

Partena Onafhankelijk Ziekenfonds Vlaanderen

526

STATUTEN

gecoördineerde versie van kracht op

01/01/2020

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

- op 21/1/2020 beslist door de algemene vergadering van het ziekenfonds
- op 18/5/2020 goedgekeurd door de Raad van de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen

De Controledienst heeft de voorgestelde wijzigingen aan de statutaire bepalingen goedgekeurd zonder voorbehoud.

Partena Onafhankelijk Ziekenfonds Vlaanderen is aangesloten:

- bij de Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen, waarvan de statuten beschikbaar zijn op de website met het volgende adres: <https://www.mloz.be/nl/statuten-MLOZ>
- bij de maatschappij van onderlinge bijstand Zorgkas, waarvan de statuten beschikbaar zijn op de website van de Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen met het volgende adres: <http://www.mloz.be/nl/statuten-zorgkas>

INHOUD

<u>Hoofdstuk I. - Stichting, benaming, doeleinden, zetel, werkingsgebied van het ziekenfonds</u>	8
<i>Artikel 1. Stichting en benaming</i>	8
<i>Artikel 2. Doeleinden</i>	9
<i>Artikel 3. Zetel en werkingsgebied</i>	11
<i>Artikel 4. Landsbond</i>	12
<u>Hoofdstuk II. - Toelating, ontslag, schrapping en uitsluiting van de leden.....</u>	13
<i>Artikel 5. Aansluiting bij de diensten van het ziekenfonds</i>	13
<i>Artikel 5 bis. Aanvang van de aansluiting bij de aanvullende verzekering.....</i>	15
<i>Artikel 5 ter. Types van leden.....</i>	16
<i>Artikel 6. Ontslag</i>	21
<i>Artikel 7. Schrapping wegens niet-betaling van de bijdragen</i>	21
<i>Artikel 8. Uitsluiting om andere redenen</i>	22
<i>Artikel 9. Terugbetaling van betaalde bijdragen</i>	22
<u>Hoofdstuk III. – Categorieën van leden.....</u>	23
<i>Artikel 10. Gerechtigde leden.....</i>	23
<i>Artikel 11. Personen ten laste</i>	24
<u>Hoofdstuk IV. – Algemene Vergadering van het ziekenfonds</u>	25
Afdeling 1 – Samenstelling van de Algemene Vergadering.....	25
<i>Artikel 12. Samenstelling van de Algemene Vergadering.....</i>	25
<i>Artikel 13. Kiesomschrijvingen</i>	26
<i>Artikel 14. Aantal vertegenwoordigers kiesomschrijving</i>	26
<i>Artikel 15. Stemrecht en verkiesbaarheid</i>	26
Afdeling 2 - Verkiezingsprocedure	27
<i>Artikel 16. Oproep tot kandidaturen.....</i>	27
<i>Artikel 17. Kandidaatstelling.....</i>	27
<i>Artikel 18. Opstelling van de kandidatenlijsten</i>	27
<i>Artikel 19. Mededeling van de kandidatenlijsten en verkiezingsdatum</i>	27
<i>Artikel 20. Kiesbureau</i>	28
<i>Artikel 21. Opstelling van de kiezerslijsten</i>	28
<i>Artikel 22. Verloop van de stemming.....</i>	28
<i>Artikel 23. Uitbrengen van de stemmen</i>	29
<i>Artikel 24. Telling van de stemmen.....</i>	29
<i>Artikel 25. Vrijstelling van de verplichting om verkiezingen te organiseren.....</i>	30
<i>Artikel 26. Bekendmaking van de resultaten</i>	30
<i>Artikel 27. Publicaties in verband met de verkiezingen</i>	30

<i>Artikel 28. Installatie van de Algemene Vergadering</i>	30
<i>Afdeling 3 – Bevoegdheden en werking van de Algemene Vergadering</i>	31
<i>Artikel 29. Bevoegdheden van de Algemene Vergadering</i>	31
<i>Artikel 30. Oproeping van de Algemene Vergadering</i>	31
<i>Artikel 31. Goedkeuring van de jaarrekeningen en van het budget</i>	31
<i>Artikel 32. Beraadslagingen van de Algemene Vergadering</i>	32
<i>Artikel 33. Buitengewone Algemene Vergadering.....</i>	32
<i>Artikel 34. Bedrijfsrevisoren</i>	33
<u>Hoofdstuk V. – Afvaardiging bij de Algemene Vergadering van de landsbond</u>	34
<i>Artikel 35. Afvaardiging bij de Algemene Vergadering van de landsbond.....</i>	34
<i>Artikel 36. Kandidaatstelling.....</i>	34
<i>Artikel 37. Verkiezing van de afgevaardigden.</i>	34
<u>Hoofdstuk VI. – Raad van Bestuur van het ziekenfonds</u>	35
<i>Artikel 38. Samenstelling van de Raad van Bestuur</i>	35
<i>Artikel 39. Verkiezing van de Raad van Bestuur</i>	35
<i>Artikel 40. Vervanging van bestuurders.....</i>	37
<i>Artikel 41. Bevoegdheden van de Raad van Bestuur</i>	37
<i>Artikel 42. Aanstelling en bevoegdheden van de directeur</i>	37
<i>Artikel 43. Bevoegdheden van de voorzitter.....</i>	38
<u>Hoofdstuk VII. – Bureau</u>	39
<i>Artikel 44. Samenstelling van het Bureau.....</i>	39
<i>Artikel 45. Werking van het Bureau.....</i>	39
<u>Hoofdstuk VIII. – Verkiezing van de vertegenwoordigers in de Algemene Vergadering van de maatschappijen van onderlinge bijstand waarbij het ziekenfonds aangesloten is.....</u>	39
Afdeling 1 - Samenstelling van de Algemene Vergadering.....	39
<i>Artikel 46.</i>	39
<i>Artikel 47.</i>	39
Afdeling 2 - Verkiezing van de Algemene Vergadering.....	40
<i>Artikel 48.</i>	40
<i>Artikel 49.</i>	40
<i>Artikel 50.....</i>	40
<i>Artikel 51.....</i>	40
<i>Artikel 52.</i>	40
<i>Artikel 53.....</i>	40
<u>Hoofdstuk IX. – Door het ziekenfonds georganiseerde diensten</u>	41
<i>Artikel 54. Algemene bepalingen</i>	41
Afdeling 1 - Verplichte verzekering.....	41

<i>Artikel 55. Verplichte verzekering</i>	41
Afdeling 2 – <i>Gemeenschappelijke bepalingen voor alle andere diensten</i>	41
<i>Artikel 56. Toekenningsvoorwaarden van de tegemoetkomingen</i>	41
<i>Artikel 57. Weigering en limieten van de tegemoetkomingen</i>	41
<i>Artikel 57 bis. Onterecht verleende financiële tegemoetkomingen</i>	42
<i>Artikel 58. Verjaring</i>	42
<i>Artikel 59. Bepalingen voor betaling van de bijdragen en herinneringsprocedure.</i> ..	42
Afdeling 3 – <i>Aanvullende Diensten</i>	43
<i>Artikel 60. Rechthebbenden</i>	43
<i>Artikel 61. Wachtijd</i>	43
<i>Artikel 62. Bijdragen</i>	43
<i>Artikel 63. Sociaal fonds</i>	43
<i>Artikel 64. Logopedie</i>	45
<i>Artikel 65. Gezinszorg en thuishulp van huishoudelijke aard</i>	45
<i>Artikel 65 bis. Gezinszorg en thuishulp van huishoudelijke aard – hulp in huis via dienstencheques</i>	46
<i>Artikel 65 ter. Gezinszorg en thuishulp van huishoudelijke aard - kraamzorg</i>	46
<i>Artikel 65 quater. Gezinszorg en thuishulp van huishoudelijke aard – hulp in huis via thuishulp door burens</i>	47
<i>Artikel 66. Individuele tegemoetkomingen – jeugd – vakantiecampen</i>	47
<i>Artikel 66 bis. Individuele tegemoetkomingen - jeugd – meerdaagse activiteit of kamp</i>	48
<i>Artikel 66 ter. Individuele tegemoetkomingen - jeugd – kamp door Kazou vzw, Kriebels en Kuren vzw, BDK stages sportifs SA, JOETZ vzw of Krunsj vzw</i>	49
<i>Artikel 66 quater. Individuele tegemoetkomingen - jeugd – vakantiecamp – specifieke medische problematiek</i>	49
<i>Artikel 66 quinquies. Individuele tegemoetkomingen - jeugd – vakantiecamp – mindervalide kinderen en jongeren</i>	50
<i>Artikel 66 sexies. Individuele tegemoetkomingen - psychotherapie voor jongeren en chronisch zieken</i>	51
<i>Artikel 66 septies. Individuele tegemoetkomingen – psychotherapie voor volwassenen -Luisterlijn</i>	52
<i>Artikel 67. Ziekenvervoer</i>	53
<i>Artikel 68. Pedicure</i>	55
<i>Artikel 69. Uitleendienst</i>	56
<i>Artikel 70. Geboorte - adoptie – toelage</i>	56
<i>Artikel 70 bis. Geboorte - adoptie - zwangerschapsvoordeel</i>	57
<i>Artikel 71. Optiek</i>	58
<i>Artikel 72. Gezondheidsopvoeding - Ziekte- en ongevallenpreventie bij kinderen</i>	59

Artikel 72 bis. Gezondheidsopvoeding – fitness.....	59
Artikel 72 ter. Gezondheidsopvoeding – sportevents	60
Artikel 72 quater. Gezondheidsopvoeding – Preventieve sportonderzoeken en Bewegen op verwijzing (BOV).....	61
Artikel 72 quinquies. Beweegmeters	61
Artikel 72 sexies. Gezondheidsopvoeding- op maat gemaakte oordoppen	62
Artikel 73. Diverse medische verstrekkingen – vaccins en desensibiliseringsstoffen	62
Artikel 73 bis. Diverse medische verstrekkingen – diëtiëk	63
Artikel 73 ter. Diverse medische verstrekkingen – Chronische Ziektes.....	64
Artikel 73 quater. Diverse medische verstrekkingen – Preventie en opsporing van kanker, cardiovasculaire ziekten, allergieën, luchtwegaandoeningen, osteoporose en diabetes.....	65
Artikel 73 quinquies. Diverse medische verstrekkingen - Sonogram in het kader van in vitro fertilisatie.....	66
Artikel 73 sexies. Diverse medische verstrekkingen - online medische applicaties...	70
Artikel 74. Alternatieve geneeswijzen – homeopathie en fytotherapie.....	66
Artikel 74 bis. Alternatieve geneeswijzen: chiropraxie - osteopathie – acupunctuur – homeopathische consultaties – manuele therapie – reflexologie – mesotherapie – shockwave therapy	68
Artikel 74 ter. Alternatieve geneeswijzen – slaaptherapie	69
Artikel 75. Zieken – individuele tegemoetkomingen.....	69
Artikel 76. Orthodontie	71
Artikel 77. Verzorgingsmateriaal – incontinentie en thuiszorg	72
Artikel 77 bis. Verzorgingsmateriaal – pruiken, aangepaste kledij, plaswekker	72
Artikel 77 ter. Verzorgingsmateriaal – podologische zolen	73
Artikel 78. Personenalarmsysteem	73
Artikel 79. Zorgverblijven	74
Artikel 80 . Kortverblijven.....	75
Artikel 80 bis. Dag- en/of nachtopvang zorgbehoevenden	75
Artikel 80 ter. Zorgbehoevenden - opvang in een multidisciplinair revalidatieverblijf of revalidatieprogramma voor personen die lijden aan een zware of chronische pathologie.	76
Artikel 80 quater. Thuisoppas voor zorgbehoevende personen	77
Artikel 81 . Rechtsbijstand - ledenverdediging	77
Artikel 82. Remgelden.....	77
Artikel 83. Periodieke informatie aan de leden.....	78
Artikel 84. Dienst Maatschappelijk Werk	79

Artikel 85. <i>Betoelaging van socio-sanitaire structuren : Gezinszorg en thuishulp van huishoudelijke aard</i>	79
Artikel 86. <i>Dienst patrimonium</i>	80
Artikel 87. <i>Administratief centrum – code 98/1</i>	81
Artikel 88. <i>Dienst die de inning beoogt van de bijdragen, bestemd om de eventuele mali aan te zuiveren in de administratiekosten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen – code 98/2</i>	81
<u>Hoofdstuk X. – Ontvangsten – Uitgaven – Toewijzing van de fondsen</u>	82
Artikel 89. <i>Boekhouding – ontvangsten en uitgaven</i>	82
Artikel 90. <i>Toewijzing en belegging van het maatschappelijk vermogen</i>	82
Artikel 91. <i>Buitengewone algemene vergadering bij ontoereikende inkomsten</i>	82
Artikel 92. <i>Afsluiten van de rekeningen</i>	82
Artikel 93. <i>Beheer van middelen van de verplichte Z.I.V.</i>	82
<u>Hoofdstuk XI. – Samenwerkingsakkoorden</u>	83
Artikel 94. <i>Samenwerkingsakkoorden</i>	83
<u>Hoofdstuk XII. – ontbinding en vereffening – verdeling van de gelden - statutenwijzigingen – situaties waarin de statuten niet voorzien</u>	84
Artikel 95. <i>Ontbinding</i>	84
Artikel 96. <i>Aanstelling van vereffenaar(s)</i>	84
Artikel 97. <i>Verdeling van de overblijvende activa</i>	84
Artikel 98. <i>Statutenwijzigingen</i>	85
<u>Hoofdstuk XIII. – Inwerkingtreding</u>	85
Artikel 99. <i>Inwerkingtreding</i>	85
<u>BIJLAGEN</u>	86

Ziekenfonds: Partena Onafhankelijk Ziekenfonds Vlaanderen
gevestigd te Gent

Statuten

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

gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en haar uitvoeringsbesluiten,

gelet op de wet van 12 augustus 2000 houdende sociale en budgettaire bepalingen,

gelet op de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering en haar uitvoeringsbesluiten,

hebben de leden van de algemene vergadering van het ziekenfonds, in zitting bijeen op 22 juni 2017, na beraadslaging met het bij wet vereiste aanwezigheidsquorum en meerderheid van stemmen, de statuten van het ziekenfonds als volgt vastgesteld:

Hoofdstuk I. - Stichting, benaming, doeleinden, zetel, werkingsgebied van het ziekenfonds

Artikel 1. Stichting en benaming

Op 24 februari 1896 is in Gent een mutualiteitsverbond gesticht, onder de benaming 'Bond der Vrije Maatschappijen van Onderlinge Bijstand van Gent en omliggende'. Het is erkend bij het Koninklijk Besluit van 25 november 1903 (Belgisch Staatsblad van 6 januari 1904).

Bij Koninklijk Besluit van 6 december 1967 werd de benaming 'Verbond van Neutrale Mutualiteiten' bekrachtigd.

In de Buitengewone Algemene Vergadering van 20 oktober 1991 werd de nieuwe benaming 'Neutraal Ziekenfonds F.O.M.' aangenomen.

Op 15 november 1930 is in Kortrijk een ziekenfonds gesticht onder de benaming 'De Onderlinge Steun'. Het is erkend bij het Koninklijk Besluit van 26 december 1930 (Belgisch Staatsblad van 7 maart 1931).

Het draagt de naam 'Vlaams Ziekenfonds "Onderlinge Steun" ingevolge de beslissing van de Algemene Vergadering van 18 februari 1992.

De twee ziekenfondsen zijn aangesloten bij de Landsbond van Neutrale Ziekenfondsen, gevestigd te Brussel, Charleroisesteenweg 145, respectievelijk als ziekenfonds 212 en ziekenfonds 211.

De Algemene Vergaderingen van de respectievelijke ziekenfondsen 212 en 211, afzonderlijk in zitting bijeen op 12 oktober 1994, beslisten tot fusie ingaand op 1 januari 1995.

De naam van het ziekenfonds wordt 'Vlaams Neutraal Ziekenfonds'. Het kan in zijn betrekking met derden gebruik maken van volgende benamingen 'Vlaams Neutraal Ziekenfonds', 'Vlaams Ziekenfonds', 'Neutraal Ziekenfonds' en van volgende afkorting 'V.N.Z.'.

De leden van de Algemene Vergaderingen van beide fusionerende ziekenfondsen vormen de effectieve leden, en alle leden en rechthebbenden van de beide ziekenfondsen behoren tot het gefusioneerde ziekenfonds.

De Algemene Vergadering in zitting bijeen op 27 juni 1996 beslist de naam van het ziekenfonds te wijzigen in 'Vlaams Neutraal Ziekenfonds 212' en tot collectieve mutatie naar de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen over te gaan per 1 januari 1998.

De Algemene Vergadering in zitting bijeen op 29 november 1997 beslist de naam van het ziekenfonds te wijzigen in 'Onafhankelijk Ziekenfonds Vlaanderen', afgekort OZV.

De Algemene Vergadering in zitting bijeen op 18 december 1999 benadrukt dat het ziekenfonds staat voor Vlaams én Onafhankelijk.

De Algemene Vergadering in zitting bijeen op 12 september 2002 beslist de naam van het ziekenfonds te wijzigen in PARTENA Onafhankelijk Ziekenfonds Vlaanderen, afgekort PARTENA OZV.

In zijn betrekkingen met derden kan PARTENA Onafhankelijk Ziekenfonds Vlaanderen gebruik maken van de term PARTENA Ziekenfonds of PARTENA Onafhankelijk Ziekenfonds.

Artikel 2. Doeleinden

A. De doeleinden van het ziekenfonds zijn:

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;
- het verlenen van hulp, voorlichting, begeleiding en bijstand bij het vervullen van deze opdracht.

De uitvoering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen verplicht het ziekenfonds zich borg te stellen voor de terugbetaling, hetzij rechtstreeks, hetzij via de derdebetaler, van de geneeskundige verstrekkingen aan de leden of aan de personen te hunnen laste zowel op het vlak van de verstrekkingen van artsen, tandartsen of paramedici als op het vlak van de verstrekkingen en de opnames in medisch-sociale instellingen.

Deze opdracht zal vervuld worden in een geest van voorlichting, begeleiding en bijstand van de leden teneinde de toegang van eenieder tot kwaliteits-verzorging te bevorderen.

Daarnaast zal het ziekenfonds ook instaan voor de betaling van de uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid, van de moederschapsuitkering en van de vergoeding voor begrafeniskosten, in dezelfde geest van voorlichting, begeleiding en bijstand van de leden.

Al deze activiteiten 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 en van artikel 3, eerste lid, c. van de wet van 6 augustus 1990.

De uitvoering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gebeurt onder de verantwoordelijkheid van de landsbond. Het ziekenfonds verbindt zich ertoe de wettelijke en statutaire bepalingen en de richtlijnen van de landsbond na te leven.

