden voor de Algemene Vergadering van de VMOB en MOB waarbij het ziekenfonds is aangesloten

Artikel 30.

De vertegenwoordigers van de leden en de personen ten laste die verkozen willen worden tot afgevaardigde voor de Algemene Vergadering van de MOB's, NZV (280/03) en de VMOB "HospiPlus" (250/01) moeten hun kandidatuur per aangetekende brief richten tot de voorzitter van het ziekenfonds en uiterlijk vijftien dagen voor de datum van de Algemene Vergadering die de stemming zal uitvoeren.

De afgevaardigden worden verkozen door de Algemene Vergadering van het ziekenfonds, op basis van de lijst van de kandidaturen die geldig ingediend zijn, opgesteld door de Raad van Bestuur.

De voorzitter stelt een alfabetische lijst op van de geldige kandidaturen.

Als het aantal kandidaten groter is dan het aantal te begeben mandaten, vindt er een geheime stemming plaats. Elk lid van de Algemene Vergadering heeft één stem. De kandidaten worden verkozen in volgorde van het aantal bekomen stemmen.

Bij gelijkheid van stemmen tussen meerdere kandidaten voor het laatste mandaat wordt dit mandaat toegekend aan de jongste in leeftijd.

Afdeling 4: Raad van Bestuur

Artikel 31.

De Raad van Bestuur van het ziekenfonds is samengesteld uit ten minste twaalf en maximaal 22 bestuurders. Het aantal bestuurders mag in geen geval hoger zijn dan de helft van het aantal leden van de Algemene Vergadering.

Er dienen ten minste vier mandatarissen van elk geslacht te zijn. De Raad van Bestuur mag niet voor meer dan één vierde zijn samengesteld uit personen die door het ziekenfonds worden bezoldigd.

Om lid te zijn van de Raad van Bestuur moet men meerderjarig en van goed zedelijk gedrag zijn. Het is evenwel niet vereist deel uit te maken van de Algemene Vergadering.

Het ambt van bestuurder is onbezoldigd.

Aan de bestuurders die aanwezig zijn op een vergadering worden evenwel presentiegelden toegekend en de verplaatsingskosten worden vergoed. Aan de voorzitter, de ondervoorzitter, de secretaris en de penningmeester worden representatiekosten toegekend. De presentiegelden en representatiekosten worden door de Algemene Vergadering bepaald.

Artikel 32.

De Raad van Bestuur wordt verkozen door de leden van de Algemene Vergadering.

Kandidaturen worden bij aangetekend schrijven gericht aan de voorzitter van de Raad van Bestuur. Onverminderd het recht van de leden van de Algemene Vergadering van het ziekenfonds om zich kandidaat te stellen voor een bestuursfunctie, kan de Raad van Bestuur van het ziekenfonds aan de Algemene Vergadering een eigen lijst van kandidaten voorleggen. De voorzitter stelt een alfabetische lijst op van de geldige kandidaturen, die zowel op de voormelde lijst voorkomen als individueel gesteld werden.

Als het aantal kandidaten groter is dan het aantal te begeven mandaten, vindt er een geheime stemming plaats. Elk lid van de Algemene Vergadering beschikt over één stem. De kandidaten die het grootst aantal stemmen behalen, zijn verkozen.

Bij gelijkheid van stemmen tussen meerdere kandidaten voor het laatste mandaat wordt dit mandaat toegekend aan de jongste in leeftijd.

De bestuurders worden verkozen voor een hernieuwbare periode van zes jaar.

Als het aantal kandidaten gelijk of kleiner is aan het aantal te begeven mandaten, zijn de kandidaten automatisch verkozen.

De Raad van Bestuur kan maximum vijf raadgevers aanduiden. Deze raadgevers hebben raadgevende stem.

De directieleden van het ziekenfonds die door het Directiecomité zijn aangewezen, kunnen de Raad van Bestuur met raadgevende stem bijwonen.

Artikel 33.

Een ontslagen, ontslagnemende of overleden bestuurder kan worden vervangen op de volgende Algemene Vergadering. De op deze wijze verkozen bestuurder beëindigt het mandaat van de bestuurder die hij vervangt.

Het ontslag, de afzetting of de uitsluiting uit het ziekenfonds, of het verlies van de hoedanigheid van afgevaardigde van de Algemene Vergadering indien de bestuurder gekozen werd in die hoedanigheid, heeft automatisch het einde van het mandaat als bestuurder van het ziekenfonds voor gevolg.

Een bestuurder die twee opeenvolgende keren afwezig is zonder gemotiveerde reden, wordt beschouwd als ontslagnemend.

Verliezen automatisch de hoedanigheid van bestuurder of raadgever, diegenen die werknemer zijn van het ziekenfonds, van een MOB waarbij het ziekenfonds is aangesloten of van de Landsbond en die ontslagen worden om een andere reden dan brugpensioen.

Artikel 34.

De Raad van Bestuur is belast met het dagelijks bestuur, met de uitvoering van de beslissingen van de Algemene Vergadering en het opmaken van de Huishoudelijke Reglementen.

De vaststelling van de bijdragen uitgezonderd, kan de Raad van Bestuur, onder zijn verantwoordelijkheid, daden van dagelijks bestuur of een deel van zijn bevoegdheden delegeren aan de voorzitter, aan één of meer bestuurders of aan het Directiecomité.

De beslissingen van de Raad van Bestuur worden genomen indien minstens de helft van de bestuurders aanwezig en vertegenwoordigd is en bij eenvoudige meerderheid van de uitgebrachte stemmen. Bij staking van stemmen is de stem van de voorzitter beslissend behalve in geval van geheime stemming.

Een bestuurder kan zich laten vertegenwoordigen door een ander bestuurder, doch met de beperking dat een bestuurder slechts drager kan zijn van één volmacht.

Artikel 35.

De Raad van Bestuur kiest in zijn midden een voorzitter, een ondervoorzitter, een secretaris en een penningmeester. De Raad van Bestuur kiest eveneens een Directiecomité, samengesteld uit bestuurders, zoals bedoeld in artikel 31.

De Raad van Bestuur benoemt en ontslaat de directeurs.

Artikel 36.

De voorzitter is belast met de leiding van de Algemene Vergadering en van de Raad van Bestuur. Hij waakt over de uitvoering van de statuten en de reglementen. Hij vertegenwoordigt het ziekenfonds in al zijn betrekkingen met de Openbare Besturen. De voorzitter kan nochtans een algemene of bijzondere volmacht geven aan een lid van de Raad van Bestuur, om met de Openbare Besturen te onderhandelen.

De leden van de Raad van Bestuur wijzen de persoon aan die het ziekenfonds in gerechtelijke en buitengerechtelijke akten vertegenwoordigt.

Artikel 37.

De Raad van Bestuur geeft volmacht aan twee bestuurders om gezamenlijk in naam van het ziekenfonds een postrekening en/of één of meerdere bankrekeningen te openen.

De Raad van Bestuur wijst de persoon aan die in naam van het ziekenfonds geldig kwijting of ontlasting kan geven tegenover het beheer van postkasten, telefoon, postchequeambt, financiële instellingen, enz. en hij mag deze volmacht schriftelijk overdragen aan een bestuurder.

Artikel 38.

De voorzitter roept de Raad van Bestuur bijeen.

De Raad van Bestuur vergadert minstens 1 x per kwartaal en telkens de voorzitter het nodig acht.

De voorzitter dient een extra Raad van Bestuur samen te roepen indien hij daartoe wordt uitgenodigd door één derde van de verkozen leden van de Raad van Bestuur. De vergadering vindt plaats binnen de dertig dagen na ontvangst van een aangetekend schrijven dienaangaande met opgave van het (de) agendapunt(en).

Artikel 39.

De secretaris verricht al het nodige schrijfwerk van de vergaderingen en stelt eveneens hiervan de processen-verbaal op.

Artikel 40.

De penningmeester is verantwoordelijk tegenover de Raad van Bestuur voor al de geldverhandelingen van het ziekenfonds, het bijhouden van de boeken die door de reglementering zijn voorgeschreven, het opmaken van de statistieken, alsmede de financiële toestand.

Afdeling 5: Het Directiecomité en Bezoldigingscomité

Artikel 41.

Het directiecomité bestaat uit de verkozen bestuurders die directielid zijn van het ziekenfonds en de voorzitter.

De leden van het directiecomité worden door de Raad van Bestuur aangesteld voor een hernieuwbare periode van zes jaar. Directieleden van het ziekenfonds die geen bestuurder zijn, wonen het directiecomité met raadgevende stem bij.

Verliezen automatisch de hoedanigheid van lid van het Directiecomité of raadgever, diegenen die ontslagen worden om een andere reden dan brugpensioen.

Het bezoldigingscomité bestaat uit de voorzitter, ondervoorzitter, secretaris, penningmeester en algemeen directeur van het ziekenfonds voor zover deze bestuurders zijn.