B. In het kader van artikel 3, eerste lid b en c van diezelfde wet:

- het toekennen van tegemoetkomingen, voordelen en uitkeringen aan de leden en de personen te hunnen laste;
- het verlenen van hulp, voorlichting, begeleiding en bijstand:

1° De volgende diensten, verplicht voor alle leden van Partena Onafhankelijk Ziekenfonds Vlaanderen, zijn “verrichtingen” in de zin van artikel 2, 2, b) van de eerste richtlijn van de Raad tot coördinatie van de wettelijke bestuursrechtelijke bepalingen betreffende de toegang tot het directe verzekeringsbedrijf, met uitzondering van de levensverzekeringsbranche, en de uitoefening daarvan (73/239/EEG) en moeten beantwoorden aan de criteria opgenomen in artikel 67, eerste lid van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I).

1. Sociaal fonds;
2. Logopedie;
3. Gezinszorg en thuishulp van huishoudelijke aard: logistieke hulp, kraamhulp en hulp in huis
4. Individuele tegemoetkomingen
5. Ziekenvervoer;
6. Pedicure;
7. Uitleendienst - alarmsysteem;
8. Geboorte – adoptie;
9. Optiek;
10. Gezondheidsopvoeding;
11. Diverse medische verstrekkingen;
12. Alternatieve geneeswijzen;
13. Zieken – individuele tegemoetkomingen;
14. Orthodontie;
15. Verzorgingsmateriaal;
16. Zorgverblijven;
17. Kortverblijven;
18. Rechtsbijstand – ledenverdediging;
19. Remgelden

2° De volgende diensten, verplicht voor alle leden van Partena Onafhankelijk Ziekenfonds Vlaanderen, zijn noch verrichtingen noch verzekeringen (noch-noch diensten) en hebben niet tot doel om een tegemoetkoming te creëren wanneer er zich een onzekere en toekomstige gebeurtenis voordoet:

- dienst die de inning beoogt van de bijdragen, bestemd om de eventuele mali aan te zuiveren in de administratiekosten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
- betoelaging van socio sanitaire structuren
- Administratief centrum (code 98/2)
- dienst patrimonium
- dienst maatschappelijk werk
- periodieke informatie aan de leden

2°bis: Administratief verdeelcentrum (98/1), waarvan het doel in artikel 87 wordt omschreven

3° Partena Onafhankelijk Ziekenfonds Vlaanderen biedt de mogelijkheid aan zijn leden om zich aan te sluiten bij de verzekeringsproducten die worden aangeboden door 'MLOZ Insurance', verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand, (identificatienummer 422.189.629), toegelaten door de Controledienst van de Ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen bij beslissing van 17 oktober 2011 om ziekteverzekeringen in de zin van tak 2 van bijlage 1 van het Koninklijk Besluit van 22 februari 1991 houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen aan te bieden, alsook om, op bijkomende wijze, risico's te dekken die behoren tot de hulpverlening zoals bedoeld in tak 18 van bijlage 1 van voornoemd Koninklijk Besluit.

- C. De toekenning aan de leden en de personen te hunnen laste van de statutaire voordelen die verleend worden door de landsbond waarbij het aangesloten is.
- D. Het ziekenfonds kan enkel een nieuwe dienst binnen de Aanvullende Diensten oprichten mits goedkeuring van de Raad van Bestuur van de landsbond.
- E. De diensten opgesomd in art. 2.B moeten als één geheel beschouwd worden en hebben bijgevolg een verplicht karakter.

Artikel 3. Zetel en werkingsgebied

De zetel van het ziekenfonds is gevestigd te 9000 Gent, Sluisweg 2. Het werkingsgebied strekt zich uit over het volledige Belgische grondgebied.

Het ziekenfonds richt zich tot:

- alle personen die in België hun hoofdverblijfplaats hebben;
- de personen die hun hoofdverblijfplaats in het buitenland hebben, maar aan de Belgische sociale zekerheid onderworpen zijn;
- de Belgische militairen, personeelsleden van de politiediensten of diplomatieke vertegenwoordigers die in het buitenland verblijven voor zover ze onderworpen zijn aan de Belgische verplichte verzekering.

Artikel 4. Landsbond

Het ziekenfonds is aangesloten bij de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, gevestigd te 1070 Brussel, Lenniksebaan 788A.

Hoofdstuk II. - Toelating, ontslag, schrapping 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 van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (Ondernemingsnummer 0411.766.483) 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 regionale maatschappij van onderlinge bijstand van de Onafhankelijke Ziekenfondsen voor het Waalse Gewest (in oprichting) of van de regionale maatschappij van onderlinge bijstand van de Onafhankelijk Ziekenfondsen voor het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad (in oprichting) waarbij het ziekenfonds is aangesloten, wanneer de aansluiting bij een dergelijke regionale maatschappij van onderlinge bijstand voor hem verplicht is gemaakt door de regionale reglementering waarvan hij afhangt;

Wordt gelijkgeschakeld met de bovenvermelde persoon, de persoon die gewoonlijk in België verblijft maar die, in toepassing van de artikelen 17, 24 of 26 van het reglement (EG) 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels, of van elke andere gelijkaardige bepaling vastgelegd in een internationaal akkoord, is onderworpen aan de wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van een andere staat dan België en die een formulier S1 of elk ander gelijkwaardig document bij de HZIV 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 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). 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 (H.Z.I.V.); 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 H.Z.I.V. 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°, 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.

Deze persoon is ambtshalve aangesloten bij de diensten:

- van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (Ondernemingsnummer 0411.766.483) waarbij het ziekenfonds is aangesloten, bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook voor de diensten van de landsbond die bedoeld zijn in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I);

§ 2. Tijdens een periode van internering of van 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 voorhuwelijkssparen, bedoeld in artikel 7, § 4, van de wet van 6 augustus 1990, georganiseerd door de landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten;
- om zich aan te sluiten bij de regionale maatschappij van onderlinge bijstand "Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen" waarbij het ziekenfonds is aangesloten, wanneer de aansluiting bij een dergelijke 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 MLOZ Insurance (ondernemingsnummer 422.189.629) waarvan het ziekenfonds een afdeling uitmaakt.

Artikel 5 bis. Aanvang van de aansluiting bij de aanvullende verzekering

Onder "aanvullende verzekering" van het ziekenfonds wordt verstaan: de diensten bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook de diensten 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 5 ter. 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 5 bis, 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 Onafhankelijke Ziekenfondsen 500);
- de mogelijkheid om de verzekeringswaarborg die het lid heeft onderschreven bij de verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand (VMOB), MLOZ Insurance (ondernemingsnummer 422.189.629) 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 5 bis:

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) geen lid is van wie de mogelijkheid om voordelen van de aanvullende verzekeringen te genieten is opgeheven en die de periode van "herstel van het recht" bedoeld in § 4, vijfde lid, niet heeft beëindigd;
- b) zich bevindt in een van de volgende situaties:
 - 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° 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 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 5 bis, voor een periode die 24 maanden overstijgt, is de mogelijkheid voor hem om een voordeel van de aanvullende verzekering te genieten 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 24 maanden;
 - 2° het lid was niet in regel met zijn bijdragen voor die diensten voor alle maanden waarin hij als gerechtigde was aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds gedurende de voornoemde 24 maanden, maar betaalt de achterstallige bijdragen aan de entiteit of de entiteiten in kwestie ten laatste in de maand waarin de nieuwe aansluiting na de periode van onderbreking een aanvang neemt;
- 2° aan een periode waarvoor het lid niet in regel was met de bijdragen voor die diensten, in de andere situaties dan de situaties vermeld in 1°.

Zonder afbreuk te doen aan de toepassing van de verjaring bedoeld in artikel 48bis van de wet van 6 augustus 1990 zal het lid van wie de mogelijkheid om voordelen van de aanvullende verzekeringen te genieten is opgeheven, slechts kunnen genieten van een voordeel van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 5 bis na een opeenvolgende periode van 24 maanden waarvoor de bijdragen voor deze diensten moeten betaald geweest zijn zonder enig voordeel van de aanvullende verzekering te kunnen genieten.

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

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

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

In geval van onderbreking van de aansluiting als gerechtigde bij een Belgisch ziekenfonds na het begin van de periode van "herstel van het recht" bedoeld in het vijfde lid, schort de onderbrekingsperiode deze periode van 24 maanden waarvoor de bijdragen betaald moeten worden zonder enig voordeel van de diensten van de aanvullende verzekering te kunnen genieten, op; deze opschorting kan evenwel niet meer bedragen dan vijf jaar.

Artikel 6. Ontslag

Een lid kan zijn aansluiting bij de in artikel 2 A. van de statuten beoogde diensten op eigen initiatief alleen maar opzeggen overeenkomstig de artikels 255 tot 274 van het Koninklijk Besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de individuele mutaties. Dat houdt onder andere de betaling van alle verschuldigde bijdragen in.

Het ziekenfonds kan de betaling van de bijdragen van de aanvullende diensten niet meer opvragen na het verloop van de verjaringstermijn van 5 jaar voorzien bij artikel 48bis van de wet van 6 augustus 1990. De niet-betaling van bijdrage van de aanvullende diensten maakt geen reden uit om een mutatie van een lid te weigeren.

Artikel 7. Schrapping wegens niet-betaling van de bijdragen

De leden die hebben nagelaten om hun bijdragen te betalen gedurende een periode van 24 maanden (niet noodzakelijk opeenvolgend) voor de diensten en verrichtingen georganiseerd door Partena OZV wordt de mogelijkheid om te kunnen genieten van de diensten en de verrichtingen, georganiseerd door Partena OZV opgeheven nadat hen, uiterlijk in de loop van de maand die volgt op de 24^{ste} maand, een aangetekend schrijven toegestuurd werd. Het aangetekend schrijven maant het lid aan om zijn achterstallige bijdragen te betalen, en brengt hem op de hoogte van zijn opheffing van het recht om van de voordelen van de aanvullende diensten van Partena OZV te genieten, met ingang van de eerste dag van het trimester volgend op de 24^{ste} maand van de niet betaling van de

bijdragen, evenals van de stappen die ondernomen dienen te worden om gedekt te blijven voor de aanvullende diensten.

Artikel 8. Uitsluiting om andere redenen

- A. Kunnen als lid van de diensten bedoeld in artikel 2.A. en 2.B. uitgesloten worden, de leden die zich schuldig maken aan een inbreuk op de wet van 6 augustus 1990 of haar uitvoeringsbesluiten.
- B. Kunnen eveneens worden uitgesloten van de diensten bedoeld in artikel 2.A. en 2.B., de leden die daden stellen van lichamelijke of verbale agressie in de lokalen van het ziekenfonds, **of zich schuldig maken aan herhaalde respectloze uitlatingen of lasterlijke aantijgingen ten aanzien van het ziekenfonds** of jegens medewerkers of andere leden van het ziekenfonds.
- C. De uitsluitingsbeslissing wordt genomen door de Raad van Bestuur of door de persoon of commissie daartoe aangewezen door de Raad van Bestuur, na het lid gehoord te hebben in zijn verweermiddelen.

Meldt het lid zich niet aan op de hiervoor vastgestelde dag en uur, dan wordt het geacht aan zijn rechten op verdediging verzaakt te hebben, op voorwaarde dat het lid tijdig werd opgeroepen (minstens tien dagen op voorhand) en geen gegronde reden voor zijn afwezigheid heeft opgegeven. De uitsluiting gaat in op de eerste dag van het tweede kwartaal volgend op de hoorzitting.

Artikel 9. Terugbetaling van betaalde bijdragen

Het ontslagnemende, geschrapte of uitgesloten lid kan geen enkele aanspraak maken op de bezittingen van het ziekenfonds, met uitzondering van de vooruitbetaalde bijdragen voor perioden die volgen op het verlaten van het ziekenfonds. Dit geldt ook wanneer het lid van ziekenfonds binnen eenzelfde landsbond verandert.

Deze bijdrage dient door het ziekenfonds terugbetaald te worden binnen de drie maanden na het einde van de aansluiting.

De bijdragen voor de aanvullende diensten voor de nog niet verstreken periodes moeten aan de rechthebbenden van een overleden lid terugbetaald worden.

Hoofdstuk III. – Categorieën van leden

Artikel 10. Gerechtigde leden

In dit artikel verstaat men onder:

- het voordelenpakket, de prestaties en diensten ingericht door het ziekenfonds overeenkomstig de artikels 63 tot 84 van deze statuten, en door de landsbond van de onafhankelijke ziekenfondsen;

Om te genieten van de voordelen toegekend door de bij deze statuten georganiseerde diensten, behoren de leden tot één van de hierna volgende categorieën:

1. de zelfstandigen en de leden van kloostergemeenschappen:
de personen die onderworpen zijn aan de verplichte verzekering inzake geneeskundige verzorging overeenkomstig het koninklijk besluit van 29 december 1997 houdende de voorwaarden waaronder de toepassing van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, tot de zelfstandigen en de leden van de kloostergemeenschappen wordt verruimd en die bijdragen betalen om de aanvullende diensten te genieten.
2. De personen die onderworpen zijn aan de verplichte verzekering inzake geneeskundige verzorging en uitkeringen krachtens de wet van 14 juli 1994, en de uitbreidingsbesluiten hiervan, en die bijdragen betalen om de 'aanvullende diensten' te genieten.
3. De grensarbeiders die bijdragen betalen om de 'aanvullende diensten' te genieten, op voorwaarde dat zij ook aangesloten zijn voor de diensten beoogd in artikel 2B.
4. De personen die ingeschreven zijn bij de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsuitkering of bij de Kas der Geneeskundige Verzorging van HR Rail en die bijdragen betalen om de aanvullende diensten te genieten.
5. De personen die in België verblijven en die onder het stelsel van verplichte verzekering vallen dat de Europese Unie ten gunste van haar ambtenaren organiseert of die het statuut hebben van ambtenaar van de SHAPE en die bijdragen betalen om de 'aanvullende diensten' te genieten.
6. De personen die ingeschreven zijn bij de Dienst voor de Bijzondere Socialezekerheidstelsels (DIBISS)/Stelsel voor Overzeese Sociale Zekerheid en die bijdragen betalen om de aanvullende diensten te genieten.

Artikel 11. Personen ten laste

Om te bepalen wie verstaan wordt onder “persoon ten laste” wordt verwezen naar het begrip “mutualistisch gezin” (Koninklijk Besluit van 2 maart 2011, artikel 1 tot uitvoering van artikel 67, tweede tot vierde lid, van de wet van 26 april 2010), waarbij slechts de personen die geen gerechtigde zijn in de verplichte verzekering beschouwd worden als persoon ten laste.

Hoofdstuk IV. – Algemene Vergadering van het ziekenfonds

Afdeling 1 – Samenstelling van de Algemene Vergadering

Artikel 12. Samenstelling van de Algemene Vergadering

De Algemene Vergadering is samengesteld uit leden gekozen uit de in artikel 13 opgesomde kiesomschrijvingen. Ze telt minimum 50 vertegenwoordigers, naar rato van één vertegenwoordiger per volledige schijf van 1.000 leden indien het ziekenfonds niet meer dan 100.000 leden telt. Telt het ziekenfonds meer dan 100.000 leden, dan is de Algemene Vergadering samengesteld uit ten minste 100 vertegenwoordigers voor de eerste schijf van 100.000 leden, en ten minste één vertegenwoordiger per schijf van 5.000 leden boven de 100.000 leden.

De leden die in aanmerking worden genomen om het aantal vertegenwoordigers te bepalen in de Algemene Vergadering van het ziekenfonds, zijn de leden gedefinieerd in artikel 6 van het Koninklijk Besluit van 7 maart 1991, die deel uitmaken van het ledenbestand per 30 juni van het jaar dat voorafgaat aan het jaar waarin deze aantallen moeten vastgesteld worden.

Deze vertegenwoordigers worden door de leden en de personen te hunnen laste verkozen voor een hernieuwbare periode van zes jaar. Personeelsleden van het ziekenfonds en landsbond kunnen geen deel uitmaken van de Algemene Vergadering.

De directieleden van het ziekenfonds kunnen de Algemene Vergadering met raadgevende stem bijwonen.

Daarenboven kan hetzelfde kiescollege evenveel plaatsvervangers als effectieve vertegenwoordigers verkiezen voor de Algemene Vergadering, zodat bij verlies van hoedanigheid van de effectieve afgevaardigde het mandaat van die persoon door de plaatsvervanger kan voleindigd worden.

Verliezen bij beslissing van de Algemene Vergadering hun hoedanigheid van afgevaardigde:

- diegenen die een lid van de Raad van Bestuur in de uitoefening van zijn ambt belasteren;
- diegenen die een afgevaardigde tijdens een vergadering beledigen;
- diegenen die door hun daden de belangen van het ziekenfonds schaden;
- diegenen die weigeren zich te voegen naar de statuten en speciale reglementen van het ziekenfonds;
- diegenen die een al dan niet voorwaardelijke, in kracht van gewijsde gegane veroordeling hebben opgelopen wegens eerroof, wegens een aanslag op de goede zeden, wegens verduistering, wegens valsheid in geschriften en gebruik van valse stukken.

Artikel 13. Kiesomschrijvingen

Met het oog op de verkiezingen van de vertegenwoordigers voor de Algemene Vergadering wordt het ziekenfonds ingedeeld in 4 kiesomschrijvingen.

De kiesomschrijvingen zijn:

- 1 Antwerpen-Limburg
postnrs. 2000-2999 en 3500-3999
- 2 Oost-Vlaanderen
postnrs. 9000-9999
- 3 Vlaams-Brabant, agglo Brussel, Waalse provincies en buitenland
postnrs. 1500-1999 en 3000-3499 en 1000-1299, 1300-1499, 4000-7999 en buitenland
- 4 West-Vlaanderen
postnrs. 8000-8999

Het postnummer bepaalt tot welke kiesomschrijving de leden en hun personen ten laste behoren.

Artikel 14. Aantal vertegenwoordigers kiesomschrijving

Binnen elke kiesomschrijving verkiezen de leden en de personen te hunnen laste die stemgerechtigd zijn, het aantal vertegenwoordigers dat in verhouding staat tot het ledental dat tot deze kiesomschrijving behoort, volgens de quota's van artikel 12, alinea 1.

Artikel 15. Stemrecht en verkiesbaarheid

- A. Om stemgerechtigd te zijn voor de verkiezing van de vertegenwoordigers voor de Algemene Vergadering:
- moet men lid zijn van het ziekenfonds of de hoedanigheid van persoon ten laste van een lid hebben;
 - moet men meerderjarig of ontvoegd zijn;
 - wanneer het een lid betreft, moet dit lid in regel zijn met de bijdragen van het ziekenfonds;
 - wanneer het een persoon ten laste betreft, moet het lid bij wie deze persoon ten laste is, in regel zijn met de bijdragen van het ziekenfonds.
- B. Om verkiesbaar te zijn tot vertegenwoordiger (zowel effectief als plaatsvervangend) in de Algemene Vergadering moeten de leden of personen ten laste:
- stemgerechtigd zijn;
 - van goed gedrag en zeden zijn en niet uit de burgerrechten ontzet zijn;
 - niet om dringende redenen ontslagen zijn als personeelslid van het ziekenfonds of van de landsbond;
 - geen deel uitmaken van het personeel van het ziekenfonds of de landsbond;

Men kan slechts kandidaat zijn in die kiesomschrijving waar men stemgerechtigd is.

Afdeling 2 - Verkiezingsprocedure

Artikel 16. Oproep tot kandidaturen

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

- de oproep tot de kandidaturen en de wijze van kandidatuurstelling;
- de uiterste datum voor het indienen van de kandidaturen;
- de indeling van de kiesomschrijvingen en het aantal mandaten per kiesomschrijving;
- 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 hen toegezonden worden.

Artikel 17. Kandidaatstelling

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 15.B. van deze statuten voorziene verkiesbaarheidsvoorwaarden voldoet, deelt per aangetekende brief de betrokken kandidaat zijn gemotiveerde weigering om hem op de lijst te plaatsen mee, binnen een termijn van vijftien kalenderdagen vanaf de dag na de datum waarop de kandidatuur verzonden werd.

De kandidaat die deze weigering betwist, kan een beroep doen op de Controledienst in overeenstemming met artikel 36 van het Koninklijk Besluit van 7 maart 1991.

Artikel 18. Opstelling van de kandidatenlijsten

Door de Raad van Bestuur van het ziekenfonds wordt per kiesomschrijving een alfabetische lijst opgemaakt van de effectieve kandidaten en de plaatsvervangers. Deze lijsten worden overgemaakt aan het kiesbureau.

Artikel 19. Mededeling van de kandidatenlijsten en verkiezingsdatum

De verkiezingsdatum, alsook de lijst met de kandidaten die aan de verkiesbaarheidsvoorwaarden voldoen, moeten via publicaties of per brief aan de

stemgerechtigde personen worden meegedeeld 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.

Artikel 20. Kiesbureau

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

Het kiesbureau wordt samengesteld ten laatste dertig dagen vóór de aanvang van de kiesverrichtingen.

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

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

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

Het kiesbureau neemt de nodige maatregelen om het regelmatige verloop van de kiesverrichtingen te verzekeren.

Artikel 21. Opstelling van de kiezerslijsten

De kiezerslijsten worden opgemaakt per kiesomschrijving.

De hoedanigheid van de kiezer wordt vastgesteld door de inschrijving op de kiezerslijsten.

De kiezerslijsten worden opgemaakt door het kiesbureau. Ze vermelden naam, voornamen, lidnummer en adres van iedere kiezer.

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

Artikel 22. Verloop van de stemming.

De stemming is niet verplichtend.

De stemming gebeurt per brief.

Aan de leden stuurt de voorzitter van het kiesbureau ten minste 10 kalenderdagen voor de verkiezingsdag een oproepingsbrief en een stembiljet. Het afgestempelde stembiljet wordt in een eerste open omslag gestoken die geen enkel opschrift draagt.

Een tweede omslag, eveneens open, doch met de vermelding 'port betaald door de bestemming' wordt bij de zending gevoegd en draagt het volgende opschrift 'Aan de

voorzitter van het Kiesbureau Partena Onafhankelijk Ziekenfonds Vlaanderen, Sluisweg 2 te 9000 Gent.

Deze omslag vermeldt op de rugzijde de identiteit van de afzender, zijn adres, zijn afdeling en zijn lidnummer.

Dit alles wordt samen met de oproeping aan de kiezer gestuurd in een derde omslag, getekend door de voorzitter van het kiesbureau.

De kiezer stuurt met de tweede omslag, voorzien van het voorgedrukte adres, de gesloten blanco omslag met het stembiljet erin, terug aan het kiesbureau. Deze zending moet aankomen voor de sluiting van de stemming, en wordt in een daartoe bestemde verzegelde bus bewaard in het ziekenfonds onder toezicht van de secretaris van het kiesbureau.

Artikel 23. Uitbrengen van de stemmen

De kiezer mag evenveel stemmen uitbrengen als er mandaten in de kiesomschrijving te begeben zijn. De kandidaten worden alfabetisch gerangschikt. De naamstem wordt uitgebracht in het stembiljet achter de naam en voornaam van de kandidaat aan wie de kiezer zijn stem wil geven.

Artikel 24. Telling van de stemmen

Behoudens onvoorziene omstandigheden gaat het kiesbureau op de dag van de verkiezingen over tot de telling van de uitgebrachte stemmen en beëindigt deze telling ten laatste de derde daaropvolgende dag.

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

Bij gelijkheid van stemmen voor meerdere kandidaten voor het (de) laatste toe te kennen manda(a)t(en), wordt het (de) manda(a)t(en) aan de jongste kandida(a)t(en) toegekend.

Zijn ongeldig:

- andere stembiljetten dan die welke aan de kiezer zijn overhandigd;
- stembiljetten waarop niet gestemd is;
- stembiljetten waarop meer stemmen worden uitgebracht dan er mandaten te begeben zijn;
- stembiljetten die de identificatie van de kiezer mogelijk maken.

Het kiesbureau maakt een proces-verbaal op van de kiesverrichtingen, met opgave van het aantal uitgebrachte stemmen, het aantal geldige stemmen, de wijze van identiteitscontrole van de kiezer, de uitslag van de stemming.

Het kiesbureau neemt ook in het proces-verbaal de uitslag op van de stemming van de kiesomschrijving waar er geen verkiezingen werden gehouden omwille van de redenen vermeld in artikel 25 van deze statuten.

Artikel 25. Vrijstelling van de verplichting om verkiezingen te organiseren

Wanneer het aantal kandidaten in de kiesomschrijving gelijk of kleiner is dan het aantal toe te kennen effectieve mandaten, dan worden deze kandidaten automatisch verkozen (zie art. 14 en art. 15 van het Koninklijk Besluit van 7 maart 1991).

Artikel 26. Bekendmaking van de resultaten

De leden en de stemgerechtigde personen ten laste worden, ofwel door middel van de publicaties bestemd voor de aangeslotenen van het ziekenfonds ofwel per brief, ingelicht over de uitslagen van de stemming, uiterlijk vijftien kalenderdagen na het afsluiten van de verkiezingsperiode.

De kandidaat die de uitslag betwist, kan een beroep doen op de Controledienst in overeenstemming met artikel 36 van het Koninklijk Besluit van 7 maart 1991.

Artikel 27. Publicaties in verband met de verkiezingen

Een exemplaar van het kiesreglement en van de publicaties (berichtgevingen) bedoeld bij artikelen 13, 16, 19 en 23 van deze statuten, alsook de samenstelling van het kiesbureau en een dubbel van het proces-verbaal van de kiesverrichtingen worden overgemaakt aan de landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten en aan de Controledienst, binnen de dertig dagen na datum van afsluiting van de verkiezingsperiode.

Artikel 28. Installatie van de Algemene Vergadering

De nieuwe Algemene Vergadering wordt geïnstalleerd binnen een termijn van maximum dertig kalenderdagen na de datum van afsluiting van de verkiezingsperiode.

Een beroep bij de Controledienst schort de periode van dertig dagen op.

De vervanging van overleden, ontslagnemende of afgezette vertegenwoordigers gebeurt bij de eerstvolgende Algemene Vergadering door het oproepen van de eerst verkozen plaatsvervangers in de kiesomschrijving in kwestie.

Ingeval de plaatsvervangers automatisch verkozen werden, wordt de jongste plaatsvervanger in de kiesomschrijving in kwestie opgeroepen om het mandaat te voleindigen.

Afdeling 3 – Bevoegdheden en werking van de Algemene Vergadering

Artikel 29. Bevoegdheden van de Algemene Vergadering

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

- de statutenwijzigingen;
- de verkiezing en afzetting van de bestuurders;
- de goedkeuring van de begrotingen en de jaarrekeningen;
- het aanstellen van één of meer bedrijfsrevisoren;
- de samenwerking met de publiekrechtelijke of privaatrechtelijke rechtspersonen;
- de fusie met een ander ziekenfonds;
- de aansluiting bij een andere landsbond;
- de ontbinding van het ziekenfonds;
- de oprichting van een maatschappij van onderlinge bijstand art. 43 bis.

De Algemene Vergadering kan maximum vijf raadgevers verkiezen die een raadgevende stem hebben.

Artikel 30. Oproeping van de Algemene Vergadering

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

De Algemene Vergadering wordt schriftelijk bijeengeroepen. De uitnodiging behoort uiterlijk twintig kalenderdagen voor de datum van de vergadering verstuurd te worden en moet de agenda bevatten.

Artikel 31. Goedkeuring van de jaarrekeningen en van het budget

De Algemene Vergadering wordt ten minste 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:

- het werkingsverslag over het afgelopen dienstjaar met een overzicht van de werking van de verschillende diensten en activiteiten;
- de opbrengst van de ledenbijdragen en de bestemming ervan, opgesplitst over de verschillende diensten en activiteiten;
- het ontwerp van de jaarrekening met de balans, de resultatenrekening en de toelichting, alsook het verslag van de revisor;

- het begrotingsontwerp voor het volgende dienstjaar, zowel globaal als opgesplitst over de verschillende diensten en activiteiten;
- het jaarverslag over de uitvoering van de samenwerkingsakkoorden.

Nadat de jaarrekeningen en de begroting door de Algemene Vergadering zijn goedgekeurd, worden ze door de Raad van Bestuur aan de Controledienst, via bemiddeling van de landsbond, gestuurd binnen de door de Koning bepaalde termijnen.

Artikel 32. Beraadslagingen van de Algemene Vergadering

Behalve in de gevallen waarin de wet of de statuten het anders bepalen, zijn de beslissingen van de Algemene Vergadering rechtsgeldig als ze genomen zijn in tegenwoordigheid van ten minste de helft van haar leden en bij eenvoudige meerderheid van de uitgebrachte stemmen.

Indien het vereiste aanwezigheidsquorum de eerste maal niet bereikt is, wordt een tweede Algemene Vergadering bijeengeroepen uiterlijk acht kalenderdagen voor de datum van de vergadering, die rechtsgeldig beraadslagt ongeacht hoeveel leden aanwezig zijn en ongeacht het onderwerp van de beraadslaging.

Elk lid van de Algemene Vergadering kan volmacht geven aan een ander lid van de Algemene Vergadering. Elke persoon mag slechts drager van één volmacht zijn. Nochtans zijn de leden niet stemgerechtigd voor de agendapunten die betrekking hebben op diensten of activiteiten waaraan de categorieën van leden die hen vertegenwoordigt geen bijdragen betalen. Bij staking van stemmen is de stem van de voorzitter doorslaggevend.

Het mandaat van een lid van de Algemene Vergadering is onbezoldigd. De kosten worden evenwel bij elke Algemene Vergadering aan de afgevaardigde vergoed.

De Algemene Vergadering mag de bevoegdheid tot aanpassing van de bijdragen aan de Raad van Bestuur delegeren.

Deze aanpassingen worden aan de Controledienst meegedeeld en gepubliceerd overeenkomstig de voorschriften van artikel 12, paragraaf 2 van de wet van 6 augustus 1990.

Deze delegatie van bevoegdheid is geldig voor één jaar en kan worden hernieuwd.

Artikel 33. Buitengewone Algemene Vergadering

Telkens de Raad van Bestuur dit nodig acht, kan een Buitengewone Algemene Vergadering worden samengeroepen.

Zij kan eveneens worden samengeroepen wanneer de afgevaardigden van twee afdelingen hierom verzoeken.

De oproepingen vermelden de agenda en worden ten minste twintig dagen voor de datum van de vergadering aan de afgevaardigden verzonden.

De Buitengewone Algemene Vergadering is geldig samengesteld wanneer ten minste de helft van de leden aanwezig zijn.

De beslissingen van de Buitengewone Algemene Vergadering worden genomen bij eenvoudige meerderheid van de uitgebrachte stemmen (behalve in de gevallen waarin de wet of deze statuten het anders bepalen).

Indien het vereiste aanwezigheidsquorum de eerste maal niet bereikt is, wordt een tweede Buitengewone Algemene Vergadering bijeengeroepen, die rechtsgeldig beraadslaagt ongeacht hoeveel leden aanwezig zijn.

Artikel 34. Bedrijfsrevisoren

Overeenkomstig de bepalingen van artikel 32 van de wet van 6 augustus 1990 benoemt de Algemene Vergadering één of meer bedrijfsrevisoren, die ze kiest uit een door de Controledienst opgestelde lijst van erkende revisoren, die leden van het Instituut der Bedrijfsrevisoren zijn.

De revisor(en) brengt (brengen) verslag 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.

Hoofdstuk V. – Afvaardiging bij de Algemene Vergadering van de landsbond

Artikel 35. Afvaardiging bij de Algemene Vergadering van de landsbond

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

De afgevaardigden worden verkozen door de Algemene Vergadering. De Raad van Bestuur mag een alfabetische lijst met kandidaten vastleggen.

Artikel 36. Kandidaatstelling

De leden van de Algemene Vergadering van het ziekenfonds die verkozen willen worden tot afgevaardigde voor de Algemene Vergadering van de landsbond, moeten zich per aangetekende brief of tegen ontvangstbewijs 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 37. Verkiezing van de afgevaardigden.

De stemming is geheim. Elk lid van de Algemene Vergadering heeft één stem.

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

Bij gelijkheid van stemmen voor meerdere kandidaten voor het (de) laatste toe te kennen manda(a)t(en), wordt het (de) manda(a)t(en) aan de jongste kandida(a)ten toegekend.

De vervanging van overleden, ontslagnemende of afgezette afgevaardigden heeft plaats op de eerstvolgende Algemene Vergadering en verloopt volgens de hierboven beschreven procedure. De op deze wijze verkozen afgevaardigde voleindigt het mandaat van diegene die hij vervangt.

Hoofdstuk VI. – Raad van Bestuur van het ziekenfonds

Artikel 38. Samenstelling van de Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur van het ziekenfonds is samengesteld uit minimum 10 leden en maximum 24, waarvan de directeur één bestuurdersmandaat bekleedt, op voorwaarde dat hij verkozen is als bestuurder door de algemene vergadering.

Niet meer dan 90% van de bestuurders mogen van hetzelfde geslacht zijn.

Personeelsleden van het ziekenfonds kunnen niet in aanmerking komen voor een mandaat in de Raad van Bestuur, met uitzondering van de directeur van het ziekenfonds. Om lid te zijn van de Raad van Bestuur moet men lid zijn van het ziekenfonds, moet men meerderjarig en van goed zedelijk gedrag zijn.

Een bestuurder die de leeftijd van 75 jaar bereikt moet evenwel ontslag nemen en het bestuurdersmandaat neerleggen op de eerstvolgende statutaire Algemene Vergadering die de jaarrekeningen goedkeurt,

Het ambt van bestuurder is onbezoldigd. Gemaakte onkosten worden vergoed en er kunnen presentiegelden voorzien worden.

De Raad van Bestuur wordt door de Algemene Vergadering verkozen.

De Raad van Bestuur kan maximum vijf raadgevers verkiezen. Die kunnen de vergaderingen van de Raad van Bestuur bijwonen en hebben een raadgevende stem.

De directieleden van het ziekenfonds kunnen de Raad van Bestuur met raadgevende stem bijwonen.

De Raad van Bestuur vergadert minstens 4 maal per kalenderjaar.

Elk lid van de Raad van Bestuur kan volmacht geven aan een ander lid van de Raad van Bestuur.

Elke persoon mag slechts drager van één volmacht zijn.

De beslissingen van de Raad van Bestuur worden genomen indien minstens de helft van de leden aanwezig zijn en bij eenvoudige meerderheid van de uitgebrachte stemmen.

Bij staking van stemmen is de stem van de voorzitter doorslaggevend.

Artikel 39. Verkiezing van de Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur wordt verkozen door de leden van de Algemene Vergadering voor een termijn van zes jaar. Het mandaat van bestuurder is hernieuwbaar.

Kandidaturen worden, bij aangetekend schrijven, gericht aan de voorzitter van de Raad van Bestuur.

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

Er is onverenigbaarheid tussen enerzijds het uitoefenen van een functie als bestuurder of van een leidinggevende functie in het ziekenfonds, en anderzijds een gelijkaardige functie in een medisch-sociale instelling waarin een gedeelte of het geheel der prestaties het voorwerp zijn van een tegemoetkoming van de Verplichte Ziekteverzekering.

Onverminderd het recht van de leden van de Algemene Vergadering van het ziekenfonds om zich kandidaat te stellen voor bestuurder, kan de uittredende Raad van Bestuur van het ziekenfonds aan de Algemene Vergadering een eigen kandidatenlijst voorleggen. De Algemene Vergadering stemt over de lijst bij geheime stemming. In ieder geval worden alle geldige kandidaturen opgesteld door de voorzitter, ter stemming gebracht. De kandidatenlijst van de uittredende Raad van Bestuur wordt aanvaard als de lijst meer dan de helft van de geldig uitgebrachte stemmen bekomt. Hieruit vloeit niet voort dat indien een lid dat niet voorkomt op de kandidatenlijst van de uittredende Raad van Bestuur zijn kandidatuur heeft gesteld en meer stemmen behaalt dan een kandidaat die wel op deze lijst staat, deze kandidaat niet wordt verkozen. De Algemene Vergadering moet zich steeds uitspreken over alle geldige kandidaturen om de naleving van de rechten van alle kandidaten te verzekeren.

Als het aantal kandidaten groter is dan het aantal te begeben mandaten, vindt er een geheime stemming plaats.

Elk lid van de Algemene Vergadering kan stemmen voor evenveel kandidaten als er te verkiezen bestuurders zijn. De kandidaten die het grootste aantal stemmen krijgen, zijn verkozen. Als het aantal behaalde stemmen van twee of meerdere kandidaten gelijk is, wordt (worden) het mandaat (de mandaten) toegekend aan de jongste(n).

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

De Raad van Bestuur kiest een voorzitter die ook de Algemene Vergadering leidt. De Raad van Bestuur kan tevens een eerste ondervoorzitter en een tweede ondervoorzitter kiezen. De eerste ondervoorzitter staat de voorzitter bij en vervangt deze laatste wanneer hij afwezig of verhinderd is.

De Algemene Vergadering kan tot de afzetting van een bestuurder beslissen. Hiervoor moeten twee derden van de leden aanwezig zijn en moet de beslissing een meerderheid van tweederde van de stemmen hebben behaald.

Artikel 40. Vervanging van bestuurders

De vervanging van overleden, ontslagnemende, afgezette of uitgesloten bestuurders vindt plaats op de eerstvolgende statutaire Algemene Vergadering die de jaarrekeningen goedkeurt. De op deze wijze verkozen bestuurder beëindigt het mandaat van de bestuurder die hij vervangt.