Hoofdstuk V

De diensten van het ziekenfonds: volgens de beschikbare middelen gewaarborgde voordelen, bijzondere aansluitingsvoorwaarden en bijdragen

Artikel 42.

Het ziekenfonds organiseert voor haar leden en de personen te hunnen laste de bij artikel 2 van deze statuten voorziene diensten volgens de hierna vastgestelde modaliteiten:

1. Omschrijving:
Iedere persoon die bij het ziekenfonds is aangesloten, heeft toegang tot de dienst, ongeacht de leeftijd, het geslacht en de gezondheidstoestand van die persoon.
2. Voorwaarde:
 - de bijdrage zoals voorzien in de ETAC-tabel betalen per mutualistisch gezin in de zin van het koninklijk besluit van 2 maart 2011 tot uitvoering van artikel 67, 2^{de} tot 4^{de} lid, van de wet van 26 april 2010.
3. Betaling:
De betaling van de bijdrage voor de diensten en verrichtingen en de diensten beoogd in voormeld artikel 67, 5de lid, van de wet van 26 april 2010 is verplicht per mutualistisch gezin. Volgende categorieën van leden betalen een bijdrage van 0 euro:
 - de personen jonger dan 21 jaar, die getroffen zijn door een lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van ten minste 66 % zoals bedoeld in artikel 37, §19, 5^o van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, ingeschreven bij hun ziekenfonds als gerechtigde voor de verplichte verzekering en hun personen ten laste;
 - de personen jonger dan 25 jaar, aan wie één van de tegemoetkomingen bedoeld in de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan gehandicapten, wordt verleend zoals bedoeld in artikel 37, §19, 4^o van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, ingeschreven bij hun ziekenfonds als gerechtigde voor de verplichte verzekering en hun personen ten laste.
4. Verjaring:
De vordering tot de betaling van de bij de artikelen 43 tot en met 60 van deze statuten voorziene voordelen verjaren overeenkomstig de bepalingen van artikel 48 bis van de wet van 6 augustus 1990. Van deze verjaring mag niet worden afgeweken door het ziekenfonds.
5. Hernieuwing:
Voordelen waarvan de hernieuwingstermijn is uitgedrukt per kalenderjaar worden bekeken vanaf 1 januari t.e.m. 31 december van dat zelfde jaar. Diensten die per x-aantal jaar worden aangeboden gaan in vanaf de verstrekingsdatum van de (eerste) tussenkomst en kunnen vernieuwd worden vanaf deze datum + x aantal jaren.
6. Totaalbedrag van de tussenkomst:
De waarborg aangeboden door de diensten en verrichtingen opgeteld met de tussenkomsten, die toegekend worden aan het lid krachtens een wettelijke of reglementaire bepaling, mag niet lager zijn voor de leden met een sociaal statuut in de zin van het artikel 37, §§ 1, 2 en 19, van de wet van 14 juli 1994 voor wie de waarborg kan worden verhoogd en voor zover met de tegemoetkoming ten laste van elke andere verzekering geen tussenkomst bedoeld wordt die verschuldigd is op basis van een overeenkomst.

Afdeling 1. Logopedie (15)

Artikel 43.

Het ziekenfonds organiseert een dienst 'logopedie' voor de leden en de personen ten laste, indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

Aanvraag:

Elke rechthebbende kan aanspraak maken op de tussenkomst, voor zover voorafgaandelijk een aanvraag werd ingediend bij de adviserend arts in het kader van artikel 137 tot en met 144 van het K.B. van 3 juli 1996, en deze het voorwerp was van een weigering tot ten laste neming door de verplichte verzekering, of de wettelijke rechten uitgeput zijn voorzien door de verplichte verzekering of het Riziv geen tegemoetkoming voorziet.

De aanvraag omvat altijd:

- een aanvraagformulier,
- een voorschrift van de specialist en/of de huisarts,
- een logopedisch verslag.

De goedkeuring wordt voor 80 sessies toegekend. Dit is de maximale tegemoetkoming voor een stoornis.

Tussenkomst:

De tussenkomst bedraagt € 7,50 per zitting van 30 minuten, mits voorlegging van een attest of een getuigschrift voor verstrekte hulp afgeleverd door een logopedist(e) In totaal worden maximaal 80 sessies vergoed. Deze kunnen éénmalig met 80 sessies verlengd worden voor een andere stoornis en dit ongeacht de leeftijd.

Deze bepaling treedt in werking op 1 januari 2019.

Afdeling 2. Voetverzorging (15)

Artikel 44.

Het ziekenfonds organiseert een dienst 'voetverzorging' voor de leden en de personen ten laste, indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

Aanvraag:

De aanvraag voor tussenkomst voor voetverzorging moet gestaafd worden door een attest of factuur van een podoloog of voetverzorg(st)er waarop het BTW-nummer of KBO-nummer vermeld staat.

De tussenkomst bedraagt 5 euro per prestatie onder de volgende voorwaarden:

- maximum 5 prestaties (€ 25) per kalenderjaar;
- minstens 60 jaar oud zijn.

Deze bepaling treedt in werking op 1 juli 2018.

Afdeling 3. Verzorgingsmateriaal (15)

Artikel 45.

Het ziekenfonds organiseert een dienst 'verzorgingsmateriaal' voor de leden en de personen ten laste, indien de voorziene bijdrage betaald wordt. Deze dienst voorziet tussenkomst voor luiers van peuters voor zover het kind op datum van de aankoop ervan rechthebbende is van het ziekenfonds.

Aanvraag:

De aanvraag voor tussenkomst moet gestaafd worden door een rekening of factuur van de winkel of online firma.

Tussenkomst voor luierbroekjes:

De tussenkomst bedraagt € 100 per levensjaar voor peuters tot hun 3de verjaardag. Het gaat per kind om een tegemoetkoming van maximum € 300 euro. Dit geldt ook voor herbruikbare luiers en een luiersonnement.

Deze bepaling treedt in werking op 1 juli 2018.

Afdeling 4. Orthodontie en tandzorgen (15)

Artikel 46.

Het ziekenfonds organiseert een dienst 'orthodontie en tandzorgen' voor de leden en de personen ten laste, indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

Deze dienst voorziet een tussenkomst voor orthodontische behandelingen enerzijds, en bruggen, tandprothesen, tandimplantaten, kronen, extracties en stifttanden, anderzijds.

Tussenkomst voor orthodontische behandelingen:

Daartoe dient een aanvraag om tegemoetkoming voor een orthodontische behandeling voor het kind te worden ingediend bij de adviserend arts vóór het kind de maximumleeftijd heeft bereikt die door de reglementering in de verplichte verzekering werd vastgelegd.

De terugbetaling mag maximaal € 1.200 bedragen, te betalen als volgt :

- € 150 bij het aanbrengen van het apparaat (code 305631);
- € 150 na 6 raadplegingen (code 305616, 305653, 305852 of 305896);
- € 150 na 12 raadplegingen (code 305616, 305653, 305852 of 305896);
- € 150 na 18 raadplegingen (code 305616, 305653, 305852 of 305896);
- € 150 na 24 raadplegingen (code 305616, 305653, 305852 of 305896);
- € 150 na 30 raadplegingen (code 305616, 305653, 305852 of 305896);
- € 150 na 36 raadplegingen (code 305616, 305653, 305852 of 305896)
- € 150 bij de beëindiging van de behandeling (op basis van een attest van de orthodontist).

Zonder de goedkeuring van de adviserend arts wordt slechts één forfaitaire tegemoetkoming van € 150 voor één enkele behandeling na 6 maanden behandeling gewaarborgd voor alle rechthebbenden.

De terugbetaling geschiedt op grond van het voorleggen van een attest of factuur van een orthodontist.

Tussenkost voor tandprothesen, tandimplantaten, kronen, extracties en stifttanden:

De uitkering bedraagt 25 % van het persoonlijk aandeel boven 150 euro, met een maximum van € 500 per 2 jaar voor personen tot en met 18 jaar en een maximum van € 300 per 2 jaar voor personen ouder dan 18. Komen ook in aanmerking voor de terugbetaling: facings, inlay & onlay.

De vrijstelling van 150 euro wordt éénmaal verrekend voor de looptijd van de gehele behandeling.

Aanvraag:

De aanvraag voor tussenkost moet gestaafd worden door een attest of factuur afgeleverd door een tandarts of stomatoloog.

Deze tegemoetkoming geldt niet voor orthodontische behandelingen, prestaties in het buitenland en indien er een tussenkost is in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, zelfs indien de betrokken tussenkost in de verplichte verzekering slechts de personen met een sociaal statuut in de zin van artikel 37, §§ 1, 2 en 19 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 betreft.

Deze bepalingen treden in werking op 1 april 2021. De uitgebreide tussenkost orthodontie geldt voor orthodontische behandelingen die gestart zijn vanaf 1 januari 2021.

Afdeling 5. Brillen, lenzen, laser en prothesen (15)

Artikel 47.

Het ziekenfonds organiseert een dienst 'brillen, lenzen, laser en prothesen' voor de leden en de personen ten laste, indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

Tussenkost voor brillen, lenzen of oogpleisters:

De dienst verleent een tussenkost van maximum € 50 voor al dit optisch materiaal samen (monturen, brilglazen en lenzen) aan de effectieve leden en hun personen ten laste. Deze tegemoetkoming kan ook uitgekeerd worden voor de aankoop van oogpleisters bij de behandeling van een lui oog (amblyopie).

De tussenkost wordt maximaal éénmaal per kalenderjaar uitgekeerd attest na voorlegging van een of factuur en kan nooit hoger zijn dan het effectief betaalde bedrag. Daarbovenop voorziet het ziekenfonds om de 4 jaar tot € 50 extra voor alle rechthebbenden, mits afgifte van het voorschrift van de oogarts.

Deze tegemoetkomingen gelden niet bij aankopen met dioptrie nul voor beide ogen of indien er een tussenkost is in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, zelfs indien de betrokken tussenkost in de verplichte verzekering slechts de personen met een sociaal statuut in de zin van artikel 37, §§ 1, 2 en 19 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 betreft. Dit ongeacht of de wettelijke tegemoetkoming monturen, ~~brillen~~ brilglazen, ~~of~~ lenzen of oogpleisters betreft.

Tussenkost voor laser- of ultrasone methode, keratotomie (krasjesmethode) en NearVision CK:

- voor alle rechthebbenden;
- een eenmalige tegemoetkoming van € 300 (€ 150 per behandeld oog);
- beperkt tot de betaalde prijs en verminderd met de toegewezen terugbetaling in de verplichte verzekering.

De terugbetaling gebeurt op vertoon van een attest of factuur.

Deze bepaling treedt in werking op 1 juli 2019.

Tussenkost voor gewrichtsprothesen:

De uitkering bedraagt 25 % van het persoonlijk aandeel boven 250 euro, met een maximum van € 500 per 2 jaar.

De tussenkost wordt uitgekeerd op basis van een origineel "uittreksel verpleegnota" (ziekenhuisfactuur) of een attest van de verzekeringsmaatschappij bij volgende gewrichtsprothesen: elleboog, enkel, heup, knie, schouder, tussenwervelschijf, vinger, voet- en handwortel en wervelzuil. Ook de osteosynthesematerialen (spijkers en bouten), waarmee de implantaten in het lichaam worden vastgezet, vallen onder deze tussenkost.

Afdeling 6. Diverse medische verstrekkingen (15)

Artikel 48.

Het ziekenfonds organiseert een dienst 'diverse medische verstrekkingen' voor de leden en de personen ten laste, indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

Deze dienst heeft als doel tussenkost te verlenen bij preventieve hartscreening of sportmedische keuring, het lidmaatschap van een diabetesvereniging, vaccinaties, oordoppen op maat, rookstopmiddelen, diëtetiek, psychotherapie, heelkundige ingrepen welke uitgevoerd worden met endoscopisch- en viscerosynthesemateriaal (kijkoperaties) en medische apps.

Tussenkost voor preventieve hartscreening of sportmedische keuring:

Deze dienst verleent een tussenkost van 50 % tot 50 euro per kalenderjaar voor een preventieve hartscreening of sportmedische keuring bij de huisarts, sportarts of cardioloog. De tussenkost wordt uitgekeerd op basis van een attest of factuur van voormelde zorgverstrekker.

Deze tegemoetkoming geldt niet indien er een tussenkost is voor hetzelfde onderzoek in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, zelfs indien de betrokken tussenkost in de verplichte verzekering slechts de personen met een sociaal statuut in de zin van artikel 37, §§ 1, 2 en 19 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 betreft.

Tussenkost voor het lidmaatschap van een diabetesvereniging:

Het ziekenfonds betaalt tot 30 euro per kalenderjaar mits voorlegging van een betalingsbewijs of het attest 'lidgeld diabetes liga'. In ieder geval zal het bedrag van de tegemoetkoming beperkt worden tot het bedrag dat werkelijk voor de aansluiting bij de diabetesvereniging werd betaald.

Tussenkost voor vaccinaties:

Een tussenkost van 50 % beperkt tot max. 50 euro per kalenderjaar wordt uitgekeerd op basis van een factuur of apothekersattest met vermelding van de betaalde prijs.

Deze tegemoetkoming geldt voor de volgende vaccinaties en antimalariamiddelen: Act-Hib, Agrippal, Alpharix (tetra), Ambirix, Atovaquone Proguanil Mylan, Avaxim, Begripal, Bexsero, Boostrix, Boostrix polio, Broncho-Vaxom, Cervarix, Dukoral, Encepur, Engerix-B, Epaxal, Fendrix, Fluad, FSME (Immun), Gardasil, Gardasil 9, Havrix, Hbvaxpro, Hepatyrix, Hexyon, Immugrip, Imovax, Infanrix (Hexa), Inflexal V, Influvac (tetra), Intanza, Ixiaro, Je-vax, Lariam, Malaprotec, Malarone, Mencevax, Meningitec, Menjugate, Menveo, Merieux HDCV, MMR vax (Pro), Mutagrip S, Neisvac-C, Nimenrix, Pandemrix, Pneumo(vax) 23, Prevenar, Prevenar 13, Priorix, Provarivax, Provaquoneg, Rabipur, Rabique, Revaxis, Rotarix, Rotateq, Stamaril, Synflorix, Tedivax, Tetravax, Triaxis, Trumenba, Twinrix, Typherix, Typhim (Vi), Uro-Vaxom, Vaqta, Varilrix, Varivax, Vaxigrip (tetra), Vivotif (Berna) en Zostavax, maar niet bij een pandemie of indien er een tussenkomst is in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, zelfs indien de betrokken tussenkomst in de verplichte verzekering slechts de personen met een sociaal statuut in de zin van artikel 37, §§ 1, 2 en 19 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 betreft.

Per uitzondering is er voor het griepvaccin wel een tegemoetkoming van 50 % tot 5 euro voorzien wanneer er een tussenkomst verstrekt wordt vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

Tussenkomst voor oordoppen op maat (otoplastieken):

Een tussenkomst van 50 % beperkt tot max. 50 euro per kalenderjaar wordt uitgekeerd op basis van een factuur of attest van een audicien of audioloog met vermelding van de betaalde prijs.

Deze tegemoetkoming geldt niet indien er een tussenkomst is in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, zelfs indien de betrokken tussenkomst in de verplichte verzekering slechts de personen met een sociaal statuut in de zin van artikel 37, §§ 1, 2 en 19 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 betreft.

Tussenkomst voor rookstopmiddelen:

Deze dienst verleent een tussenkomst van 50 % tot 50 euro per kalenderjaar voor een geneesmiddel of behandeling die de roker helpt bij het stoppen met roken. De middelen of behandelingen die recht geven op terugbetaling op basis van de ZIV-nomenclatuur, komen niet in aanmerking voor een tussenkomst. De tussenkomst wordt enkel en alleen verleend bij voorlegging van attest van de apotheker die het geneesmiddel heeft afgeleverd of op basis van een factuur m.b.t. een rookstopbehandeling.

Tussenkomst voor diëtetiek:

Alle leden kunnen tot vijfmaal per kalenderjaar € 10 terugbetaling krijgen voor behandelingen door een diëtist(e) of dieetbegeleiding bij WeightWatchers. De tussenkomst wordt uitgekeerd op basis van een attest of factuur van voormelde zorgverstreker of organisatie.

Tussenkomst voor psychologische begeleiding:

Indien er geen wettelijke tegemoetkoming voorzien is, kunnen alle leden tot vijfmaal per kalenderjaar € 10 terugbetaling krijgen voor behandelingen door een master in de orthopedagogie, psychologie of een psycholoog die beschikt over een visumnummer van de FOD Volksgezondheid of aangesloten is bij de psychologencommissie. Voor jongeren t.e.m. 18 jaar worden per kalenderjaar tot 10 behandelingen terugbetaald aan € 10. De tussenkomst wordt uitgekeerd op basis van een attest of factuur van voormelde zorgverstreker.

Tussenkost voor kijkoperaties:

De uitkering bedraagt 100 % van het persoonlijk aandeel boven 250 euro. Zowel het endoscopisch- en viscerosynthesemateriaal dat opgenomen is in de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen als de afleveringsmarge, vallen onder deze tussenkost. De tussenkost wordt uitgekeerd op basis van een origineel "uittreksel verpleegnota" (ziekenhuisfactuur) of van een attest van de verzekeringsmaatschappij.

Tussenkost voor medische apps:

Deze dienst kent een tegemoetkoming toe ten voordele van de gerechtigden en hun personen ten laste, in de abonnementskosten van online medische applicaties in het kader van preventie of revalidatie.