Het overlijden, het ontslag, de afzetting of de uitsluiting uit het ziekenfonds, of het verlies van de hoedanigheid van lid van de Algemene Vergadering heeft automatisch het einde van het mandaat als lid van de Raad van Bestuur van het ziekenfonds tot gevolg.

Worden, nadat ze gehoord worden, door de Algemene Vergadering met een quorum van twee derden van de aanwezigen, afgezet, de bestuurders die de vijf opeenvolgende keren afwezig zijn zonder gemotiveerde redenen.

De beslissingen van de Raad van Bestuur worden genomen indien minstens de helft van de leden aanwezig zijn en bij eenvoudige meerderheid van de uitgebrachte stemmen.

Artikel 41. Bevoegdheden van de Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur is belast met de uitvoering van de beslissingen van de Algemene Vergadering en oefent alle bevoegdheden uit die niet uitdrukkelijk bij de wet of de statuten van het ziekenfonds toegekend zijn.

De Raad van Bestuur bepaalt eveneens het kiesreglement en de huishoudelijke reglementen.

De vaststelling van de bijdragen uitgezonderd, kan de Raad van Bestuur, onder zijn verantwoordelijkheid, een deel van zijn bevoegdheden delegeren aan de voorzitter of aan één of meer bestuurders aangeduid door de Raad van Bestuur, of aan één of meer personeelsleden van het ziekenfonds.

De Raad van Bestuur kan enkel beslissingen nemen over de punten die voorkomen op de agenda. Elk lid van de Raad kan bij ordermotie tussenkomen in de loop van de vergaderingen. De voorlopige beslissingen die dan genomen werden, zullen worden hernomen op de agenda van de volgende Raad van Bestuur en deze zullen pas dan definitief worden na bekrachtiging ervan door de Raad van Bestuur.

Artikel 42. Aanstelling en bevoegdheden van de directeur

De Raad van Bestuur stelt een ziekenfondsdirecteur aan waarover de landsbond bindend advies geeft.

De directeur wordt belast met het dagelijkse bestuur van de diensten van het ziekenfonds en zorgt ervoor dat de beslissingen van de instanties correct uitgevoerd worden.

In die hoedanigheid wordt de directeur ook opgenomen in de Raad van Bestuur conform artikel 38.

De directeur waakt ervoor dat al de financiële verrichtingen correct verlopen en de door de reglementering opgelegde boeken, de ontvangsten- en uitgavenstaten, de statistische gegevens worden bijgehouden. De directeur is verantwoordelijk voor het beheren van de gelden, conform de wettelijke en reglementaire bepalingen en de instructies van de Raad van Bestuur.

Artikel 43. Bevoegdheden van de voorzitter

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 van de bijzondere reglementen; hij vertegenwoordigt het ziekenfonds in al zijn betrekkingen met de Openbare Besturen.

De voorzitter nodigt de Raad van Bestuur uit.

Mits machtiging door de Raad van Bestuur kan de voorzitter de Algemene Vergadering, al dan niet in buitengewone zitting, uitnodigen.

Het ziekenfonds treedt op in rechte en is in rechte vertegenwoordigd, zowel in de hoedanigheid van eiser als van verweerder, hetzij door de voorzitter, hetzij door elke door de Raad van Bestuur aangeduide persoon.

De Raad van Bestuur duidt de personen aan die het ziekenfonds kunnen vertegenwoordigen, de briefwisseling tekenen, in rechte optreden en de betalingen uitvoeren.

De voorzitter is verantwoordelijk voor de administratie (briefwisseling, processen-verbaal) van de statutaire organen.

Hoofdstuk VII. – Bureau

Artikel 44. Samenstelling van het Bureau

In de schoot van de Raad van Bestuur kan een Bureau opgericht worden. De voorzitter van de Raad van Bestuur is tevens voorzitter van dit Bureau.

Het Bureau telt minimum 6 en maximum 8 leden, inclusief de voorzitter van de Raad van Bestuur.

De directeur is geen lid van het Bureau; hij heeft een raadgevende stem.

Gemaakte onkosten worden vergoed en er kunnen presentiegelden voorzien worden.

Artikel 45. Werking van het Bureau

Het Bureau wordt door de voorzitter zo vaak als nodig bijeen geroepen. Het kan slechts geldig beraadslagen indien minstens de helft van de leden aanwezig zijn.

Het Bureau oefent de bevoegdheden uit die de Raad van bestuur aan hem overdraagt.

Indien twee of meer leden een beslissing niet goedkeuren, dan moet, indien ze dit uitdrukkelijk verzoeken, deze beslissing doorverwezen worden naar de Raad van Bestuur.

Hoofdstuk VIII. – Verkiezing van de vertegenwoordigers in de Algemene Vergadering van de maatschappijen van onderlinge bijstand waarbij het ziekenfonds aangesloten is

Afdeling 1 - Samenstelling van de Algemene Vergadering

Artikel 46. De afgevaardigden van de maatschappijen van onderlinge bijstand die beoogd worden door artikel 43 bis van de wet van 6 augustus 1990 en waarbij het ziekenfonds zich aangesloten heeft, worden verkozen door de Algemene Vergadering van het ziekenfonds op voorstel van de Raad van Bestuur.

Artikel 47. De Algemene Vergadering van een maatschappij van onderlinge bijstand bestaat uit ten minste 20 afgevaardigden van de aangesloten ziekenfondsen.

Ieder aangesloten ziekenfonds is er vertegenwoordigd in verhouding tot zijn aantal leden in de zin van artikel 2 van het Koninklijk Besluit van 7 maart 1991 houdende uitvoering van artikel 2, §§ 2 en 3, artikel 14, § 3 en artikel 19, lid 3, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, die eveneens lid zijn van de maatschappij van onderlinge bijstand, waarbij het aantal afgevaardigden ten minste drie en ten hoogste twintig bedraagt.

Afdeling 2 - Verkiezing van de Algemene Vergadering

Voorwaarden qua verkiesbaarheid

Artikel 48. Om verkozen te kunnen worden als afgevaardigde van de Algemene Vergadering van een maatschappij van onderlinge bijstand, moet men:

- 1° lid zijn van de maatschappij van onderlinge bijstand;
- 2° meerderjarig of ontvoegd zijn en van goed zedelijk gedrag zijn;
- 3° in orde zijn met de bijdragen bij de maatschappij van onderlinge bijstand;
- 4° geen lid zijn van het personeel van de maatschappij van onderlinge bijstand of van een aangesloten ziekenfonds;
- 5° geen rechtszaak aangespannen hebben tegen de maatschappij van onderlinge bijstand, tegen één van de ziekenfondsen die erbij aangesloten zijn of tegen de Landsbond, met uitsluiting van het beroep tegen administratieve beslissingen, genomen in uitvoering van de verplichte verzekering of van de aanvullende diensten;
- 6° niet ontslagen zijn (behalve om economische redenen) als personeelslid van de maatschappij van onderlinge bijstand, van één van de ziekenfondsen, erbij aangesloten of van de Landsbond.

Artikel 49. De afgevaardigden van de leden en van de personen ten laste die verkozen wensen te worden als lid van de Algemene Vergadering van de maatschappij van onderlinge bijstand, moeten hun kandidatuur per aangetekende brief meedelen aan de voorzitter van het ziekenfonds, uiterlijk 15 dagen vóór de datum van de Algemene Vergadering van het ziekenfonds die zal overgaan tot de verkiezing, waarbij de poststempel als bewijs dient.

Artikel 50. De afgevaardigden worden door de Algemene Vergadering van het ziekenfonds verkozen op basis van de lijst van de kandidaturen die geldig ingediend zijn.

Artikel 51. De plaatsvervangende afgevaardigden kunnen onder dezelfde voorwaarden verkozen worden als effectieve afgevaardigden.

Artikel 52. De stemming is geheim. De kandidaten worden verkozen in volgorde van het aantal bekomen stemmen. Bij gelijkheid van stemmen tussen meerdere kandidaten voor het laatste mandaat, wordt het mandaat toegekend aan de oudste kandidaat.

Artikel 53. Wanneer het aantal kandidaten gelijk is aan of lager dan het aantal op te vullen effectieve mandaten, dan zijn deze kandidaten van rechtswege verkozen.

Hoofdstuk IX. – Door het ziekenfonds georganiseerde diensten

Artikel 54. Algemene bepalingen

Het ziekenfonds organiseert voor zijn leden en hun personen ten laste de bij artikel 2 van deze statuten voorziene diensten.

Afdeling 1 - Verplichte verzekering

Artikel 55. Verplichte verzekering

Het ziekenfonds organiseert de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen overeenkomstig artikel 2.A. van deze statuten.

Afdeling 2 – Gemeenschappelijke bepalingen voor alle andere diensten

Artikel 56. Toekenningsvoorwaarden van de tegemoetkomingen

Alleen de leden die in orde zijn met hun bijdragebetaling, kunnen aanspraak maken op de tegemoetkomingen van de verschillende diensten van het ziekenfonds waarvan sprake in deze statuten.

De tegemoetkomingen kunnen slechts worden toegekend aan de leden indien zij bij het ziekenfonds aangesloten zijn op het ogenblik van het voorval dat aanleiding kan geven tot de tegemoetkoming.

De bijdragen zijn op voorhand te betalen, dit wil zeggen voor de periode waarop ze betrekking hebben, overeenkomstig de in artikel 59 vermelde bepalingen. Wanneer het lid gekozen heeft voor het systeem van bankdomiciliëring, worden de bijdragen geacht vooraf betaald te zijn ongeacht de datum waarop het ziekenfonds de bankinstelling de betalingsopdracht doorgaf.

Om aanleiding te geven tot tussenkomst in de mate dat er beschikbare middelen zijn, van de in afdeling 3 opgesomde tegemoetkomingen, dient het lid in orde te zijn met zijn bijdragebetaling voor het kwartaal dat voorafgaat aan het kwartaal van de tegemoetkoming.

Artikel 57. Weigering en limieten van de tegemoetkomingen

- A. De voordelen van de diensten worden aangeboden volgens de beschikbare middelen.
- B. De in deze statuten vastgestelde tegemoetkomingen worden niet toegekend wanneer de rechthebbende niet effectief op het Belgische grondgebied zijn hoofdverblijfplaats heeft op het ogenblik waarop hij een beroep doet op de tegemoetkomingen of wanneer deze tegemoetkomingen buiten het nationale grondgebied verleend worden, behalve de uitzonderlijke gevallen waarin door de statuten van het ziekenfonds, door de statuten van de landsbond of door de wettelijke bepalingen ter zake voorzien wordt.

- C. De toegekende tegemoetkoming kan nooit meer bedragen dan de werkelijk betaalde kost door de rechthebbende.

Art. 57 bis. Onterecht verleende financiële tegemoetkomingen

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 5 bis, 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 zoals voorzien in art. 57 bis het gevolg is van bedrieglijke handelingen waarvoor hij wie ze tot baat strekten, verantwoordelijk is. In dat geval bedraagt de verjaringstermijn vijf jaar welke ingaat na het einde van de maand waarin de uitbetaling is geschied.

Artikel 58. Verjaring

- A. De vordering tot betaling van de in deze statuten beoogde verstrekkingen, uitkeringen en tegemoetkomingen, en de vordering tot terugbetaling van de waarde van deze verstrekkingen, uitkeringen en tegemoetkomingen verjaren overeenkomstig de vigerende wettelijke bepalingen, te weten artikel 174 van de wet van 14 juli 1994 wat de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen betreft, en artikel 48bis van de wet van 6 augustus 1990 wat de overige diensten betreft.

Hetzelfde geldt voor de vordering tot betaling van de bijdragen en tot terugbetaling van de ten onrechte betaalde bijdragen.

- B. Een ter post aangetekend schrijven volstaat om de verjaring te stuiten. De stuiting kan worden hernieuwd.
- C. De verjaring wordt geschorst door overmacht.
- D. Het is het ziekenfonds niet toegestaan van het genot van de verjaring af te zien.

Artikel 59. Bepalingen voor de betaling van de bijdragen en herinneringsprocedure.

- A. De bijdragen voor de aanvullende diensten zijn jaarlijks vooraf, na ontvangst van een overschrijvingsformulier, betaalbaar, behalve indien het lid het systeem van bankdomiciliëring gekozen heeft. In dat geval worden de bijdragen per kwartaal of per maand betaald.
- B. De leden die hun bijdragen binnen de voorziene termijnen niet betaald hebben, zullen een herinnering toegestuurd krijgen die, na niet-betaling binnen de termijnen, een invorderingsprocedure door een incassobureau in gang kan zetten. De activering van de invorderingsprocedure doet een maximale forfaitaire kost van 50 euro ontstaan.

Conform de bepalingen van artikel 7 van deze statuten moeten de leden die in gebreke blijven voor de betaling van hun bijdragen gedurende een periode van 24 maanden (niet noodzakelijk opeenvolgend), eveneens geschrapt worden uit de aanvullende diensten.

Afdeling 3 – Aanvullende Diensten

Artikel 60. Rechthebbenden

De aanvullende diensten zijn zonder leeftijdsgrens toegankelijk voor de in artikel 10, 1 tot 6 van deze statuten beoogde gerechtigden en hun personen ten laste.

De aansluiting bij de aanvullende diensten is verplicht overeenkomstig artikel 5 van deze statuten.

Onder 'personen ten laste' verstaat men de personen beoogd in artikel 11 van deze statuten.

Artikel 61. Wachttijd

De nieuwe leden dienen geen wachttijd te volbrengen om aanspraak te kunnen maken op de in deze afdeling vastgestelde voordelen.

Artikel 62. Bijdragen

- A. De bijdrage aanvullende diensten omvat een bijdrage per mutualistisch gezin in de verplichte verzekering:

De betaling van de bijdrage vangt aan de eerste dag van de maand van de aansluiting bij de aanvullende diensten waarin de voorwaarde die aanleiding geeft tot het toekennen van de bijdrage is vervuld en eindigt de laatste dag van het kwartaal waarin de voorwaarde die aanleiding geeft tot het toekennen van de bijdrage niet langer vervuld is. In geval van overlijden van een effectieve gerechtigde blijft de bijdrage behouden tot het einde van de maand van het overlijden.

- B. Tabel met de verschillende bijdragetarieven in bijlage 0 (form D).

Artikel 63. Sociaal fonds

- A. Begunstigden

Het sociaal fonds heeft tot doel een financiële tegemoetkoming toe te kennen aan rechthebbenden die geconfronteerd worden met uitzonderlijke en hoge kosten of inkomstenverliezen, ten gevolge van hun gezondheidstoestand, medische behandeling of verzorging.

Voor een tegemoetkoming komen enkel in aanmerking de rechthebbenden 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;

B. Voorwaarden

Voor een tegemoetkoming worden in aanmerking genomen:

- uitzonderlijke en hoge kosten, ten gevolge van de gezondheidstoestand, medische behandeling of verzorging;
 - die niet voor tegemoetkoming in aanmerking komen in het kader van de zorgverzekering of de wet betreffende de maximumfactuur in de verzekering voor geneeskundige verzorging;
 - na aftrek van de tegemoetkoming betaald of nog te betalen door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de arbeidsongevallenverzekering, het fonds voor beroepsziekten en van iedere andere vergoeding van een verzekering, kas, fonds, organisme of instelling waarbij de aansluiting wettelijk verplicht is;
 - die gemaakt werden in de periode van 12 maanden voorafgaand aan de aanvraag tot tegemoetkoming;
- de kosten voor de mutualistische persoonlijke bijdragen voor maximaal één kalenderjaar.

Kosten voor medische behandeling of verzorging worden enkel in aanmerking genomen op voorwaarde dat de medische noodzaak van de behandeling of verzorging kan worden aangetoond door middel van een attest van de behandelende geneesheer-specialist.

In geval van een ziekenhuisopname worden de supplementen die worden aangerekend omwille van de keuze voor verblijf op een eenpersoonskamer niet in aanmerking genomen.

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming toegekend in deze dienst:

- wordt enkel toegekend op voorwaarde dat het totale bedrag aan kosten minstens 500 euro bedraagt;
- bedraagt 50 % van de in aanmerking genomen kosten ten laste van de rechthebbende;
- is beperkt tot een maximum van 1.000 euro per dossier;
- is beperkt tot een maximum van 1.000 euro per kalenderjaar.

Onder "dossier" in de zin van dit artikel wordt verstaan: alle kosten die het gevolg zijn van éénzelfde gezondheidstoestand, medische behandeling of verzorging. Van zodra de kosten betrekking hebben op of het gevolg zijn van een nieuwe gezondheidstoestand, medische behandeling of verzorging, wordt een nieuw dossier geopend.

D. Bewijsstuk

De tegemoetkoming wordt toegekend op voorlegging van:

- een aanvraag door de rechthebbende;
- facturen, onkostennota's die de uitzonderlijke en hoge kosten ten laste van het lid staven;
- authentieke documenten ter staving van de inkomstenverliezen.

Artikel 64. Logopedie

A. Doel en begunstigen

Deze dienst kent tegemoetkomingen toe ten gunste van gerechtigde leden en hun personen ten laste, voor logopedische behandelingen, volgens de modaliteiten die hieronder beschreven worden.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De tegemoetkoming is een vast bedrag van 10 euro per sessie. Het aantal sessies is beperkt tot maximum 154 sessies per 5 kalenderjaren, het bedrag tot maximum 1.540 euro per 5 kalenderjaren.

C. Voorwaarden

- a) De tegemoetkoming wordt enkel toegekend indien er in het kader van de verplichte ziekteverzekering geen tegemoetkoming logopedie gegeven is op datum van de aanvullende tegemoetkoming.
- b) De behandeling wordt door een logopedist geattesteerd.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt toegekend mits voorlegging van een factuur of getuigschrift dat is opgemaakt door een logopedist of na voorlegging van het typeformulier opgemaakt door het ziekenfonds, naar behoren ingevuld en ondertekend door de logopedist.

Artikel 65. Gezinszorg en huishulp van huishoudelijke aard

A. Doel en begunstigen

Partena OZV organiseert voor zijn gerechtigde leden en hun personen ten laste een dienst die tot doel heeft de activiteiten en initiatieven te coördineren op het vlak van gezinszorg en logistieke hulp, volgens de modaliteiten die hieronder beschreven worden. Het ziekenfonds doet voor deze diensten beroep op derden via samenwerkingsakkoorden.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

Gezinszorg en logistieke hulp: Het ziekenfonds betaalt aan vzw Partena Gezinszorg 0,50 euro per geleverd prestatie-uur.

C. Voorwaarden

Er zijn geen specifieke voorwaarden.