De tegemoetkoming is een vast bedrag tot 10 euro voor de aankoop of het abonnement per medische app, die erkend is door mHealth Belgium of voorgeschreven door een arts (met een max. € 20 per kalenderjaar).

De tussenkost wordt uitgekeerd op basis van een attest, ondertekend door de voorschrijvende arts of indien erkend door mHealth Belgium, door middel van het voorleggen van een factuur of betalingsbewijs. Het bedrag van deze tegemoetkomingen kan nooit hoger zijn dan de betaalde prijs.

Deze bepalingen treden in werking op 1 januari 2021.

Afdeling 7. Zorgverblijven (15)

Artikel 49.

Het ziekenfonds organiseert een dienst 'zorgverblijven' voor de leden en de personen ten laste indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

Tussenkost:

De dienst verleent een tussenkost van maximum 25 euro per overnachting in de verblijfkosten van de herstellende voor een zorgverblijf.

Een eventuele begeleider komt niet in aanmerking voor de tegemoetkoming.

Voor een zorgverblijf moet steeds een akkoord van de adviserend arts verkregen worden op basis van een aanvraagformulier. De duur van het zorgverblijf is afhankelijk van het advies van de adviserend arts. De zorgverblijven worden toegekend in periodes van 7 overnachtingen met een maximum van 28 overnachtingen per kalenderjaar.

Een verlenging van het zorgverblijf kan tijdens het verblijf via een medisch attest aangevraagd worden mits akkoord van de adviserend arts van het ziekenfonds. De maximumduur van het zorgverblijf kan niet verlengd worden. Deze tegemoetkoming kan voor eenzelfde aandoening maar één keer per kalenderjaar toegekend worden.

Een zorgverblijf kan worden toegekend:

- na een heelkundige ingreep met een betrekkelijke waarde van meer dan K 250 of N 250 uitgevoerd door een geneesheer-specialist met de volgende specialisatie: thorax- en abdominale heelkunde, cardiologie, gynaecologie met uitzondering van zwangerschap en fertiliteitsbehandelingen, neurologie, oncologie, orthopedie, pneumologie, vaatheelkunde, neurochirurgie, reumatologie en urologie;
- na behandeling door chemotherapie, radiotherapie en nierdialyse;
- na een ononderbroken ziekenhuisopname van tenminste 6 overnachtingen of na een door de behandelende arts gedocumenteerde opstoot van een van de aandoeningen die omschreven is in de lijst 'E-pathologie' die van toepassing is op moment van de aanvraag, opgesteld door het Riziv (voor het bekomen van een verminderd tarief van het persoonlijk aandeel op basis van artikel 7, derde lid, c), van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen);

- bij behandeling voor een psychische aandoening (depressie en burn-out). De betrokkene is in behandeling bij een psychiater.

De aanvrager van het zorgverblijf moet in staat zijn zichzelf te verplaatsen en zelf in te staan voor de dagelijkse hygiëne zonder hulp van derden. Zijn gezondheidstoestand mag geen permanente medische begeleiding of bestendige bedrust vergen. De ziekte waaraan men lijdt mag niet besmettelijk zijn.

Toxicomanie, ernstige hartdecompensatie, esthetische heelkunde waarvoor geen tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige zorgen en uitkeringen of een psychiatrische aandoening, met uitzondering van stemmingsstoornissen (depressie en burn-out), komen niet in aanmerking voor een zorgverblijf.

Deze bepaling treedt in werking op 1 juli 2019.

Afdeling 8. Kortverblijf, dag- en nachtopvang (15)

Artikel 50.

Het ziekenfonds organiseert een dienst 'kortverblijf, dag- en nachtopvang' voor de leden en de personen ten laste indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

Tussenkomst kortverblijf:

Met kortverblijf wordt een permanente opvangmogelijkheid en begeleiding voor een korte periode bedoeld in een instelling die door de Vlaamse overheid erkend is.

De tussenkomst bedraagt 15 euro per overnachting met een maximum van 28 overnachtingen per kalenderjaar.

Tussenkomst dag- en nachtopvang:

Met dag- en nachtopvang wordt een tijdelijke opvang of begeleiding bedoeld in één van de door de Vlaamse overheid erkende dag(verzorgings)centra, een woonzorgcentrum, een inrichting georganiseerd door een OCMW of een semi-internaat voor mindervaliden. De tussenkomst wordt eveneens voorzien voor erkende vrijwilligersorganisaties. De lijst van bijkomende erkende organisaties wordt opgenomen in bijlage 2 van deze statuten. De tussenkomst bedraagt 5 euro per dag of nacht en is beperkt tot maximum 50 dagen of nachten per kalenderjaar.

Deze bepaling treedt in werking op 1 januari 2021.

Afdeling 9. Begeleidende persoon bij hospitalisatie (15)

Artikel 51.

Het ziekenfonds organiseert een dienst 'begeleidende persoon bij hospitalisatie' ook 'rooming-in' genoemd voor de leden en de personen ten laste indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

Tussenkomst:

De dienst verleent een tussenkomst van € 10 per overnachting wanneer een begeleider van een gehospitaliseerde samen overnacht in een verzorgingsinstelling.

Rechthebbende is de persoon die gehospitaliseerd werd.

Er worden maximum 15 dagen per rechthebbende en per kalenderjaar uitgekeerd.

De tussenkomst wordt uitgekeerd op basis van een origineel "uittreksel verpleegnota" (ziekenhuisfactuur) of van een attest van de verzekeringsmaatschappij.

Het bedrag van deze tegemoetkoming kan nooit hoger zijn dan de betaalde prijs.

Deze bepaling treedt in werking op 1 juli 2018.

Afdeling 10. Thuisoppas zieke kinderen (15)

Artikel 52.

Het ziekenfonds organiseert een dienst 'thuisoppas zieke kinderen' voor de leden en de personen ten laste indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

Voor deze dienst doet het ziekenfonds een beroep op een samenwerkingsovereenkomst met 'i-mens' en het 'Uitzendkantoor Tempo Team Childcare NV'.

De dienstverlening is onderworpen aan een aantal voorwaarden:

- aanvragen thuisoppas zijn enkel bedoeld voor acuut zieke kinderen tussen 3 maanden en 12 jaar voor wie geen andere opvangmogelijkheden beschikbaar zijn;
- de ziekte dient bevestigd te worden door een medisch attest die aan de oppasser wordt overhandigd;
- een thuisoppas kan aangevraagd worden voor maximum 4 opeenvolgende werkdagen en met een maximum van 8 dagen per kalenderjaar;
- er kan geen beroep worden gedaan op een thuisoppas tijdens de weekends en op feestdagen;
- de opdrachten moeten minimum 7 en max. 9 uur bedragen en vinden plaats tussen 7 en 18 uur;
- de prestatie wordt gratis aangeboden;
- bij oneigenlijk gebruik, overschrijding van de maximale duur (9 uur) en laattijdige annulering zal 50 euro administratiekosten aangerekend worden.

Deze bepaling treedt in werking op 1 januari 2021.

Afdeling 11. Gezinszorg, poetsdienst-en kraamhulp (15)

Artikel 53.

Het ziekenfonds organiseert een dienst 'gezinszorg, poetsdienst-en kraamhulp' voor de leden en de personen ten laste, indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

Gezinszorg en poetsdienst:

Voor bijstand bij het zoeken naar gezinszorg en poetsdienst, kunnen de leden een beroep doen op de dienstverlening door de vzw 'i-mens', waarmee het ziekenfonds een samenwerkingsovereenkomst zonder financiële verplichtingen heeft afgesloten. Het ziekenfonds voorziet geen specifieke tussenkomsten of voorwaarden.

Tussenkomst kraamhulp:

Een tussenkomst van € 5 per gepresteerd uur onder de volgende voorwaarden:

- maximum 60 uren per ingeschreven (on)geboren kind;
- binnen de 30 dagen voor en 90 dagen na de bevalling of het ontslag van het kind uit de kraaminrichting;
- voor een kraamhotel of voor een borstvoedings- en bevallingscoach (doula) wordt tot maximaal 20 uren per dag terugbetaald;
- op het moment van de uitgave moet de ouder bij wie het kind als persoon ten laste is ingeschreven, aangesloten zijn bij het ziekenfonds.

Deze tussenkomst wordt terugbetaald op basis van een factuur of attest⁷.

Deze bepaling treedt in werking op 1 januari 2020.

Afdeling 12. Uitleendienst (15)

Artikel 54.

Het ziekenfonds organiseert een dienst 'uitleendienst, personenalarm en ergotherapie' voor de leden en de personen ten laste indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

Uitleendienst en personenalarm:

Voor bijstand bij het zoeken van uitleenmateriaal of een personenalarm, kunnen de leden een beroep doen op de dienstverlening door de vzw 'ComfoPlus', waarmee het ziekenfonds een samenwerkingsovereenkomst heeft afgesloten.

Deze vzw staat in voor de praktische organisatie (aankoop materiaal, beheer thuisleveringen en verwerking huurcontracten) van de uitleendienst.

Voor het materiaal wordt een huurprijs (of gebruiksvergoeding) aangerekend naargelang het toestel en op verzoek van het lid kan bepaald materiaal thuis geleverd en terug opgehaald worden. Hiervoor zal een onkostenvergoeding aangerekend worden t.b.v. 25 euro (wanneer de rit binnen het normale rittenschema valt) of 75 euro voor een spoedlevering (binnen de 8 werkuren). In bijlage 3 wordt de forfaitaire reinigingskost (standaard € 5), de eventuele leveringskost of aan te kopen toebehoren per product omschreven. Voor de installatie van een personenalarm: € 25 euro opstartkost en 25 euro voor de installatie. Indien een product beschadigd of ongereinigd wordt teruggebracht, kan een schadevergoeding gevraagd worden.

De gebruiksvergoeding voor minstens 30 dagen wordt niet terugbetaald.

Bij langdurige uitlening aan dezelfde gebruiker kan voorgesteld worden het materiaal aan te kopen.

Het ziekenfonds voert de maximumfactuur in. Dit betekent dat alle huurgelden op kalenderjaarbasis die de 300 euro overtreffen, volledig terugbetaald worden.

Schadevergoedingen, verplaatsings- en eventuele aankoopkosten, alsook de huur van een hometrainer (pedalo), grootcellig wisseldruksysteem, ligfiets, ergometerfiets, hiloterm koelapparaat, vervang scooter bij herstelling, personenalarm, extra zender personenalarm en/of mobiel alarm worden niet meegerekend voor de berekening van de maximumfactuur. Tot 6 maanden na de geboorte kunnen leden gedurende 1 maand gratis een afkolfapparaat van het type Medela Symphony (of Ameda of Medela Lactina+) en babyweegschaal ontlenen.

Alle huurprijzen en eventueel aan te kopen producten zijn terug te vinden in bijlage 3 van deze statuten of via www.vnz.be.

Thuiszorgwinkel:

Voor de aankoop van hulpmiddelen, kunnen de leden een beroep doen op de dienstverlening door de vzw 'ComfoPlus', waarmee het ziekenfonds een samenwerkingsovereenkomst heeft afgesloten.

Op basis van de facturen voorziet het ziekenfonds een korting t.b.v. 10 % of 30 % voor het incontinentiemateriaal.

Ieder lid kan op eenvoudig verzoek de op dat moment voor de thuiszorgwinkel geldende lijst van beschikbaar materiaal opvragen (zie ook bijlage 4 van deze statuten) of consulteren via www.vnz.be.

Tegemoetkomingen ergotherapie:

Voor de opmaak van een dossier aanvraag hulpmiddelen in het kader van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) wordt de vergoeding voor het ergotherapeutisch advies volledig terugbetaald door het ziekenfonds.

Voor de opmaak van een ergotherapeutisch advies in het kader van woningaanpassing wordt door het ziekenfonds een tussenkomst voorzien van 50 euro. De tussenkomst wordt uitgekeerd op basis van een rekening of factuur van een ergotherapeut.

Deze bepalingen treden in werking op 1 januari **2021 2020**.

Afdeling 13. Niet-dringend ziekenvervoer (15)

Artikel 55.

Het ziekenfonds organiseert een dienst 'niet-dringend ziekenvervoer' voor de leden en hun personen ten laste, indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

Tussenkost:

Deze dienst heeft als doel een tussenkomst te verlenen in de volgende gevallen:

1. bij opname in en ontslag uit een ziekenhuis, psychiatrische instelling, preventorium, revalidatiecentrum, woonzorgcentrum of palliatief centrum;
2. bij overbrenging van een patiënt, die verblijft in één van de in punt 1 vermelde verzorgingsinstellingen naar een andere verzorgingsinstelling of voor ambulante verzorging;
3. bij verplaatsing voor een ambulante behandeling in een ziekenhuis, een spoedopname, een consultatie van een geneesheer specialist in een ziekenhuis of in een diagnosecentrum;
4. bij verplaatsing voor nierdialyse, radium- of chemotherapie;
5. bij verplaatsing voor ander reeksvervoer na transplantaties en revalidatie.

Tussenkost voor vervoer van de in punten 1, 2 en 3 vermelde situaties:

- openbaar vervoer: 50 % van de rekening (met de vergoeding van de verplichte verzekering inbegrepen) met een maximum van € 25 per rit;
- klinimobiel of ziekenwagen: 50 % van de rekening (met de vergoeding van de verplichte verzekering inbegrepen) met een maximum van € 150 per rit;
- taxi of minder mobiele centrale: 50 % van de rekening (met de vergoeding van de verplichte verzekering inbegrepen) met een maximum van € 75 per rit;
- helikopter: 75 % van de rekening (met de vergoeding van de verplichte verzekering inbegrepen) met een maximum van € 1.250 per vlucht;
- eigen vervoer (enkel voor volwassenen): € 0,10 per kilometer met een maximum van € 25 per rit. Voor de in punt 3 vermelde situatie dient de behandelende arts of het ziekenhuis een medisch attest af te leveren waarin verklaard wordt dat de betrokkene niet in staat was zelf te rijden.

Tussenkost voor vervoer van de in punten 4 en 5 vermelde situaties:

- openbaar vervoer, klinimobiel of ziekenwagen: 90 % van de rekening (met de vergoeding van de verplichte verzekering inbegrepen) met een maximum van € 150 per rit;
- taxi of minder mobiele centrale: 90 % van de rekening inclusief het wachtgeld (met de vergoeding van de verplichte verzekering inbegrepen) met een maximum van € 75 per rit.
- Eigen vervoer: € 0,10 per kilometer met een maximum van € 25 per rit.

Bij iedere aanvraag voor tegemoetkoming moet het lid een factuur of attest kunnen voorleggen. Voor de tussenkomst uit punt 4 is een extra document van de instelling vereist in het kader van de wettelijke tegemoetkoming voor verplaatsingskosten.

De tussenkomst voor vervoer van de in punten 1 tot en met 5 vermelde gevallen zal rechtstreeks aan de vervoerdienst betaald worden indien het ziekenfonds een conventie heeft afgesloten met deze dienst. De tarieven voor de tussenkomst staan vermeld in de contracten van de verschillende vervoersdiensten.

Bij sport-, school-, arbeids- of verkeersongevallen kan de tussenkomst worden verleend op voorwaarde dat het lid het ziekenfonds subrogeert in zijn rechten tegen eventueel aansprakelijke derde.

Deze bepalingen treden in werking op 1 januari 2020.

Artikel 56.

Voor bijstand bij het zoeken naar niet-dringend secundair ziekenvervoer, kunnen de leden een beroep doen op de diensten van de vzw Mutas of het Rode Kruis Vlaanderen, waarmee het ziekenfonds samenwerkingsovereenkomsten heeft afgesloten. De leden van het ziekenfonds kunnen via de nummers 078 15 95 95 (Mutas) of 105 (Rode Kruis Vlaanderen) alle dagen van de week, 24 uur op 24, een beroep doen op de centrales. Zij zullen de aanvragen door de leden voor niet-dringend secundair ziekenvervoer beoordelen, uitvoeren of de uitvoering hiervan opdragen aan de daartoe het meest in aanmerking komende gecontracteerde vervoerder.

De tussenkomst van het ziekenfonds voor het vervoer moet dezelfde zijn ongeacht een beroep wordt gedaan op de diensten van de vzw Mutas of het Rode Kruis Vlaanderen.

Afdeling 14. Geboorte- en adoptiepremie (15)**Artikel 57.**

Het ziekenfonds organiseert een dienst 'geboorte- en adoptiepremie' voor de leden en hun personen ten laste, indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

Tussenkomsten:

Het ziekenfonds betaalt:

- mits voorlegging van een geboortecertificaat afgeleverd door het gemeentebestuur, een premie van € 150 per kind aan elke aangesloten ouder bij de aanvullende verzekering van het ziekenfonds op het moment van de geboorte.
- mits voorlegging van een attest van adoptie afgeleverd door het gemeentebestuur, een premie van € 150 per minderjarig kind aan elke aangesloten adoptieouder bij de aanvullende verzekering van het ziekenfonds op het moment van de adoptie.

Afdeling 15. Jeugdwerking (15)

Artikel 58.

De dienst 'jeugdwerking' heeft tot doel service, informatie, ontspanning en vorming te bieden aan de leden en hun personen ten laste, indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

De vakantieverblijven worden georganiseerd door de vzw Krunsj, jeugddienst van de Vlaamse Neutrale Ziekenfondsen, waarmee een samenwerkingsakkoord werd afgesloten.