D. Bewijsstukken

Het ziekenfonds krijgt een factuur van vzw Partena Gezinszorg waarop per lid de naam, het adres, het inschrijvingsnummer en het aantal gepresteerde uren zijn vermeld.

Artikel 65 bis. Gezinszorg en huishulp van huishoudelijke aard – hulp in huis via dienstencheques

A. Doel en begunstigde

Partena OZV organiseert voor zijn gerechtigde leden en hun personen ten laste een dienst die de activiteiten en initiatieven op het vlak van hulp in huis via dienstencheques, volgens de modaliteiten die hieronder beschreven worden, tot doel heeft. Het ziekenfonds doet voor deze diensten via een samenwerkingsakkoord beroep op vzw Partena Dienstencheques.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

Het ziekenfonds betaalt aan vzw Partena Dienstencheques 25 euro per semester per mutualistisch gezin dat beroep doet op deze dienst.

C. Voorwaarden

Er zijn geen andere specifieke voorwaarden.

D. Bewijsstukken

Het ziekenfonds krijgt een factuur van vzw Partena Dienstencheques waarop per mutualistisch gezin de naam en het adres zijn vermeld.

Artikel 65 ter. Gezinszorg en huishulp van huishoudelijke aard - kraamzorg

A. Doel en begunstigde

Deze dienst kent een tegemoetkoming toe ten gunste van rechthebbende moeders, die een beroep op kraamzorg doen, volgens de modaliteiten die hieronder beschreven worden.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De tegemoetkoming is een vast bedrag van 5 euro per gepresteerd uur. Het aantal gepresteerde uren is beperkt tot 30 per kalenderjaar, het bedrag tot maximum 150 euro per kalenderjaar.

C. Voorwaarden

- a) De tegemoetkoming wordt per individueel kind toegekend, indien er sprake is van een bevalling van meerlingen
- b) De terugbetaling mag de werkelijke kosten niet overschrijden
- c) De kraamzorg moet verleend worden door een thuiszorgorganisatie of een gediplomeerde doula

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van een factuur, waarop de gepresteerde uren duidelijk vermeld zijn.

Artikel 65 quater. Gezinszorg en thuishulp van huishoudelijke aard – hulp in huis via thuishulp door burens

A. Doel en begunstigde

Partena OZV organiseert voor zijn gerechtigde leden en hun personen ten laste een dienst die het verkrijgen van hulp in huis door burens, volgens de modaliteiten die hieronder beschreven worden, tot doel heeft. Het ziekenfonds doet voor deze diensten via een samenwerkingsakkoord beroep op de NV Helper.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

Het ziekenfonds betaalt aan Helper NV de eenmalige instapkost van 10 euro per gerechtigde en hun personen ten laste die beroep doet op deze dienst om hulp aan te vragen.

C. Voorwaarden

Er zijn geen andere specifieke voorwaarden.

D. Bewijsstukken

Het ziekenfonds krijgt een factuur van Helper NV waarop de naam en het adres van de gerechtigde of zijn persoon ten laste die beroep doet op de dienst wordt vermeld.

Artikel 66. Individuele tegemoetkomingen – jeugd – vakantiecampen

A. Doel en begunstigde

Deze dienst heeft tot doel service, informatie, ontspanning en vorming te bieden aan rechthebbenden tot en met 18 jaar en ingeschreven zijn ten laste van de gerechtigde voor de aanvullende diensten.

Deze dienst werkt samen met een aantal erkende organisaties (bijlage 1: lijst jongerenorganisaties). Jongeren die via de dienst intekenen op een vakantiekamp georganiseerd door deze organisaties genieten een financiële tegemoetkoming.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De financiële tegemoetkoming is begrensd tot een bedrag van 30 % van de deelname in de prijs.

De tegemoetkoming mag de werkelijke kosten niet overschrijden.

C. Voorwaarden

Er zijn geen specifieke voorwaarden.

D. Bewijsstukken

De korting wordt toegekend op de factuur, voorgelegd door de organisatie vermeld in bijlage 1.

Artikel 66 bis. Individuele tegemoetkomingen - jeugd – meerdaagse activiteit of kamp

A. Doel en begunstigde

Deze dienst heeft tot doel service, informatie, ontspanning en vorming te bieden aan rechthebbenden tot en met 18 jaar en ingeschreven zijn ten laste van de gerechtigde voor de aanvullende diensten, en biedt een tegemoetkoming in de kostprijs van de deelname aan een meerdaagse activiteit of kamp, georganiseerd door een jeugdorganisatie, een school, een sportclub of een speelpleinwerking.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De tegemoetkoming is een vast bedrag van 5 euro per kampdag, met een maximum van 20 dagen per jaar. Specifiek voor speelpleinwerking bedraagt de tegemoetkoming 2,5 euro per dag, met een maximum van 20 dagen per jaar. Beide tegemoetkomingen kunnen gecumuleerd worden.

C. Voorwaarden

Er zijn geen specifieke voorwaarden.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van een document waaruit de inschrijving én de betaling blijkt. Dit kan een document zijn, afgeleverd door de inrichtende organisatie of een speciaal daartoe bestemd document van het ziekenfonds, waarop de inrichtende organisatie de deelname bevestigt.

E. Territorialiteit

De tegemoetkoming wordt toegekend voor activiteiten georganiseerd door een in België gevestigde organisatie of in één van haar buurlanden gevestigde organisatie (Nederland, Duitsland, Luxemburg, Frankrijk).

Artikel 66 ter. Individuele tegemoetkomingen - jeugd – kamp door Kazou vzw, Kriebels en Kuren vzw, Crejaksie vzw, BDK stages sportifs SA, JOETZ vzw of Krunsj vzw

A. Doel en begunstigde

Deze dienst heeft tot doel service, informatie, ontspanning en vorming te bieden aan rechthebbenden tot en met 18 jaar en ingeschreven zijn ten laste van de gerechtigde voor de aanvullende diensten, en biedt een tegemoetkoming in de kostprijs van de deelname aan een meerdaagse activiteit of kamp, georganiseerd door Kazou vzw, Kriebels en Kuren vzw, Crejaksie vzw, BDK stages sportifs SA, JOETZ vzw of Krunsj vzw.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De tegemoetkoming bedraagt 25% met een maximum van 200 euro per kamp. De tegemoetkoming mag de werkelijke kosten niet overschrijden.

C. Voorwaarden

Er zijn geen specifieke voorwaarden.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van een document waaruit de inschrijving én de betaling blijkt. Dit kan een document zijn, afgeleverd door de inrichtende organisatie of een speciaal daartoe bestemd document van het ziekenfonds, waarop de inrichtende organisatie de deelname bevestigt.

Artikel 66 quater. Individuele tegemoetkomingen - jeugd – vakantiecamp – specifieke medische problematiek

A. Doel en begunstigde

Deze dienst heeft tot doel service, informatie, ontspanning en vorming te bieden aan rechthebbenden tot en met 18 jaar en ingeschreven zijn ten laste van de gerechtigde voor de aanvullende diensten, en biedt een tegemoetkoming bij deelname aan een vakantiecamp voor jongeren met een specifieke medische problematiek (met name astma, obesitas, kanker, slechtienden, slechthorenden, diabetes, syndroom van Down, leukemie, ziekte van Hodgkin, aids, tuberculose, multiple sclerose, amyotrofische laterale sclerose, cerebrospinale meningitis, poliomyelitis, progressieve spierdystrofie, encephalitis, tetanus, mucoviscidosis, ziekte van Crohn, brucellose, levercirrose ingevolge hepatitis, sclerodermie met aantasting van de organen, rectocolitis ulcerosa, ziekte van Pompe, malaria, typhus exanthematicus, typhoïde en paratyphoïde aandoeningen, difterie, cholera, miltvuur).

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De tegemoetkoming is een vast bedrag van 75 euro per kalenderjaar. De tegemoetkoming mag de werkelijke kosten niet overschrijden.

C. Voorwaarden

Er zijn geen specifieke voorwaarden.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van een document waaruit de inschrijving én de betaling blijkt. Dit kan een document zijn, afgeleverd door de inrichtende organisatie of een speciaal daartoe bestemd document van het ziekenfonds, waarop de inrichtende organisatie de deelname bevestigt.

E. Territorialiteit

De tegemoetkoming wordt toegekend voor activiteiten georganiseerd door een in België gevestigde organisatie of in één van haar buurlanden gevestigde organisatie (Nederland, Duitsland, Luxemburg, Frankrijk).

Artikel 66 quinquies. Individuele tegemoetkomingen - jeugd – vakantiecamp – mindervalide kinderen en jongeren

A. Doel en begunstigde

Deze dienst heeft tot doel service, informatie, ontspanning en vorming te bieden aan mindervalide rechthebbenden tot en met 18 jaar die verhoogde kinderbijslag genieten en biedt een tegemoetkoming bij deelname aan een gespecialiseerd vakantiecamp voor mindervalide jongeren.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De tegemoetkoming is een vast bedrag van 250 euro per kalenderjaar. De tegemoetkoming mag de werkelijke kosten niet overschrijden.

C. Voorwaarden

De deelnemer aan het vakantiecamp geniet verhoogde kinderbijslag of is door de FOD erkend als kind met een handicap. De tegemoetkoming wordt slechts verleend aan de betrokken personen die aangesloten zijn gedurende de hele periode van de gespecialiseerde kampen voor mindervalide kinderen voor dewelke de tegemoetkoming gegeven wordt.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van een document waaruit de inschrijving én de betaling blijkt. Dit kan een document zijn, afgeleverd door de inrichtende organisatie of een speciaal daartoe bestemd document van het ziekenfonds, waarop de inrichtende organisatie de deelname bevestigt.

E. Territorialiteit

De tegemoetkoming wordt toegekend voor activiteiten georganiseerd door een in België gevestigde organisatie of in één van haar buurlanden gevestigde organisatie (Nederland, Duitsland, Luxemburg, Frankrijk).

Artikel 66 sexies. Individuele tegemoetkomingen - psychotherapie voor jongeren en chronisch zieken

A. Doel en begunstigde

De dienst kent een tegemoetkoming toe aan rechthebbenden tot en met 18 jaar die ingeschreven zijn ten laste van de gerechtigde voor de aanvullende diensten enerzijds, en anderzijds aan alle rechthebbenden die lijden aan een chronische ziekte (zie bijlage 2), en die een beroep doen op psychotherapeutische hulp.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De tegemoetkoming is een vast bedrag van 20 euro per sessie. Het aantal sessies is beperkt tot maximum 6 per kalenderjaar, het bedrag tot maximum 120 euro per kalenderjaar. Voor rechthebbenden die lijden aan een chronische ziekte worden bovenop nog 6 extra sessies terugbetaald aan dezelfde tegemoetkoming en begrenzing.

C. Voorwaarden

De therapie sessies moeten worden uitgevoerd door een therapeut of psycholoog. Het kan gaan over de volgende therapieën: alternatieve therapie, groepspsychotherapie, sociotherapie, PMT/bewegingtherapie, creatieve therapie, psycho-educatie, sociale vaardigheden, systeemtherapie, dramatherapie, danstherapie, muziektherapie en cognitieve gedragstherapie.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt toegekend mits voorlegging van een factuur of getuigschrift dat is opgemaakt door een therapeut of psycholoog en is beperkt tot het betaalde bedrag van de klant, en kan verkregen worden mits voorlegging van het betrokken ziekenfondsformulier en/of op basis van een factuur waaruit duidelijk blijkt dat het gaat om één van bovenvermelde therapieën. De verstrekker moet duidelijk identificeerbaar zijn. Rechthebbenden die lijden aan een chronische ziekte leveren hiervoor een medisch attest af als bewijsstuk. De ontvangen medische voorschriften zijn geldig voor een periode van 6 maanden na ontvangst van de aanvraag tot tegemoetkoming.

E. Territorialiteit

De tegemoetkoming wordt toegekend voor activiteiten georganiseerd door een in België of in één van haar buurlanden gevestigde erkende therapeut of psycholoog (Nederland, Duitsland, Luxemburg, Frankrijk).

**Artikel 66 septies. Individuele tegemoetkomingen – psychotherapie voor volwassenen -
Luisterlijn**

A. Doel en begunstigde

De dienst heeft tot doel een individuele psychologische bijstand te organiseren ten voordele van de gerechtigde leden en hun personen ten laste vanaf de leeftijd van 19 jaar.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De begunstigde heeft recht op 5 telefonische sessies per kalenderjaar door een psycholoog.

De doorverwijzing met een sterk verminderde wachttijd naar een gespecialiseerde psycholoog indien de begunstigde na de 5 gratis sessies nog verdere bijstand nodig heeft via face to face gesprekken.

C. Voorwaarden

Deze telefonische bijstand gebeurt door een psycholoog van maandag tot en met vrijdag van 8 tot 21 u via de “ Luisterlijn”.

De prestaties worden enkel geleverd door een psycholoog van de derde partij waaraan het ziekenfonds de organisatie van deze dienst heeft toevertrouwd.

Het ziekenfonds doet hiervoor beroep op de diensten van Collevio cvba via een samenwerkingsakkoord.

Alle informatie betreffende de betrokken persoon zal met de grootst mogelijke discretie behandeld worden en is onderworpen aan het beroepsgeheim. Bij de behandeling van de dossiers wordt de wetgeving op de persoonlijke levenssfeer en de algemene verordening gegevensbescherming gerespecteerd. De verzamelde gegevens kunnen in geen geval gebruikt worden voor andere doeleinden noch aan derde meegedeeld, onder welke vorm ook, behoudens schriftelijk akkoord van de betrokkene.

D. Bewijsstukken

Er worden geen financiële tussenkomsten verleend aan de begunstigde in het kader van deze dienst.

Het ziekenfonds krijgt een factuur van Collevio cvba waarop naam van de begunstigde, het adres en de gepresteerde uren worden vermeld.

Artikel 67. Ziekenvervoer

A. Doel en begunstigde

Deze dienst verleent een service, alsook een tegemoetkoming ten voordele van de gerechtigden en hun personen ten laste wier gezondheidstoestand het niet-dringend professioneel vervoer per ziekenwagen, per taxi, of via vrijwilligersvervoer, of het dringend professioneel vervoer per helikopter van of naar een ziekenhuisinstelling, een revalidatiecentrum of een instelling gespecialiseerd in tijdelijke verblijven, noodzakelijk maakt.

Voor deze dienst niet dringend professioneel ziekenvervoer heeft het ziekenfonds met verscheidene partners samenwerkingsakkoorden afgesloten. Om beroep te kunnen doen op deze partners, werd een telefoonnummer ter beschikking gesteld van de klanten. De gerechtigden en hun personen ten laste kunnen contact opnemen met een bijstandscentrale die de nood onderzoekt en het meest aangepast vervoermiddel als omschreven in het eerste lid van dit artikel voorstelt.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

Het bedrag van de tegemoetkoming is afhankelijk van het al dan niet beroep doen op deze bijstandscentrale.

Voor het niet-dringend vervoer gerechtvaardigd voor:

- een ziekenhuisopname (hospitalisatie, one day of ambulante verzorging door een geneesheer)
- een behandeling in een revalidatiecentrum
- een tijdelijk verblijf in een hersteloord, zorgverblijf of rustoord

De terugbetaling voor niet-dringend medisch ziekenvervoer volgens bovenstaande modaliteiten bedraagt 30% als de gerechtigde geen beroep deed op de bijstandscentrale, en 60% indien de gerechtigde wel beroep deed op de bijstandscentrale.

Er is geen tegemoetkoming voor vervoer met privé wagens.

Indien de tegemoetkoming van de wettelijke ziekteverzekering dit terugbetalingspercentage overschrijdt, zal er geen terugbetaling meer volgen uit deze dienst.

Dringend vervoer (helikopter) in de zin van de wet van 8 juli 1964 op de dringende medische hulp: de dienst komt tegemoet na de verplichte verzekering zodat het totale bedrag van de factuur voor 70% wordt terugbetaald, indien er geen tegemoetkoming voorzien is in de verplichte verzekering, dan zal de terugbetaling 20% bedragen.

De terugbetaling mag niet hoger zijn dan de vervoerskosten die ten laste van het lid blijven na de tegemoetkoming van de verplichte verzekering.

Grensbedrag

- Ziekenhuisopname (hospitalisatie, one day): geen grensbedrag
- Voor vervoer per helikopter is het bedrag per kalenderjaar begrensd tot 2.500 euro.
- Ambulante verzorging in ziekenhuis, tijdelijk verblijf in revalidatieverblijf, hersteloord, zorgverblijf of rusthuis: 250 euro per kalenderjaar en per rechthebbende
- de patiënten die een kankertherapie volgen: 500 euro per kalenderjaar;
- het vervoer naar aanleiding van een hemodialysebehandeling, met inbegrip van de « follow-up » raadplegingen na een thuishemodialyse of na een peritoneale thuisdialyse: 300 euro per maand en per rechthebbende.

C. Voorwaarden

Onder "ziekenhuisopname" of "ambulante verzorging in een ziekenhuis" verstaat men de opname in:

- een algemeen ziekenhuis;
- een psychiatrisch ziekenhuis;
- een militair ziekenhuis;
- een ziekenhuisdienst die speciaal uitgerust is voor de verzorging van patiënten met zware brandwonden;
- een erkende eenheid voor palliatieve verzorging.

De daghospitalisatie wordt als een ziekenhuisopname beschouwd.

Men verstaat onder « revalidatiecentrum», de centra erkend door het RIZIV.

Het bedrag van de tegemoetkoming is beperkt tot het traject vanaf de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende of vanaf de plaats van het ongeval naar de verpleeginstelling en de terugreis naar de woon- of verblijfplaats van de zieke of naar een door het ziekenfonds erkend herstellingsoord aan het einde van de ziekenhuisopname. De dienst komt niet tegemoet wanneer de vertrek- of aankomstplaats niet in België ligt.

Deze dienst komt slechts tegemoet in de door een ambulancedienst gefactureerde kosten indien deze dienst effectief het vervoer van de rechthebbende uitgevoerd heeft. Wachtgelden worden niet vergoed.

Uitsluitingen

Deze dienst komt niet tegemoet voor een vervoer gerechtvaardigd door:

- een verblijf in een instelling voor thermale kuren;
- geneeskundige verstrekkingen van esthetische aard, behalve indien die verstrekkingen gedekt zijn door de verplichte verzekering.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt toegekend na voorlegging:

- in alle gevallen: van een document (origineel of kopie) met opgave van een gedetailleerd overzicht van de kosten waarvoor een tegemoetkoming gevraagd wordt: factuur in het geval van vervoer per ziekenwagen of per helikopter, ticket of ontvangstbewijs van de vervoerder in het geval van vervoer per taxi of met een dienst aangepast vervoer;
- in het geval van vervoer gerechtvaardigd door ambulante verzorging: van een medisch getuigschrift dat de onbekwaamheid van het lid bevestigt om zijn privé-voertuig of het openbaar vervoer te gebruiken om naar het ziekenhuis te gaan.

De ontvangen medische voorschriften zijn geldig voor een periode van 6 maanden na ontvangst van de aanvraag tot tegemoetkoming.

Het voorleggen van een medisch getuigschrift is evenwel niet vereist in de gevallen waarin het ziekenfonds al in het bezit is van een bewijsstuk dat het verlies van mobiliteit staft van degene die van het vervoer gebruik maakt of voor gerechtigden die ouder zijn dan 65 jaar.

Artikel 68. Pedicure

A. Doel en begunstigde

Deze dienst kent een tegemoetkoming toe voor voetverzorging, ten gunste van de gerechtigden en hun personen ten laste.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

Het bedrag van de tegemoetkoming bedraagt 5 euro per sessie, met een maximum van 6 sessies per kalenderjaar en met een maximum van 30 euro per kalenderjaar.

C. Voorwaarden

Er wordt enkel een tegemoetkoming toegekend indien er geen tegemoetkoming is in het kader van de verplichte verzekering.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt toegekend mits voorlegging van een door het ziekenfonds daartoe voorzien document dat door de pedicure of de podoloog ingevuld en ondertekend wordt.

Voor alle personen jonger dan 65 jaar dient bij dit document eveneens een medisch voorschrift gevoegd te worden. De ontvangen medisch voorschriften geven wij een geldigheidsdatum van datum X + 12 maanden.

Artikel 69. Uitleendienst

A. Doel en begunstigde

Deze dienst kent een tegemoetkoming toe voor diensten op het gebied van het uitlenen van thuisverplegings- en revalidatiemateriaal, diensten op het gebied van personenalarmstelsel ten gunste van de gerechtigden en hun personen ten laste. Voor de organisatie van deze dienst kan het ziekenfonds een beroep doen op eigen dienstverlening of op de diensten van derden (bijlage 4: lijst van derden-uitleendienst).

B. Tegemoetkoming en begrenzing

Het bedrag van de tegemoetkoming bedraagt 100 % van het kostengedeelte boven de 150 euro per kalenderjaar voor de verhuurkosten. De tegemoetkoming houdt rekening met de kosten die definitief ten laste blijven, voor het huren van hulpmiddelen uitgeleend in het ziekenfonds. Er is geen maximumbedrag bepaald.

C. Voorwaarden

Er zijn geen specifieke voorwaarden.

D. Bewijsstukken

De rechthebbende moet hiervoor geen bewijsstukken binnenleveren, en zal een automatische terugbetaling ontvangen.

Artikel 70. Geboorte - adoptie – toelage

A. Doel en begunstigde

Het ziekenfonds kent een geboortepremie toe. De premie wordt gestort aan de rechthebbende ouder op voorwaarde dat de rechthebbende ouder op het moment van de geboorte aangesloten is bij Partena OZV.

De rechthebbende ouder heeft de vrije keuze om deze premie om te zetten in een babyrekening bij shopavita.be. Hiervoor werkt deze dienst samen met de vzw Shopavita.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De premie bedraagt 200 euro per aangesloten rechthebbende ouder.

Deze dienst laat toe de geboortepremie te vervangen door een babyrekening waarbij maximaal 250 euro per aangesloten rechthebbende ouder terugbetaald wordt. De aangesloten rechthebbende ouder heeft de vrije keuze tussen de geboortepremie van 200 euro of het aankoopbedrag van 250 euro voor babyluiers en andere babyproducten bij shopavita.be.

Wanneer de aangesloten rechthebbende ouder een eenouder gezin vormt, heeft hij recht op het tweevoud van de in deze paragraaf vermelde tegemoetkomingen.

C. Voorwaarden

Om recht te hebben op deze dienst van vzw Shopavita moet de bedoelde rechthebbende ouder aangesloten zijn bij Partena Onafhankelijk Ziekenfonds Vlaanderen op het ogenblik van de geboorte van het kind. Deze tegemoetkoming wordt onder dezelfde voorwaarden toegekend in het geval van adoptie op voorwaarde dat de rechthebbende ouder op het moment van de adoptie aangesloten is. Onder "adoptie" wordt verstaan: het opnemen van een kind in een nieuw gezin waarmee geen familieband bestaat met één van de adoptieouders.

De besteding van het aankoopbedrag voor babyluiers en andere babyproducten dient te gebeuren bij shopavita.be.

D. Bewijsstukken

De terugbetaling gebeurt op basis van aankoopfacturen voor babyluiers en andere babyproducten via de vzw Shopavita. De aankoopfactuur mag maximaal 12 maanden na geboortedatum uitgeschreven worden. De betaling van de premie geschiedt op voorlegging van een uittreksel uit de geboorteakte of uit de akte van adoptie of een kopie ervan, of een geboortetest.

Artikel 70 bis. Geboorte - adoptie - zwangerschapsvoordeel

A. Doel en begunstigden

Deze dienst kent tegemoetkomingen toe ten gunste van de toekomstige gerechtigde ouders in de vorm van een geschenk- en informatiepakket.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De waarde van de tegemoetkoming is een vast bedrag van 45 euro (winkelwaarde) per pakket.

C. Voorwaarden

Het pakket wordt toegekend aan de gerechtigde ouder die de hoedanigheid van lid heeft gehad bij Partena OZV in de periode na de vijfde maand van de zwangerschap en voor de bevalling.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt toegekend mits voorlegging van een aanvraagformulier ingevuld door de huisarts, vroedvrouw of gynaecoloog.

Artikel 71. Optiek

1) Brillen, lenzen en oogpleisters

A. Doel en begunstigde

De dienst kent een tegemoetkoming toe ten gunste van de gerechtigde leden en hun personen ten laste in de kosten van brilglazen en -monturen, oogpleisters en lenzen.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

Voor rechthebbenden tot en met 18 jaar, bedraagt de tegemoetkoming maximaal 50 euro per kalenderjaar

Rechthebbenden die de leeftijd van 19 jaar hebben bereikt, ontvangen een tussenkomst van maximum 40 euro per kalenderjaar.

C. Voorwaarden

De aankoop van brilmontuur, brilglazen, oogpleisters of lenzen waaruit een dioptrie blijkt die verschillend is van 0.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van een afleveringsattest (document 13 Z) opgemaakt door een optiker of een gedetailleerd ontvangstbewijs waarop de voorschrijvend geneesheer en het afgeleverde materiaal vermeld is of na voorlegging van het typeformulier opgemaakt door het ziekenfonds, naar behoren ingevuld en ondertekend door de optiker of voorschrijvend geneesheer. Uit deze documenten moet de dioptrie van de glazen en/of lenzen duidelijk blijken.

E. Territorialiteit

De tegemoetkoming is slechts verschuldigd indien de verstrekkingen in België werden uitgevoerd of in een buurland (Nederland, Duitsland, Luxemburg, Frankrijk).

2) Ooglasertherapie - lensimplantaten

A. Doel en begunstigde

Deze dienst kent een tegemoetkoming toe ten gunste van de gerechtigde leden en hun personen ten laste in de kosten van ooglasertherapie of lensimplantaten.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De tegemoetkoming bij ooglasertherapie of lensimplantaten bedraagt 100 euro per oog en is éénmalig.

C. Voorwaarden

Er zijn geen specifieke voorwaarden.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van een duidelijke (ziekenhuis)factuur die een weergave biedt op de uitgevoerde prestaties of na voorlegging van het typeformulier opgemaakt door het ziekenfonds, naar behoren ingevuld en ondertekend door de zorgverstrekker.

E. Territorialiteit

De tegemoetkoming is slechts verschuldigd indien de verstrekkingen in België werden uitgevoerd of in een buurland (Nederland, Duitsland, Luxemburg, Frankrijk).

Artikel 72. Gezondheidsopvoeding - Ziekte- en ongevallenpreventie bij kinderen

A. Doel en begunstigde

Deze dienst heeft tot doel, aan de gerechtigde leden die een ingeschreven kind ten laste hebben, preventiemateriaal tegen fietsongelukken toe te kennen.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De tegemoetkoming bestaat uit preventiemateriaal tegen fietsongelukken. Deze tegemoetkoming is éénmalig.

C. Voorwaarden

De tegemoetkoming wordt toegekend in het kalenderjaar waarin het kind ten laste 4 jaar wordt.

D. Bewijsstukken

Er zijn geen specifieke bewijsstukken. De tegemoetkoming wordt automatisch ter beschikking gesteld.

Artikel 72 bis. Gezondheidsopvoeding – fitness

A. Doel en begunstigde

De dienst kent een tegemoetkoming toe ten gunste van de gerechtigde leden en hun personen ten laste in de kosten van het inschrijvingsgeld voor een seizoen in een sportclub die aan bewegingssport doet.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De tegemoetkoming is een forfaitair bedrag van 25 euro per kalenderjaar.

C. Voorwaarden

Er zijn geen specifieke voorwaarden.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt toegekend mits voorlegging van een aanvraagformulier ingevuld door de sportclub of van een kopie van de persoonlijke lidkaart van de rechthebbende of van een betalingsbewijs van lidgeld aan een sportclub.

E. Territorialiteit

De tegemoetkoming is slechts verschuldigd indien de verstrekkingen in België werden uitgevoerd of in een buurland (Nederland, Duitsland, Luxemburg, Frankrijk).

Artikel 72 ter. Gezondheidsopvoeding – sportevents

A. Doel en begunstigde

Deze dienst voorziet in een terugbetaling van het inschrijvingsgeld van sportevents. Onder sportevent wordt verstaan een eendaagse of meerdaagse activiteit waarbij de deelnemer aan beweging doet en waarvoor een inschrijving noodzakelijk is.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De tegemoetkoming is een vast bedrag van 25 euro per event en wordt eenmalig per kalenderjaar toegekend.

C. Voorwaarden

Deelname aan een event georganiseerd door een professionele organisatie (sportclub, school,...) waaraan de deelnemer het inschrijvingsgeld betaalt.

Deze tegemoetkoming geldt niet voor een sportabonnement of een sportcursus en kan als dusdanig niet gecumuleerd worden met het voordeel 'lidgeld sportclubs'.

Deze tegemoetkoming geldt niet voor een sport- of beweegkamp of sportvakanties voor volwassenen en kan als dusdanig niet gecumuleerd worden met het voordeel 'meerdaagse activiteiten'.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van een door het ziekenfonds daartoe voorzien document, dat door de organisator ingevuld en ondertekend is, of mits voorlegging van het inschrijvingsbewijs of betalingsbewijs van het event.

E. Territorialiteit

De tegemoetkoming is slechts verschuldigd indien de verstrekkingen in België werden uitgevoerd of in een buurland (Nederland, Duitsland, Luxemburg, Frankrijk).

Artikel 72 quater. Gezondheidsopvoeding – Preventieve sportonderzoeken en Bewegen op verwijzing (BOV)

A. Doel en begunstigde

Deze dienst voorziet in een terugbetaling van preventieve sportonderzoeken en van het begeleidingstraject “Bewegen op verwijzing (BOV)”.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De tegemoetkoming is een vast bedrag van 25 euro per onderzoek of BOV-traject en wordt eenmalig per kalenderjaar toegekend.

De tegemoetkoming wordt enkel toegekend indien voor hetzelfde onderzoek of traject in het kader van de verplichte ziekteverzekering geen tegemoetkoming is.

Uitgesloten van deze dienst zijn tegemoetkomingen voor bloedonderzoeken, mentale coaching of voedingsanalyses.

C. Voorwaarden

Het preventieve sportonderzoek wordt uitgevoerd door een (sport)arts, geneesheer-specialist.

Deze tegemoetkoming geldt niet voor een sportabonnement of een sportcursus en kan als dusdanig niet gecumuleerd worden met het voordeel ‘lidgeld sportclubs’.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van een door het ziekenfonds daartoe voorzien document, dat door de verstrekker ingevuld en ondertekend is, of mits voorlegging van het inschrijvingsbewijs of betalingsbewijs van het onderzoek of traject.

Artikel 72 quinquies. Beweegmeters

A. Doel en begunstigde

De dienst kent een tegemoetkoming toe ten gunste van de gerechtigde leden en hun personen ten laste in de kosten van de aankoop van preventiemateriaal dat gericht is op het meten van beweging en activiteit. Het materiaal dat in aanmerking komt is: stappentellers, hartslagmeters en activity trackers.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De tegemoetkoming is een vast bedrag van 25 euro en wordt eenmalig per kalenderjaar toegekend.

C. Voorwaarden

De aankoop van stappentellers, hartslagmeters of activity trackers dient te gebeuren bij shopavita.be. Hiervoor werkt deze dienst samen met de vzw Shopavita.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt direct verrekend met en afgehouden van het bedrag vermeld op de factuur opgemaakt door shopavita.be van de vzw Shopavita.

Artikel 72 sexies. Gezondheidsopvoeding- op maat gemaakte oordoppen

A. Doel en begunstigde

Deze dienst kent een tegemoetkoming toe ten gunste van de gerechtigde leden en hun personen ten laste in de kosten van op maat gemaakte oordoppen.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De tegemoetkoming bedraagt 30 euro per kalenderjaar. De tegemoetkoming mag de werkelijke kosten niet overschrijden.

C. Voorwaarden

De aankoop dient te gebeuren bij een door het RIZIV erkende audicien.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van een duidelijke factuur (origineel of kopie) die een weergave biedt op de uitgevoerde prestaties of een ingevuld en door de audicien ondertekend standaardformulier van het ziekenfonds.

E. Territorialiteit

De tegemoetkoming is slechts verschuldigd indien de verstrekkingen in België werden uitgevoerd of in een buurland (Nederland, Duitsland, Luxemburg, Frankrijk).

Artikel 73. Diverse medische verstrekkingen – vaccins en desensibiliseringsstoffen

A. Doel en begunstigde

Deze dienst kent een tegemoetkoming toe ten gunste van de gerechtigde leden en hun personen ten laste in de kosten van alle vaccins en desensibiliseringsstoffen die als dusdanig in België erkend zijn.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De tegemoetkoming bedraagt voor alle vaccins 100% van de kostprijs met een maximum van 25 euro per kalenderjaar.

De tegemoetkoming bedraagt voor alle desensibiliseringsstoffen 100% van de kostprijs met een maximum van 50 euro per kalenderjaar. Deze tegemoetkoming is per rechthebbende bovendien beperkt tot drie opeenvolgende kalenderjaren en voor een enkele desensibiliseringsbehandeling in het leven.

C. Voorwaarden

De tegemoetkoming is beperkt tot de vaccins en desensibiliseringsstoffen als dusdanig erkend in België.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt toegekend mits voorlegging van het leveringsattest, opgesteld door de apotheker (mod 704 of BVAC-attest) of mits voorlegging van een getuigschrift van de arts, waarop het geleverde vaccin vermeld is. Ook het specifieke aanvraagformulier van het ziekenfonds kan gebruikt worden.

E. Territorialiteit

De tegemoetkoming is slechts verschuldigd indien de verstrekkingen in België werden uitgevoerd of in een buurland (Nederland, Duitsland, Luxemburg, Frankrijk).

Artikel 73 bis. Diverse medische verstrekkingen – diëtiëk

A. Doel en begunstigde

Deze dienst kent een tegemoetkoming toe aan de gerechtigden en hun personen ten laste voor de kosten van sessies bij een gediplomeerde diëtist, erkende gezondheidscoaches aangesloten bij de Vlaamse Vereniging GezondheidsCoaches of VVGC of voor behandeling via een sessie bij Weight Watchers.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De tegemoetkoming is een vast bedrag van 10 euro per sessie, met een maximum van 40 euro per kalenderjaar en een maximum van 4 sessies per jaar. Voor rechthebbenden die lijden aan een chronische ziekte (bijlage 2) worden bovenop nog 8 extra sessies terugbetaald aan dezelfde tegemoetkoming en begrenzing. De tegemoetkoming wordt pas verleend wanneer een volledige behandeling werd gegeven. De tegemoetkoming kan pas opnieuw verleend worden na 2 kalenderjaren.

C. Voorwaarden

De tegemoetkoming wordt uitsluitend toegekend voor de sessies gegeven door een gediplomeerde diëtist, erkende gezondheidscoaches aangesloten bij de Vlaamse Vereniging GezondheidsCoaches of VVGC of een Weight Watchers organisatie.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt toegekend mits voorlegging van een attest, opgesteld door een diëtist, erkende gezondheidscoaches aangesloten bij de Vlaamse Vereniging GezondheidsCoaches of VVGC of door Weight Watchers, dat bevestigt dat een

volledige behandeling werd gegeven over een periode van maximum 24 maanden. Rechthebbenden die lijden aan een chronische ziekte leveren hiervoor een medisch attest af als bewijsstuk. Deze ontvangen medische voorschriften zijn geldig voor een periode van 6 maanden na ontvangst van de aanvraag tot tegemoetkoming.

Artikel 73 ter. Diverse medische verstrekkingen – Chronische Ziektes

1) Chronische ziekte - Diabetes

A. Doel en begunstigen

Deze dienst heeft als doel preventie en begeleiding van risicopersonen en diabetespatiënten en kent een tegemoetkoming toe ten gunste van de gerechtigde leden en hun personen ten laste, in de medische kosten van raadplegingen en in de aankoop van materiaal. Hiervoor werkt deze dienst samen met de vzw Shopavita.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De eerste tegemoetkoming bedraagt een korting van 30% voor de aankoop van een glucosemeter en teststrips bij shopavita.be. Een tweede tegemoetkoming is de volledige terugbetaling van het wettelijk remgeld voor een jaarlijkse raadpleging bij de oogarts. Deze terugbetaling gebeurt maximaal eenmaal per jaar. Een derde tegemoetkoming bestaat uit een vast bedrag van 30 euro bij een eerste raadpleging van een door het RIZIV erkende diabeteseducator.

C. Voorwaarden

Er zijn geen specifieke voorwaarden voor deze dienst.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkomingen worden toegekend mits voorlegging van een aankoopbewijs van shopavita.be voor de aankoop van een glucosemeter of teststrips of van een aanvraagformulier, ingevuld door de oogarts.

Voor de raadpleging van een diabeteseducator wordt de tegemoetkoming betaald na voorlegging van het standaardformulier opgemaakt door het ziekenfonds, naar behoren ingevuld en ondertekend door de door het RIZIV erkende diabeteseducator.

2) Chronische ziekte - Obesitas

A. Doel en begunstigen

Deze dienst heeft als doel preventie en begeleiding van personen die lijden aan obesitas en kent een tegemoetkoming toe ten gunste van de gerechtigde leden en hun personen ten laste, in de medische kosten van een multidisciplinair begeleidingsprogramma gevolgd in een ziekenhuis of in een in een centrum voor obesitaspatiënten erkend door het ziekenfonds opgenomen in bijlage 5.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De tegemoetkoming bedraagt een forfaitair bedrag van 200 euro voor de kosten van het begeleidingsprogramma. Deze terugbetaling is eenmalig in het leven.