Teneinde het fysiek, psychisch en sociaal welzijn, zoals voorzien in de artikelen 2 en 3 van de wet van 6 augustus 1990 te bevorderen, verleent het ziekenfonds volgende tussenkomsten:

- aan de jongeren die deelnemen aan activiteiten ingericht door een dienst Jeugdvakanties – uitgezonderd de vakanties van Krunsj - wordt jaarlijks een tussenkomst gegeven van maximum 5 euro per dag en maximaal € 120 per kalenderjaar. Dit geldt voor bos-, sneeuw- en zee- en zeeklassen, jeugd-, sport-, computer- en taalkampen of speelpleinen. Voor het lidgeld van een door de Vlaamse overheid of gemeente erkende jeugdvereniging of een schoolreis wordt ten hoogste 30 euro terugbetaald voor zover het maximumbedrag van € 120 per kalenderjaar niet overschreden wordt;
- voor de andersvalide kinderen die getroffen zijn door ten minste 66 % ontoereikende of verminderde lichamelijke of geestelijke geschiktheid, die deelnemen aan een speciaal voor hen ingerichte vakantie, is een tussenkomst per kalenderjaar voorzien tot maximaal € 250, uitgezonderd de vakanties van Krunsj. Dit geldt voor alle kampen, maar ook voor speelpleinwerking, schoolreizen en het lidgeld van een door de Vlaamse overheid of gemeente erkende jeugdvereniging voor zover het maximumbedrag van € 250 per kalenderjaar niet overschreden wordt.

Om te kunnen genieten van deze voordelen moeten de jongeren voldoen aan de volgende voorwaarden:

- leeftijd: ten hoogste in het betreffende jaar de wettelijke leeftijd van meerderjarigheid bereikt hebben, die 18 jaar bedraagt;
- voorlegging van een factuur of attest van de jeugdorganisatie;
- ingeschreven zijn als rechthebbende van het ziekenfonds op ogenblik van de betalings- of factuurdatum;
- het bedrag van deze tegemoetkomingen kan nooit hoger zijn dan de betaalde prijs.

Deze bepaling treedt in werking op 1 juli 2019.

Afdeling 16. Lidgeld sportclub (15)

Artikel 59.

Het ziekenfonds organiseert een dienst 'lidgeld sportclub' voor de leden en hun personen ten laste, indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

Tussenkost:

Tot € 30 per kalenderjaar mits voorlegging van een factuur of attest. In ieder geval zal het bedrag van de tegemoetkoming beperkt worden tot het bedrag dat werkelijk voor de aansluiting bij een sportvereniging werd betaald.

Voorwaarden:

- Het moet om één van de volgende sporttakken gaan: aerobic, aquagym, atletiek, autosport, badminton, baseball, basketbal, biatlon, biljart, bobslee, bodybuilding, boksen, boogschieten, bootcamp training, boules, bowling, bridge, circustechnieken, conditietraining, cricket, curling, dans (ballet, ballroom, disco, hiphop, latin, jazzdance, streetdance, volksdans, zumba, ...), darts, dovensport, duatlon, duiken, duivensport, estafette, fietsen, figuurtraining, fitness, flagball, floorball/floorhockey, frisbee, gevechtssport (aikido, aikikai, capoeira, judo, jujitsu, karate, kickboksen, kung fu, taekwondo, worstelen, wushu,...), gewichtheffen, golfen, gymnastiek, handbal, hengelsport, hockey, hondensport, honkbal, ijsberen, ijshockey, ijsschaatsen, joggen, kaatsen, kano- en kajakvaren, kegelen, kickbike, kitesurfen, klim- en bergsporten (klimmen, speleologie, ...), korfbal, krachtbal, kunstschaatsen, lacrosse, langlaufen, lopen, minivoetbal, moderne vijfkamp, motorcross, mountainbike/BMX, netbal, nordic walking, omnisport, oriëntatielopen, paardrijden, padel, paintball, parachutespringen/skydiven, petanque, pilates, polo, pool, racquetball, reddingssport, rodelen, roeien, rope-skiing, rolschaatsen (inline skating, skeeleren, ...), rugby, schaatsen, schaken, schermen, schietsport, schoonspringen, skiën, snooker, snowboarden, softbal, spinning, squash, surfen, tafeltennis, tai chi, tennis, trampolinespringen, triatlon, turnen, twirling, Vlaamse traditionele sporten (balboogschieten, beugelen, buksschieten, curve bowls, flessenschieten, gaaibol, golfbiljart, katapult, klepschieten, kruisboog, krulbol, kubb, liggende wip, manchetbaankegelen, paapgooien, paggooien, schaarbaankegelen, sjoelen, staande wip, struifvogel, touwtrekken, trabol en vendelen), vlieg- en luchtsporten, voetbal, volleybal, wandelen, waterpolo, waterski, wielrennen, windsurfen, worstelen, yoga, zeilen, zeilwagenrijden, zweefvliegen, zwemmen (ook watergewenning), de sporttakken voor andersvaliden en, meer in het algemeen, de olympische sporten en de sporten erkend door het I.O.C.
- het moet gaan om een aansluiting tijdens een sportseizoen:
 - o bij een sportclub, sportdienst of sportcentrum;
 - o bij een fitnesscenter of een centrum voor figuurtraining (zoals Infraligne, Bodystyling en Figurel);
 - o bij een organisatie voor het organiseren van initiatieprogramma's inzake sporten (zoals joggen, lopen en zwemmen).
- voor elke sport die per beurt wordt beoefend, gebeurt de terugbetaling voor zover er ten minste 10 beurten onder begeleiding worden gepresteerd.
- de tussenkost wordt ook voorzien in het kader van het project 'Bewegen op Verwijzing' (BOV) en voor het inschrijvingsgeld van een sportevenement. Onder sportevenement wordt verstaan een eendaagse of meerdaagse activiteit in België waarbij de deelnemer aan beweging doet en waarvoor een inschrijving noodzakelijk is.
- de tussenkost wordt slechts toegekend aan personen die op het ogenblik van de betaling van het lidgeld aan de sportclub, ook effectief lid zijn van het ziekenfonds.

De Algemene Vergadering behoudt zich het recht voor de lijst met sporttakken aan te passen. Deze bepaling treedt in werking op 1 januari 2020.

Afdeling 17. Alternatieve geneeskunde (15)

Artikel 60.

Het ziekenfonds organiseert een dienst 'alternatieve geneeskunde' voor de leden en hun personen ten laste, indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

Tegemoetkoming homeopathische geneesmiddelen:

50 % van de aankoopprijs, met een maximum van € 75 per kalenderjaar van homeopathische geneesmiddelen.

Om een tegemoetkoming van de dienst te kunnen genieten, dienen de homeopathische geneesmiddelen te worden voorgeschreven door een dokter in de geneeskunde die erkend is door het Riziv of, door een dokter in de geneeskunde van de buurlanden (Frankrijk, Luxemburg, Duitsland en Nederland), die erkend is door de bevoegde instelling van het betrokken land of een erkende homeopaat.

Deze geneesmiddelen moeten worden afgeleverd door een apotheker of arts en beantwoorden aan de volgende criteria: het moet gaan om een verdunding van ten minste 10.000 en van bereidingen voor oraal gebruik.

De terugbetaling geschiedt op basis van een *apothekersattest of factuur*, waarop de volgende zaken vermeld worden: benaming, publieksprijs en sterretje (*) als indicator van terugbetaling. De magistrale bereidingen met CNK-code 586883 vallen ook onder deze terugbetaling.

Tegemoetkoming fytotherapeutische en antroposofische geneesmiddelen:

50 % van de aankoopprijs, met een maximum van € 25 per kalenderjaar van fytotherapeutische en/of antroposofische geneesmiddelen.

Om een tegemoetkoming van de dienst te kunnen genieten, dienen deze geneesmiddelen te worden voorgeschreven door een dokter in de geneeskunde die erkend is door het Riziv of, door een dokter in de geneeskunde van de buurlanden (Frankrijk, Luxemburg, Duitsland en Nederland), die erkend is door de bevoegde instelling van het betrokken land.

De terugbetaling geschiedt op basis van een attest of factuur waarbij de apotheker of de arts uitdrukkelijk verklaart dat deze geneesmiddelen vallen onder de noemer fytotherapeutische en/of antroposofische geneesmiddelen.

Tegemoetkoming niet-conventionele of alternatieve raadplegingen:

Alle leden kunnen tot vijfmaal per kalenderjaar € 10 terugbetaling krijgen voor de verstrekkingen van niet-conventionele praktijken, met name acupunctuur, antroposofische geneeskunde, chiropraxie, homeopathie, osteopathie en/of hippotherapie.

Wanneer de verstrekker van niet-conventionele praktijken ook de hoedanigheid van door het Riziv erkend zorgverstrekker heeft en wanneer de verstrekking recht geeft op een terugbetaling in de verplichte verzekering, kan in de aanvullende verzekering de terugbetaling niet plaatsvinden op basis van het getuigschrift van verstrekte hulp (of een kopie daarvan) dat werd uitgereikt door de verstrekker in zijn hoedanigheid van door het Riziv erkend zorgverstrekker, maar op basis van de uitreiking van een afzonderlijk document.