C. Voorwaarden

Om aanspraak te kunnen maken op deze terugbetaling moet

- de rechthebbende volwassene vanaf 18 jaar aantonen dat een BMI gemeten is van 30 of meer.
- de rechthebbende jongere tot en met 17 jaar aantonen dat een BMI gemeten is bij een percentiel 95 of hoger of een procentuele BMI gemeten is van 140% of hoger.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt toegekend mits voorlegging van formulier, ingevuld door het centrum omschreven in punt A, dat aantoont dat de rechthebbende een multidisciplinair programma volgt.

Artikel 73 quater. Diverse medische verstrekkingen – Preventie en opsporing van kanker, cardiovasculaire ziekten, allergieën, luchtwegenaandoeningen, osteoporose en diabetes

A. Doel en begunstigde

Deze dienst kent een tegemoetkoming toe ten voordele van de gerechtigden en hun personen ten laste, in de kosten van raadplegingen en/of onderzoeken die verband houden met de preventie of opsporing van kanker, inclusief zelftest darmkanker, cardiovasculaire ziekten, allergieën, luchtwegenaandoeningen, osteoporose en diabetes.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De tegemoetkoming is een vast bedrag van 10 euro per raadpleging, zelftest darmkanker of opsporingsonderzoek bij een arts, met een maximum van 3 raadplegingen en/of zelftesten darmkanker per kalenderjaar. De verschillende raadplegingen en/of zelftesten darmkanker zijn cumuleerbaar tot een maximum van 30 euro per jaar.

Online medische applicaties die erkend zijn door mHealth Belgium of voorgeschreven door een arts vallen onder terugbetalingen zoals beschreven in artikel 73 sexies.

C. Voorwaarden

De tegemoetkoming voor de onderzoeken en analyses beperkt zich tot de onderzoeken en analyses voorgeschreven door een arts. De zelftest darmkanker moet aangekocht worden in een apotheek.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt toegekend na voorlegging van het typeformulier opgemaakt door het ziekenfonds, naar behoren ingevuld en ondertekend door de voorschrijvende arts en de zorgverstrekker of van elk ander bewijsstuk erkend door het ziekenfonds.

Artikel 73 quinquies. Diverse medische verstrekkingen - Sonogram in het kader van in vitro fertilisatie

A. Doel en begunstigde

Deze dienst voorziet in een terugbetaling voor de kosten die gemaakt worden in het kader van een in vitro fertilisatie (IVF). De tegemoetkoming geldt enkel indien de gerechtigde via home monitoring zelf een sonogram afneemt.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De tegemoetkoming is een vast bedrag van 100 euro en wordt eenmalig per IVF-cyclus toegekend.

C. Voorwaarden

De tegemoetkoming wordt enkel toegekend indien er in het kader van de verplichte ziekteverzekering geen tegemoetkoming is voor het sonogram.

De tegemoetkoming wordt enkel toegekend indien de IVF-behandeling wordt gehouden in een erkend ziekenhuis of fertiliteitskliniek.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van een door het ziekenfonds daartoe voorzien document, dat door het ziekenhuis of fertiliteitskliniek volledig wordt ingevuld, of mits voorlegging van een factuur opgemaakt door het ziekenhuis of fertiliteitskliniek. Op het document moet duidelijk zichtbaar zijn dat het om een behandeling met sonogram. Het betaald bedrag moet duidelijk zichtbaar zijn.

Artikel 73 sexies. Diverse medische verstrekkingen – online medische applicaties

A. Doel en begunstigde

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.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De tegemoetkoming is een vast bedrag van 20 euro per kalenderjaar per online medische applicatie, die erkend is door mHealth Belgium of voorgeschreven door een arts.

C. Voorwaarden

De tegemoetkoming in de abonnementskosten van de online medische applicaties beperkt zich tot de werkelijk betaalde kost. Enkel online medische applicaties die preventie of revalidatie van de rechthebbende bevorderen, komen in aanmerking voor de tegemoetkoming. De tegemoetkoming kan enkel gebeuren wanneer een arts deze online medische applicatie voorschrijft of indien deze erkend is door mHealth Belgium.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt toegekend na voorlegging van het typeformulier opgemaakt door het ziekenfonds, naar behoren ingevuld en ondertekend door de voorschrijvende arts of indien erkend door mHealth Belgium, door middel van het voorleggen van betalingsbewijs.

Artikel 74. Alternatieve geneeswijzen – homeopathie en fytotherapie

A. Doel en begunstigde

Het ziekenfonds organiseert een dienst voor de terugbetaling van homeopathische en fytotherapeutische middelen.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

Het bedrag van de terugbetaling bedraagt 50 % van de kostprijs met een maximum van 75 euro per kalenderjaar per persoon.

C. Voorwaarden

De terugbetaling van homeopathische en fytotherapeutische middelen wordt onder de volgende voorwaarden toegekend: homeopathische en fytotherapeutische middelen moeten voorgeschreven worden door een arts en aangekocht worden in een apotheek.

D. Bewijsstukken

De terugbetaling gebeurt op basis van een door de apotheker afgeleverd attest..

E. Territorialiteit

De tegemoetkoming is slechts verschuldigd indien de verstrekkingen in België werden uitgevoerd of in een buurland (Nederland, Duitsland, Luxemburg, Frankrijk).

Artikel 74 bis. Alternatieve geneeswijzen: chiropraxie - osteopathie – acupunctuur – homeopathische consultaties – manuele therapie – reflexologie – mesotherapie – shockwave therapy

A. Doel en begunstigde

Deze dienst voorziet in een terugbetaling voor een behandeling chiropraxie, osteopathie en/of acupunctuur, voor homeopathische consultaties, voor manuele therapie, reflexologie, mesotherapie en shock wave therapy voor de gerechtigden en hun personen ten laste.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De tegemoetkoming bedraagt 10 euro per zitting en zijn onderling cumuleerbaar tot een maximum van 60 euro per kalenderjaar per persoon (6 zittingen).

C. Voorwaarden

De tegemoetkoming wordt enkel toegekend indien de behandeling uitgevoerd wordt door een verstrekker die zijn discipline uitoefent met de eerbiediging van de wettelijke voorschriften.

De verstrekking homeopathie moeten uitgevoerd worden door een erkend homeopaat.

De verstrekking acupunctuur moet uitgevoerd worden door een acupuncturist die lid is van een erkende beroepsvereniging van acupuncturisten of door een arts.

De verstrekkingen chiropraxie moeten uitgevoerd worden door een chiropractor die lid is van het BVC (Belgische Vereniging van Chiropractors). De mesotherapie verstrekkingen moeten worden uitgevoerd door een arts.

De verstrekkingen van shockwave therapy moeten worden uitgevoerd door een arts of een kinesitherapeut.

De verstrekkingen van manuele therapie moeten uitgeoefend worden door een manueel therapeut die lid is van een erkende beroepsvereniging van manueel therapeuten of door een kinesitherapeut.

De verstrekkingen van reflexologie moeten uitgeoefend worden door een reflexoloog die lid is van een erkende beroepsvereniging van therapeuten die reflexologie beoefenen.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van een door het ziekenfonds daartoe voorzien document, dat door de zorgverstrekker ingevuld en ondertekend is, of mits voorlegging van een door de zorgverstrekker opgemaakte factuur.

Voor de tegemoetkoming van osteopathieverstrekkingen moet een getuigschrift worden overhandigd overeenkomstig het model hernomen in bijlage 6.

Artikel 74 ter. Alternatieve geneeswijzen – slaaptherapie

A. Doel en begunstigde

Deze dienst kent een tegemoetkoming toe aan gerechtigde leden en hun personen ten laste bij zelfmonitoring van apneu of de behandeling van slaapstoornissen.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De tegemoetkoming bedraagt 100 euro per gerechtigde en hun personen ten laste en maximaal éénmaal om vijf kalenderjaren.

C. Voorwaarden

De behandeling dient te gebeuren in een algemeen of universitair ziekenhuis of slaapcentrum of in geval van zelfmonitoring van apneu via een diagnose patch.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van een door het ziekenfonds daartoe voorzien document, dat door de zorgverstreker ingevuld en ondertekend is, of mits voorlegging van een door de zorgverstreker opgemaakte factuur voor de behandeling of de slaapdiagnose patch.

Artikel 75. Zieken – individuele tegemoetkomingen

A. Doel en begunstigde

Deze dienst heeft tot doel de thuisoppas van zieke kinderen te organiseren en tegemoet te komen in de oppaskosten.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

Grensbedrag

De tegemoetkoming is beperkt tot twaalf dagen per kalenderjaar en per kind ingeschreven ten laste van een gerechtigde die bijdraagt tot de aanvullende diensten.

De tegemoetkoming wordt, voor eenzelfde ziekte, beperkt tot drie werkdagen maximum.

C. Voorwaarden

Het kind voor wie de tegemoetkoming wordt gevraagd, moet ingeschreven zijn als persoon ten laste van de gerechtigde voor de aanvullende diensten.

De gerechtigde moet:

- gedomicilieerd zijn in België;
- in orde zijn met de bijdragen van de aanvullende diensten op het ogenblik waarop hij een beroep doet op de dienst.

Er is geen wachttijd vereist om van de voordelen van deze dienst te kunnen genieten.

Uitsluitingen:

Geen enkele tegemoetkoming wordt toegekend voor:

- de kinderen met een chronische ziekte;
- de kinderen met een ziekte die medische verzorging vereist, verleend door een verpleegkundige dienst of door een dienst van thuisverplegers;
- de kinderen met een ziekte die behoort tot het domein van de thuishospitalisatie. Onder thuishospitalisatie dient men het geval te verstaan van het kind dat getroffen is door een zware ziekte die niet tot de bevoegdheid van een kinderverzorger behoort en die op zijn minst twee huisbezoeken per dag van de arts vereist.

Praktische modaliteiten in geval van oppas georganiseerd in het kader van het door het ziekenfonds afgesloten samenwerkingsakkoorden.

Als het lid zich richt tot de bijstandscentrale opgericht in het kader van het samenwerkingsakkoord in de zin van artikel 43 van de wet van 6 augustus 1990 afgesloten door het ziekenfonds, organiseert deze centrale de oppas in de woonplaats van het kind binnen de volgende grenzen:

- tussen 7u.00 tot 20u.00, ten belope van maximum tien uren per dag;
- voor een maximumduur van drie werkdagen voor eenzelfde ziekte;
- van maandag tot zaterdag (met uitzondering van dienstverlening door Solidariteit van het Gezin: van maandag tot vrijdag).

Geen enkele oppas wordt tijdens de feestdagen, de wekelijkse rustdagen en de wettelijke verlofperiodes van de rechthebbenden verzekerd.

Deze dienst doet niet aan babysit en het is niet de bedoeling dat de rechthebbenden er naar believen gebruik van maken.

In uitzonderlijke gevallen van epidemieën of overmacht, is het mogelijk dat er niet voor een thuisoppas gezorgd kan worden binnen de 24 uur na de oproep.

Een opdracht kan geweigerd worden wanneer blijkt dat het welzijn van de kinderoppas niet gegarandeerd kan worden omwille van ongunstige arbeidsomstandigheden (gebrek aan hygiëne, onveilige omgeving, enz.).

Om in aanmerking te komen voor een oppas, zal het lid een medisch getuigschrift moeten voorleggen met de vermelding van de duur van de ziekte. Hij zal tevens de personalia van de behandelende arts moeten meedelen. Indien het lid nalaat een medisch certificaat voor te leggen, dan heeft hij geen recht op tussenkomst en zal het volledig bedrag van de oppas worden aangerekend.

Het lid draagt bij in de kosten van oppas van het kind ten belope van 3 euro per uur oppas; een begonnen uur oppas wordt als een volledig uur oppas beschouwd. Indien de oppas langer dan negen uur duurt, betaalt het lid vanaf het 10^e uur een bijdrage van 10 euro per oppasuur. Het lid betaalt zijn aandeel door middel van het overschrijvingsformulier dat hem door het ziekenfonds toegezonden wordt.

Het lid dat een aanvraag voor een oppas later annuleert dan 18u de dag voordien, zal gefactureerd worden volgens de uren die werden aangevraagd. De afwezigheid van het kind wanneer de oppas zich in diens woonplaats aanmeldt, wordt als een annulatie beschouwd.

Als het lid, na twee herinneringen, in gebreke blijft het aandeel van de kosten van de oppas te betalen, kan hij niet langer een beroep doen op deze dienst tot en met de dag van ontvangst van de betaling.

Bedrag van de tegemoetkoming voor de kosten van de oppas die georganiseerd wordt buiten het door het ziekenfonds afgesloten samenwerkingsakkoord.

Het bedrag van de tegemoetkoming is gelijk aan de kosten ten laste van de ouder, met uitzondering van een bijdrage van 3 euro per uur oppas; deze bijdrage wordt op 10 euro per oppasuur gebracht vanaf het 10^e oppasuur. In geen enkel geval kan de toegekende tegemoetkoming de maximale tegemoetkoming overschrijden die is vastgelegd in deze statuten ingeval het lid een beroep doet op de derde waarmee het ziekenfonds een samenwerkingsakkoord heeft afgesloten.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt toegekend na voorlegging van een medisch getuigschrift en van het origineel van de factuur of onkostennota.

Artikel 76. Orthodontie

A. Doel en begunstigde

Deze dienst heeft tot doel een bijkomende forfaitaire tegemoetkoming van 375 euro te voorzien voor orthodontische tandverzorging ten gunste van de rechthebbenden.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De tegemoetkoming bedraagt 375 euro per leven.

Voor zwaardere aandoeningen die onder IOTN classificatie 5 vallen, kan de behandelende geneesheer-specialist een aanvraag toesturen om een supplementaire tweede tegemoetkoming van 425 euro aan te vragen.

C. Voorwaarden

De rechthebbenden moeten goedkeuring van de adviserende geneesheer gekregen hebben voor een orthodontische behandeling binnen het kader van de verplichte verzekering.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt toegekend na voorlegging van het door de orthodontist ingevulde en door de gerechtigde en orthodontist ondertekende tussenkomstformulier van het ziekenfonds.

Voor zwaardere aandoeningen die onder IOTN classificatie 5 vallen, kan de behandelende geneesheer-specialist een aanvraag, vergezeld van een beschrijvend verslag toesturen aan het ziekenfonds om een supplementaire tweede tegemoetkoming van 425 euro aan te vragen. Deze tweede tegemoetkoming wordt uitbetaald aan de rechthebbende tegen het einde van de behandeling.

Artikel 77. Verzorgingsmateriaal – incontinentie en thuiszorg

A. Doel en begunstigde

Deze dienst kent een tegemoetkoming toe aan gerechtigde leden en hun personen ten laste bij de aankoop van incontinentiemateriaal, materiaal voor rugklachten en andere thuiszorg-producten bij shopavita.be. Hiervoor werkt deze dienst samen met de vzw Shopavita.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De tegemoetkoming is een korting van:

- 10% bij aankoop van thuiszorgproducten
- 20% bij aankoop van incontinentiemateriaal
- 30% bij aankoop van materiaal tegen doorligwonden
- 30% bij aankoop van diabetesmateriaal
- 30% bij aankoop van een toiletstoel 30% bij aankoop van een afkolftoestel
- 30 % bij aankoop van producten in de categorie “rug- en nekklachten”

C. Voorwaarden

De aankopen van producten en materiaal vermeld in punt B van dit artikel dienen te gebeuren bij shopavita.be.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt direct verrekend met en afgehouden van het bedrag vermeld op de factuur opgemaakt door shopavita.be van de vzw Shopavita.

Artikel 77 bis. Verzorgingsmateriaal – pruiken, aangepaste kledij, plaswekker

Hulp bij de aankoop van verzorgingsmateriaal

1.1. Pruiken

Aan de personen die lijden aan kaalhoofdigheid en die geen enkele tegemoetkoming genieten in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, kent deze dienst een tegemoetkoming toe die overeenstemt met de RIZIV-tarieven.

Deze tegemoetkoming is afhankelijk van het voorleggen van een medisch getuigschrift met vermelding van de oorsprong van de kaalhoofdigheid, en van de originele factuur die een bewijs voor de gedane uitgaven levert.

1.2. Aangepaste kledij voor patiënten die lijden aan eczeem, kanker of aan de ziekte van Crohn of stomapatiënten

Aan de personen die lijden aan eczeem, kanker of aan de ziekte van Crohn of stomapatiënten kent deze dienst een tegemoetkoming toe voor de aankoop van aangepaste kledij bij gebrek aan tegemoetkoming van de verplichte verzekering.

De tegemoetkoming bedraagt 75 euro en wordt slechts één keer per kalenderjaar toegekend.

Ze hangt af van het voorleggen van een stuk dat bewijst dat er een uitgave werd gedaan.

1.3 Hulp bij de aankoop of huur van een plaswekker.

Deze dienst kent een tegemoetkoming toe bij de aankoop of huur van een plaswekker voor gerechtigden en hun personen ten laste die aan nachtelijk bedplassen lijden.

Bedrag van de tegemoetkoming

Deze tegemoetkoming bedraagt 50% van de factuur.

Grensbedrag

De tegemoetkoming wordt slechts één keer per rechthebbende toegekend, met een maximum van 65 euro.

Bewijsstuk

De tegemoetkoming hangt af van het voorleggen van de originele factuur.

Artikel 77 ter. Verzorgingsmateriaal – podologische zolen

A. Doel en begunstigde

Deze dienst voorziet in een terugbetaling van podologische zolen voor de gerechtigden en hun personen ten laste.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De tegemoetkoming is een vast bedrag van 25 euro per podologische zool en wordt eenmalig per kalenderjaar toegekend.

C. Voorwaarden

De tegemoetkoming geldt enkel voor de podologische zolen zelf. Het onderzoek bij de podoloog komt niet in aanmerking.

De tegemoetkoming wordt enkel toegekend indien er in het kader van de verplichte ziekteverzekering geen tegemoetkoming is.

De zolen worden vervaardigd door een erkend podoloog. Zolen die worden vervaardigd door een orthopedist of bandagist komen niet in aanmerking voor terugbetaling (medische pedicure komt niet in aanmerking voor terugbetaling).

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van een door het ziekenfonds daartoe voorzien document, dat door de podoloog ingevuld en ondertekend is, of mits voorlegging van een door de podoloog opgemaakte factuur, waaruit duidelijk blijkt dat het om podologische zolen gaat. Het betaald bedrag moet duidelijk zichtbaar zijn.

Artikel 78. Personalarmsysteem

A. Doel en begunstigde:

- de rechthebbenden - zowel gerechtigden als personen ten laste - in staat te stellen een beroep te doen op een personalarmsysteem;
- de rechthebbenden een tegemoetkoming toe te kennen in de kosten voor deze dienst die voor hen ten laste blijven.