De verstrekker is erkend als hij, ofwel een kopie van zijn diploma en van zijn verzekering professionele BA heeft voorgelegd, ofwel aangesloten zijn bij een beroepsorganisatie met betrekking tot de bovenvermelde praktijken.

Deze bepalingen treden in werking op 1 juli 2018.

Afdeling 18. Dienst informatie aan leden (37/1)

Artikel 61.

Het ziekenfonds voorziet informatie aan de leden teneinde de leden langs diverse mediamiddelen, zoals het ledenblad, de elektronische nieuwsbrief, de webstek www.vnz.be of andere publicaties te informeren over alle aangelegenheden die het ziekenfonds en de gezondheidszorg in het algemeen, zowel preventief als curatief aanbelangen.

In dit kader organiseert het ziekenfonds tal van initiatieven voor gezondheidspromotie (gezondheidsvoorlichting, opvoeding en ziektepreventie).

Afdeling 19. Dienst Maatschappelijk Werk (37/2)

Artikel 62.

Het ziekenfonds organiseert een dienst maatschappelijk werk van het Vlaams & Neutraal Ziekenfonds voor de leden en de personen ten laste, indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

De dienst richt zich tot iedereen en 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.

Voordeel: in uitvoering van artikel 15 van het Vlaams woonzorgdecreet van 13 maart 2009, geeft de dienst sociale en psychosociale hulp en verstrekt hij informatie en advies. Meer bepaald staat de dienst in voor:

- het bieden van ondersteuning bij het oriënteren van hulp- en zorgvragen van de rechthebbenden op basis van vraagverheldering en vraagverduidelijking of het leiden van deze personen naar de georganiseerde thuiszorg;
- het in staat stellen van de rechthebbenden om hun rechten maximaal uit te putten en maximaal toegang te hebben tot zorg door hen te informeren, te adviseren en te bemiddelen;
- het aanbieden van administratieve en psychosociale ondersteuning indien de draagkracht of vaardigheden van de rechthebbenden ontoereikend zijn;
- het evalueren van het zelfzorgvermogen van de rechthebbenden;
- het proactief benaderen van rechthebbenden waarbij een indicatie van verminderd zelfzorgvermogen wordt vastgesteld;
- het aanbieden van de mogelijkheid tot langdurige begeleiding en ondersteuning in complexe zorgsituaties of als een wijziging van zorgvorm wenselijk is;
- het beleidsgericht signaleren van belemmerende factoren.

Er worden door deze dienst geen financiële tegemoetkomingen toegekend. Voor de realisatie van de voordelen die niet behoren tot de uitvoering van de verplichte verzekering, wordt de dienst volledig gefinancierd met middelen die haar door de Vlaamse overheid ter beschikking worden gesteld en ledenbijdragen.

De dienst werkt overeenkomstig de werkprincipes en richtlijnen vastgelegd in het Vlaams woonzorgdecreet van 13 maart 2009, voor zover deze niet in strijd zijn met de wetten van 6 augustus 1990 en 26 april 2010.

Afdeling 20. Administratief centrum (98/2)

Artikel 63.

Het ziekenfonds voorziet in een dienst die de inning van de bijdragen beoogt, bestemd om een eventueel mali in administratiekosten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, bedoeld in artikel 195, § 5, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, aan te zuiveren en dit onder meer in de mate van de geïnde bijdragen en de eventuele boni van de administratiekosten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen verworven in de loop van de vorige boekjaren en toegewezen aan deze dienst. Aan de administratieve dienst (98/2) worden ook toegewezen de opbrengsten en kosten die door de Controledienst worden vastgesteld.

Deze bepaling treedt in werking op 1 juli 2014.

Afdeling 21. Algemene bepalingen

Artikel 64.

De wachttijd bedraagt 0 maanden.

Artikel 65.

De verschuldigde bijdragen van de leden per mutualistisch gezin, zoals bepaald in het koninklijk besluit van 2 maart 2011 tot uitvoering van artikel 67, tweede tot vierde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende verzekering (I) zijn in de ETAC-tabel als bijlage van de statuten opgenomen en maken hiervan integraal deel uit.

Hoofdstuk VI

Gebruik en beheer van de bijdragen

Artikel 66.

De bijdragen van het ziekenfonds inzake de aanvullende verzekering worden opgesplitst over de volgende diensten en verrichtingen:

- logopedie (15),
- voetverzorging (15),
- verzorgingsmateriaal (15),
- orthodontie en tandzorgen (15),
- brillen, lenzen, laser en prothesen (15),
- diverse medische verstrekkingen (15),
- zorgverblijven (15),
- kortverblijf dag- en nachtopvang (15),
- begeleidende persoon bij hospitalisatie (15),
- thuisopvang zieke kinderen (15),
- gezinszorg, poetsdienst, thuisverpleging en kraamhulp (15),
- uitleendienst (15),
- ziekenvervoer (15),
- geboorte- en adoptiepremie (15),
- jeugdwerking (15),
- lidgeld sportclub (15),
- alternatieve geneeskunde (15),
- dienst informatie aan leden (37/1),
- dienst maatschappelijk werk (37/2),
- administratief centrum (98/2).

De bijdragen voor de diensten worden niet gekapitaliseerd en deze diensten en verrichtingen worden zonder winstoogmerk ingericht.

Artikel 67.

Elke dienst ontvangt:

- de bijdragen, de toelagen van de overheid, de giften, legaten, diverse inkomsten en opbrengsten die voor hem bestemd zijn;
- de ontvangen intresten.

Elke dienst moet zijn werkingskosten en eigen lasten dragen.

Artikel 68.

Indien een dienst wegens ontoereikende inkomsten niet in staat is het hoofd te bieden aan de uitgaven die hij te dragen heeft, moet de Raad van Bestuur een buitengewone Algemene Vergadering bijeenroepen om de door de toestand vereiste maatregelen te nemen.

Artikel 69.

De rekeningen worden op 31 december van elk jaar afgesloten door de Raad van Bestuur, die ze aan de Algemene Vergadering moet voorleggen.

Artikel 70.

Als gevolmachtigde van de landsbond beschikt het ziekenfonds bovendien over gelden in de wettelijke regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Hoofdstuk VII Samenwerking

Artikel 71.

Met het oog op de verwezenlijking van de oogmerken die in artikel 2 van deze statuten worden omschreven, kan het ziekenfonds samenwerken met publiekrechtelijke of privaatrechtelijke rechtspersonen.

Hier toe wordt een schriftelijk samenwerkingsakkoord gesloten, dat melding maakt van het doel en de wijze van samenwerking, alsook van de rechten en verplichtingen die hieruit voor de leden en de personen te hunnen laste voortvloeien.

Het samenwerkingsakkoord en de wijzigingen ervan worden door de Algemene Vergadering goedgekeurd of opgezegd en aan de Controledienst gestuurd. De Raad van Bestuur brengt jaarlijks aan de Algemene Vergadering verslag uit over de uitvoering van de gesloten akkoorden, alsook over de wijze van aanwending van de middelen die daarvoor door het ziekenfonds werden verstrekt.

Hoofdstuk VIII

Ontbinding en vereffening

Artikel 72.

In geval van stopzetting van één of meerdere diensten of verrichtingen die door het ziekenfonds wordt ingericht, worden de overblijvende 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 verrichtingen en de bestemming van hun overblijvende activa vallen onder de toepassing van de artikelen 10, 11 en 12, § 1, derde lid van de wet van 6 augustus 1990.

Artikel 73.

Het ziekenfonds kan ontbonden worden mits in achtneming van de artikels 45 tot 48 van de wet van 6 augustus 1990 op de ziekenfondsen.

De beslissing tot ontbinding vereist een beslissing van de Algemene Vergadering. Er kan enkel tot de ontbinding worden besloten indien de helft van de leden aanwezig of vertegenwoordigd is en de beslissing met een meerderheid van twee derden van de uitgebrachte stemmen wordt genomen.

Artikel 74.

In geval van ontbinding van het ziekenfonds, worden de overblijvende activa van de diensten of verrichtingen die door het ziekenfonds worden ingericht, bij voorrang aangewend voor de betaling van de voordelen ten gunste van de leden. De vergoeding van de leden bedoeld in het eerste lid, kan op actuariële basis worden verricht.

Indien uit de rekeningen van de vereffening blijkt dat na de betaling van alle schulden en de consignatie van de gelden verschuldigd aan sommige schuldeisers er overblijvende activa zijn, beslist de algemene vergadering over de bestemming die gegeven wordt aan de overblijvende activa, met inachtneming van zijn statutaire doelstellingen.

Hoofdstuk IX

Bijlagen aan de statuten

Bijlage 1. Samenwerkingsakkoorden

- **Krunsj**, Kareelstraat 132 te 9300 Aalst (0443.096.196);
- **Mutas vzw**, Leliëgaarde 20 te 1731 Zellik (0442.621.094);
- **Rode Kruis – Vlaanderen**, Motstraat 40 te 2800 Mechelen (0461.634.084);
- **ComfoPlus vzw**, Statieplein 12 te 9300 Aalst (0846.188.309)
- **I-mens vzw**, Tramstraat 61 te 9052 Gent (0416.603.716)
- **Tempo Team Childcare NV**, Heizel Esplanade, Buro & Design Center b56 te 102 Brussel (0417.008.641).

Bijlage 2. Dag- en nachtopvang – erkende diensten

Dag- en nachtopvang – erkende diensten:

- Gezinsbond vzw;
- Nachtzorg (www.nachtzorg.be);
- En voor alle andere diensten voor oppashulp, gezinszorg en aanvullende thuiszorg erkend door de Vlaamse overheid.

Deze bepaling treedt in werking op 1 januari 2021.

Bijlage 3. Uitleenmateriaal (huurprijzen vanaf 1 januari 2021)

Materiaal voorradig in kantoren					
Verhuur	Dagprijs		Basisfactuur		
			1 ^o mnd	Kost	Totaal
Aërosol	0,20		6,00	5,00	€ 11,00
Gaankader	0,15		4,50	5,00	€ 9,50
2-wiel rollator	0,20		6,00	5,00	€ 11,00
4-wiel rollator	0,25		7,50	5,00	€ 12,50
Rolstoel	0,35		10,50	5,00	€ 15,50
Toebehoren / Aankoop					Prijs
Masker voor aërosol Kind					€ 6,00
Masker voor aërosol Volwassen					€ 6,00
Krukken / paar					€ 15,00

Aflevering via BPOST					
Verhuur	Dagprijs		Basisfactuur		
			1ste maand	Kost (2)	Totaal
Afkolf AMEDA	0,30	(1)		5,00	€ 5,00
Afkolf MEDELA Lactina+	0,60	(1)		5,00	€ 5,00
Afkolf MEDELA Symphony	2,00	(1)		5,00	€ 5,00
Babyweegschaal	0,30	(1)		5,00	€ 5,00
Pedalo	0,20	(3)	6,00	11,00	€ 17,00
Aspiratietoestel	0,30		9,00	11,00	€ 20,00
Kinderkrukken	0,20		6,00	11,00	€ 17,00
Okselkrukken	0,20		6,00	11,00	€ 17,00
4-poot stok	0,15		4,50	11,00	€ 15,50
Plaswekker	0,50		12,00	15,00	€ 27,00
Compressor voor wisseldruk	0,15		4,50	11,00	€ 15,50
(1): Terugbetaling van 30 dagen huur – wordt onmiddellijk verrekend					
(2): Forfaitaire kost - inclusief verzendingskost					
(3): Artikel komt niet in aanmerking voor het huurplafond					
Toebehoren / Aankoop					Prijs
Melkset AMEDA (enkel)					€ 23,00
Melkset MEDELA Lactina – enkel					€ 28,00
Melkset MEDELA Lactina – dubbel					€ 38,00
Melkset MEDELA Symphony – enkel					€ 25,00
Melkset MEDELA Symphony – dubbel					€ 34,00
Broekjes plaswekker Charco – per set van 2 stuks					€ 45,00
Bubblepad matras voor wisseldruk					€ 37,00

Aflevering via chauffeur					
Verhuur	Dagprijs		Basisfactuur		
			1° mnd	Kost	Levering (5)
Hometrainer	0,45	(3)	13,50	5,00	
Ligfiets	1,00	(3)	30,00	5,00	
Ergometerfiets	1,00	(3)	30,00	5,00	
Grootcellig wisseldruksysteem	2,00	(3)	60,00	30,00	
Wisseldruk zitkussen op batterij	1,50		45,00	5,00	
Passieve tillift	1,20		36,00	5,00	
Actieve tillift	1,20		36,00	5,00	
Extra gordel voor tillift	0,50		15,00		
Transfertplatform Return	1,00		30,00	5,00	
Elektrisch verzorgingsbed	0,80		24,00	5,00	
Zijsponden voor bed	0,20		6,00		
Verlengstuk voor bed	0,15		4,50		
Zelfoprichter op voet	0,20		6,00	5,00	
Bedtafel op wieltjes	0,15		4,50	5,00	
Lymphedrainagestoel	1,00		30,00	5,00	
Hilotherm koelapparaat	10,00	(3)	(4)	5,00	
Vervang scooter bij herstelling	4,00	(3)	(4)	5,00	
(3): Artikel komt niet in aanmerking voor het huurplafond					
(4): Toestel heeft geen huurforfait van 1 maand, enkel dagprijs					
(5) Leveringskosten / per rit: € 25,00 / rit binnen normaal rittenschema € 75,00 voor rit buiten het normale schema					

PAS (Persoonlijk Alarm Systeem)					
Verhuur	Dagprijs		Basisfactuur		
			1° mnd	Kost	Installatie (6)
Personenalarm (vaste lijn)	0,60	(3)	18,00	25,00	25,00
Personenalarm met SIM kaart	0,80	(3)	27,00	25,00	25,00
Extra zender voor personenalarm	0,20	(3)	6,00		
Mobiel alarm – eigen opvolging	0,90	(3)	27,00	25,00	25,00
Mobiel alarm met opvolging Mutas	1,10	(3)	33,00	25,00	25,00
(5): Artikel komt niet in aanmerking voor het huurplafond					
(6) Kosten: € 25,00 eenmalige opstartkost € 25,00 / huisbezoek voor installatie					

Meer informatie bij bovenstaande tarieven:

- Dit zijn de voordeeltarieven voor leden van het Vlaams & Neutraal Ziekenfonds. Personen die niet in regel zijn met de ziekenfondsbijdragen bij het Vlaams & Neutraal Ziekenfonds betalen het drievoud van de vermelde bedragen. Het Vlaams & Neutraal Ziekenfonds betaalt aan zijn leden de huurkosten (*uitgezonderd enkele materialen*) boven een gefactureerd bedrag van 300 euro per kalenderjaar in het eerste semester van het volgend kalenderjaar terug.
- Bij de opstart van een huurovereenkomst betaalt u een forfait gelijk aan 30 dagen huur *en een bijkomende forfaitaire kost*. Vanaf dag 31 wordt de overeenkomst stilzwijgend verlengd en wordt verder huren aan dagprijs aangerekend.
- Het afkolfapparaat en de babyweegschaal kunnen gratis gebruikt worden gedurende de eerste maand (30 kalenderdagen). Deze materialen worden gratis aan huis geleverd.
- Om hygiënische redenen moet men bij sommige hulpmiddelen die men huurt, toebehoren aankopen: afkolfset bij een melkafkolfapparaat, broekjes bij de plaswekker, een masker bij een aerosol, een matras bij een ziekenhuisbed.

Reservering:

Uitleenmateriaal kan gereserveerd worden in uw plaatselijk ziekenfondskantoor of rechtstreeks bij ComfoPlus via mail info@comfoplus.be of via de telefoonnummers 03 292 21 60.

Rolwagens, loophulpen, aërosoltoestellen en krukken zijn voorradig in een plaatselijk kantoor. Een tijdige reservatie vergemakkelijkt de planning en waarborgt een vlotte levering.

Levering:

Alle materiaal kan men reserveren via een plaatselijk ziekenfondskantoor of kan aan huis geleverd worden mits een verplaatsingskost van € 25 per rit of portkost van € 6. Niet-leden betalen € 50. Opdrachten buiten de normale logistieke planning worden op vraag van de huurder uitgevoerd aan € 75 per rit.

Ingeleverd materiaal dienen wij steeds na te kijken en/of te reinigen. Hiervoor wordt per artikel een forfaitaire kost aangerekend. Ook herstellingskosten worden op de gebruiker verhaald.

Bijlage 4. Mediotheek - Hulpmiddelenwinkel (vanaf 1 januari 2021)

Voor het volledige gamma en alle prijzen, raadpleeg de webstek van ComfoPlus: www.comfoplus.be.

BIJDRAGETABEL 2021

AANVULLENDE VERZEKERING

VNZ (203)	88,08
15 Aanvullende verrichtingen	68,76
VNZ voordelen	65,16
<u>Samenwerkingsakkoorden</u>	
vzw ComfoPlus	1,20
vzw Krunsj	2,40
Administratieve diensten	19,32
37/1 Informatie aan leden (GVO)	2,28
37/2 Dienst Maatschappelijk Werk	6,60
98/1 Adm. Centrum verdeling gem.kosten	0,00
98/2 Adm. Centrum reserves	10,44
LNZ (200)	6,72
LNZ Buitenlandse zorgen	4,32
LNZ NZ Vakanties	2,40
JAARBIJDRAGE	94,80
MAANDBIJDRAGE	7,90