Het personalarmsysteem bestaat in een systeem dat tot doel heeft de veiligheid van de mensen te verzekeren wanneer zij vallen of onwel worden of nog bij een ongeval. Concreet gaat het om een speciaal hangertje of een armband dat door de betrokkene wordt gedragen met daarop een knop die moet worden ingedrukt om in contact te komen met een alarmcentrale.

B. Voorwaarden

Om in aanmerking te komen voor deze dienst moet de rechthebbende een uitleencontract voor personalarmsysteem ondertekenen met de vzw Tele-Hulp .

C. Bedrag van de tegemoetkoming

De toegekende tegemoetkoming is een vaste tegemoetkoming en bedraagt 2 euro per maand zonder overschrijding van het bedrag van de kosten ten laste van het lid en wordt uitbetaald aan het einde van het kalenderjaar.

D. Tegemoetkomingsvoorwaarde

De tegemoetkoming wordt enkel toegekend aan leden die een VKR (Voorkeursregeling) statuut hebben.

Artikel 79. Zorgverblijven

A. Doel en begunstigde

Deze dienst voorziet in een aanbod aan zorgverblijven waar zorgbehoevende leden tot rust kunnen komen. Voor de organisatie van deze dienst kan het ziekenfonds een beroep doen op derden (bijlage 3: lijst van zorgverblijven).

B. Tegemoetkoming en begrenzing

Er wordt een tegemoetkoming toegekend van 35 euro per dag. De begeleiders van een zorgbehoevende ontvangen een tegemoetkoming van 15 euro per dag.

Er kan maar een tegemoetkoming 'zorgverblijven' gegeven worden tot een maximum van 28 dagen op jaarbasis.

C. Voorwaarden

Er zijn geen andere specifieke voorwaarden.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt toegekend mits voorlegging van een attest dat aantoont dat er een zorgverblijf is geweest.

Artikel 80 . Kortverblijven

A. Doel en begunstigde

Deze dienst kent een tegemoetkoming toe voor een verblijf in een kortverblijf. Een tegemoetkoming voor een kortverblijf wordt voorzien mits terugkeer naar de thuissituatie.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

Er wordt een tegemoetkoming toegekend van 15 euro per dag Er kan maar een tegemoetkoming 'kortverblijf' gegeven worden tot een maximum van 14 dagen op jaarbasis.

C. Voorwaarden

Het lid moet verblijven in een erkend RIZIV-centrum voor kortverblijf en op basis van een voorafgaand medisch akkoord.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt toegekend na voorlegging van de factuur van het herstellingsoord of het rusthuis.

Artikel 80 bis. Dag- en/of nachtopvang zorgbehoevenden

A. Doel en begunstigde

Alle zorgbehoevende rechthebbenden van Partena OZV ouder dan 18 jaar kunnen genieten van de voordelen die Partena OZV toekent met betrekking tot dag- en/of nachtopvang.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De tegemoetkoming bedraagt 6 euro per dag en/of per nacht, of 3 euro per halve dag/nacht, met een maximum van 250 euro per rechthebbende per kalenderjaar.

C. Voorwaarden

De dagopvang dient te gebeuren in een erkend dagverzorgingscentrum, een erkend dagverblijf of een erkend zorghotel.

De nachtopvang dient plaats te hebben in een residentiële omgeving of aan huis door een verpleegkundige, oppashulp van een erkende thuiszorgorganisatie of oppasdienst of door een vrijwilliger van een dienst voor vrijwilligerswerk.

D. Bewijsstuk

De terugbetaling gebeurt op basis van de factuur van de instelling of organisatie, die de dag- en/of nachtopvang uitvoerde.

Artikel 80 ter. Zorgbehoevenden - opvang in een multidisciplinair revalidatieverblijf of revalidatieprogramma voor personen die lijden aan een zware of chronische pathologie.

A. Doel en begunstigde

Deze dienst kent een tegemoetkoming toe in de kosten voor de opvang van de gerechtigde of een persoon te zijnen laste in een revalidatiecentrum voor personen die lijden aan een van de pathologieën uit de lijst in bijlage 2 van de statuten.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De tegemoetkoming bedraagt 75 % van de kost die ten laste blijft van de rechthebbende.

De tegemoetkoming is beperkt, per rechthebbende, tot 200 euro per kalenderjaar voor een verblijf of een revalidatieprogramma.

Er is geen cumul mogelijk met het voordeel zorgverblijven.

C. Voorwaarden

Deze dienst komt tegemoet voor de multidisciplinaire verblijven of programma's georganiseerd door het ziekenfonds of op zijn initiatief, ter begeleiding van patiënten en/of hun omgeving (partner, echtgenoot, of familielid verwant tot de tweede graad) die lijden of hebben geleden aan kanker of aan een andere zware ziekte vermeld in bijlage 2 van de statuten en die de reïntegratie in de samenleving bevorderen of de gevolgen van de behandelingen beogen te verzachten.

Deze dienst komt eveneens tegemoet voor de kosten van een oncologisch revalidatieprogramma georganiseerd door een hospitaal erkend door de overheid.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt toegekend na voorlegging van de factuur of onkostennota.

Artikel 80 quater. Thuisoppas voor zorgbehoevende personen

A. Doel en begunstigde

Deze dienst kent een tegemoetkoming toe in de verblijfskosten van een professionele oppas in de woonplaats van een persoon met een handicap of die lijdt aan de ziekte van Alzheimer.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De tegemoetkoming is een vast bedrag van 30 euro per dag, met een maximum van 420 euro per kalenderjaar, en een maximum van 14 dagen per kalenderjaar.

C. Voorwaarden

De persoon die voor de oppas zorgt moet opgeleid zijn in de begeleiding van personen, en doet dit in opdracht van een vereniging die de oppas organiseert.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt toegekend na voorlegging van de factuur van de vereniging die de oppas organiseert.

Artikel 81. Rechtsbijstand - ledenverdediging

Het ziekenfonds organiseert een dienst voor juridisch advies onder de benaming dienst Ledenverdediging.

Deze dienst streeft de volgende doelstellingen na:

- de leden adviseren in hun geschillen met de hulpverleners en ziekenhuizen of eventueel in hun vorderingen tegen hen;
- aan de leden raad geven en hen adviseren over de beste manier om vergoeding van de behandeling en de waarborg van passende geldelijke voordelen te verkrijgen;
- het organiseren van een bemiddeling met de ziekenhuizen en de zorgverstrekkers;
- het in rechte optreden voor de leden, overeenkomstig artikel 39 van de wet van 6 augustus 1990, teneinde de belangen van deze personen te verdedigen ten opzichte van derden;
- alle nuttige inlichtingen en informatie verstrekken met het oog op de verwezenlijking van bovenvermelde doelstellingen.

Artikel 82. Remgelden

A. Doel en begunstigde

Deze dienst voorziet in een terugbetaling van het wettelijk remgeld op de consultaties en de ambulante zorgen voor de rechthebbenden bij de huisartsen en geneesheer-

specialisten. De dienst komt tussen ten voordele van kinderen die de leeftijd van 7 jaar niet bereikt hebben op het moment van de verstrekking.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

De tegemoetkoming is gelijk aan het remgeld dat ten laste blijft van de rechthebbende na tussenkomst van de verplichte verzekering (het remgeld).

Er geldt een franchise van 30 euro per kalenderjaar. De berekening van de franchise gebeurt op basis van de datum van de verstrekking van de medische verzorging zoals vermeld op het getuigschrift voor verstrekte hulp.

C. Voorwaarden

De rechthebbende kinderen moeten een globaal medisch dossier (GMD) geopend hebben op de dag van de prestatie.

Er wordt slechts tussengekomen in de betaling van die remgelden die niet worden vergoed door de verplichte verzekering inzake geneeskundige verzorging (MAF). Indien een andere verzekering van welke aard dan ook dergelijke remgelden volledig of gedeeltelijk vergoedt, mag de verrichting geen tussenkomst verlenen die als gevolg zou hebben dat het lid in het geheel een hogere tussenkomst verkrijgt dan het bedrag van het remgeld.

Kosten uitgesloten van tussenkomst zijn de kosten van de technische prestaties, de honorarium- en kamersupplementen, de niet medische kosten, de remgelden van consultaties of ambulante zorgen toegediend door een arts of geneesheer-specialist op de spoeddienst van een ziekenhuis, de remgelden voor ambulante zorgen waarvoor er in de verplichte verzekering geen tussenkomst is.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van het getuigschrift voor verstrekte hulp.

Artikel 83. Periodieke informatie aan de leden

Deze dienst heeft tot doel informatie te verstrekken gericht op de bevordering van het fysieke, psychische en sociale welzijn van de leden.

Hij heeft meer bepaald tot doel de gezondheidsopvoeding van de leden te bevorderen en hen aan te moedigen een beroep te doen op minder dure gezondheidsformules, zonder echter afbreuk te doen aan de kwaliteit ervan. Hij heeft eveneens tot doel hen te informeren over hun rechten en verplichtingen in het kader van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Artikel 84. Dienst Maatschappelijk Werk

A. Doel en begunstigde

Deze dienst heeft tot doel personen die zich door ziekte, handicap, financiële of sociale kwetsbaarheid in een probleemsituatie bevinden, alsook hun mantelzorgers, hulp- en dienstverlening te bieden om hun zelfredzaamheid te verhogen, maatschappelijke integratie en participatie te bevorderen en toegang tot maatschappelijke voorzieningen te ontsluiten.

Rechthebbenden

Deze dienst richt zich tot iedereen.

Voordeel

Deze dienst geeft sociale en psychosociale hulp en verstrekt informatie en advies, in uitvoering van de desbetreffende reglementering van de bevoegde overheid in casu het Vlaams woonzorgdecreet van 13 maart 2009 en zijn uitvoeringsbesluit van de Vlaamse regering van 24 juli 2009.

B. Tegemoetkoming en begrenzing

Er worden door deze dienst geen financiële tegemoetkomingen toegekend.

Middelen

Voor de realisatie van de voordelen die niet behoren tot de uitvoering van de verplichte verzekering, wordt deze dienst volledig gefinancierd met middelen die door de bevoegde overheid ter beschikking worden gesteld.

Er wordt aan deze dienst een ledenbijdrage toegekend.

C. Voorwaarden

Deze dienst werkt overeenkomstig de werkprincipes en richtlijnen vastgelegd in de desbetreffende reglementering van de bevoegde overheid, voor zover deze niet in strijd zijn met de wetten van 6 augustus 1990 en 26 april 2010.

D. Bewijsstukken

Er zijn geen specifieke bewijsstukken.

Artikel 85. Betoelaging van socio-sanitaire structuren : Gezinszorg en thuishulp van huishoudelijke aard

A. Doel en Begunstigde

Ondersteuning geven aan vzw Partena Gezinszorg, als socio-sanitaire structuur zoals bedoeld in artikel 1,5° van het KB van 12 mei 2011 tot uitvoering van artikel 67, zesde lid van de wet van 26 april 2010.

Het doel van Partena Gezinszorg vzw zoals omschreven in artikel 3 van haar statuten is het volgende: “De vereniging heeft tot doel, zonder onderscheid van politieke, filosofische of godsdienstige opvatting aan de gezinnen, bejaarden of gehandicapten die erom verzoeken, tijdelijk verzorgenden ter beschikking te stellen om hen in hun gezin te staan en in het bijzonder in hun huishoudelijke werkzaamheden bij te staan of te vervangen. De vereniging kan ook opleidingscentra voor verzorgenden oprichten, waar cursussen, en recyclagecursussen worden gegeven. De vereniging kan eveneens informatiediensten, poetsdiensten, enz. oprichten. De vereniging heeft tevens tot doel om complementair aan de gezinszorg thuisverpleging aan zijn klanten aan te bieden. Hiertoe kan zij een dienst thuisverpleging organiseren en uitbaten in eigen beheer. Alles wat rechtstreeks of onrechtstreeks met deze doelstelling verband houdt, behoort tot de bevoegdheid van de vereniging. De vereniging heeft eveneens tot doel zonder onderscheid van politieke, filosofische of godsdienstige opvattingen, voorzieningen inzake kinderopvang te organiseren, met name kinderdagverblijven en diensten voor opvanggezinnen. De vereniging heeft eveneens tot doel zonder onderscheid van politieke, filosofische of godsdienstige opvattingen, voorzieningen zoals beschreven in de wet van 20/07/2001 met betrekking tot de buurtdiensten en –banen en het KB van 12/12/2001 betreffende de dienstencheques, in de thuishulp van huishoudelijke aard te organiseren. Zij mag eveneens alle activiteiten ondernemen die dit doel kunnen bevorderen. Zij kan in die zin ook, doch slechts op bijkomende wijze, handelsdaden stellen, enkel voor zover de opbrengst hiervan besteed wordt aan het doel waarvoor zij werd opgericht.

B. Werking

Om het doel te realiseren wordt een toelage overwogen aan Partena Gezinszorg vzw zoals vermeld in de bijlage 7 bij de statuten. Er worden door deze dienst geen voordelen overwogen die een individueel recht openen op een tussenkomst die beantwoordt aan een onzekere en toekomstige gebeurtenis.

Er worden door de betoelaagde socio-sanitaire structuur op geen enkele wijze voordelen aan leden overwogen, die niet ook worden overwogen aan de andere personen die deelnemen aan de activiteiten georganiseerd door deze structuur.

Artikel 86. Dienst patrimonium

Het ziekenfonds organiseert een dienst patrimonium die tot doel heeft de aankoop en de huur van de roerende en onroerende goederen te financieren die noodzakelijk zijn voor de goede werking van het ziekenfonds.

Voor de organisatie van deze dienst heeft het ziekenfonds een samenwerkingsakkoord in de zin van artikel 43 van de wet van 6 augustus 1990 afgesloten.

Artikel 87. Administratief centrum – code 98/1

Deze dienst komt tussen als centrum voor de volledige verdeling van de gemeenschappelijke kosten onder de voorwaarden beschreven in artikel 74 en 75 van het KB van 21 oktober 2002 houdende uitvoering van artikel 29, §§ 1 en 5, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

Artikel 88. Dienst die de inning beoogt van de bijdragen, bestemd om de eventuele mali aan te zuiveren in de administratiekosten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen – code 98/2

Deze dienst beoogt de inning van de bijdragen, bestemd om de eventuele mali aan te zuiveren in de 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, en dit in de mate van de geïnde bijdragen.

Aan het administratief centrum worden ook de opbrengsten en de kosten toegewezen die door de Controledienst werden vastgesteld.

Hoofdstuk X. – Ontvangsten – Uitgaven – Toewijzing van de fondsen

Artikel 89. Boekhouding – ontvangsten en uitgaven

Het ziekenfonds houdt zijn boekhouding bij, overeenkomstig de geldende wettelijke en reglementaire bepalingen ter zake.

De ontvangsten van elk van de diensten vermeld in artikel 2.B. van deze statuten bestaan uit:

- de in artikel 62 van deze statuten vermelde bijdragen;
- de overheidssubsidies;
- de giften en legaten;
- de intresten op de belegde geldmiddelen, alsook de verwezenlijkte winst op effecten van elk van deze;
- de geldmiddelen afkomstig van ontbonden maatschappijen van onderlinge bijstand,
- de diverse ontvangsten en opbrengsten die speciaal voor hen bestemd zijn. Iedere dienst moet zijn werkingskosten en de uitgaven die voortkomen uit de toepassing van deze statuten volledig dragen.

Artikel 90. Toewijzing en belegging van het maatschappelijk vermogen

Het vermogen van het ziekenfonds mag niet voor andere doeleinden gebruikt worden dan deze die uitdrukkelijk in deze statuten beschreven staan.

De maatschappelijke fondsen worden belegd overeenkomstig de wettelijke en reglementaire bepalingen ter zake.

Artikel 91. Buitengewone algemene vergadering bij ontoereikende inkomsten.

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 92. Afsluiten van de rekeningen

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

Artikel 93. Beheer van middelen van de verplichte Z.I.V.

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

Hoofdstuk XI. – Samenwerkingsakkoorden

Artikel 94. Samenwerkingsakkoorden

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

Hiertoe 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 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. Het jaarverslag over de uitvoering van het samenwerkingsakkoord en de notulen van de Algemene Vergadering waaraan het jaarverslag wordt voorgelegd, moeten worden doorgestuurd aan de Controledienst.

Hoofdstuk XII. – ontbinding en vereffening – verdeling van de gelden - statutenwijzigingen – situaties waarin de statuten niet voorzien

Artikel 95. Ontbinding

Het ziekenfonds kan ontbonden worden bij een beslissing van de Algemene Vergadering die daartoe speciaal wordt bijeengeroepen.

De bepalingen van de artikels 10, 11 en 12 par. 2 en 3 van de wet van 6 augustus 1990 zijn hierop van toepassing.

De uitnodiging vermeldt:

- de redenen voor ontbinding;
- de financiële toestand van het ziekenfonds;
- de bestemming van de maatschappelijke kapitalen;
- de vormen en voorwaarden van de liquidatie.

Artikel 96. Aanstelling van vereffenaar(s)

De Algemene Vergadering die tot de ontbinding van het ziekenfonds besluit, wijst onder de revisoren, leden van het Instituut der Bedrijfsrevisoren, één of meer vereffenaars aan overeenkomstig de voorschriften van artikel 32 van de wet van 6 augustus 1990.

Artikel 97. Verdeling van de overblijvende activa

Bij ontbinding van het ziekenfonds worden de overblijvende activa verdeeld onder de leden van de aangesloten afdelingen van wie het recht op prestaties voor de stopzetting van de diensten of activiteiten is ontstaan.

Bij stopzetting of ontbinding van één of meer diensten bedoeld in artikel 3b of 7, paragrafen 2 en 4 van de wet van 6 augustus 1990 beslist de Algemene Vergadering over de toewijzing van de overblijvende activa van deze diensten.

De overblijvende activa moeten bij voorrang worden toegewezen aan de leden van de aangesloten afdelingen van wie het recht op prestaties voor de stopzetting van deze diensten is ontstaan.

Zowel bij ontbinding als bij stopzetting van één of meer diensten zal de Algemene Vergadering aan de eventueel overblijvende activa een bestemming geven in overeenstemming met de statutaire oogmerken.

Artikel 98. Statutenwijzigingen

De statuten kunnen gewijzigd worden op initiatief van de Raad van Bestuur van het ziekenfonds of op initiatief van de afdelingen. In het laatste geval leggen de afdelingen hun voorstellen voor aan de Raad van Bestuur, die oordeelt of er gevolg dient aan gegeven te worden en die verslag uitbrengt op de eerstkomende Algemene Vergadering.

De Raad van Bestuur is echter verplicht elk voorstel tot 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 bij de wet en de statuten bepaalde vormen. Er kan alleen tot een statutenwijziging besloten worden indien de helft van de leden aanwezig is en de beslissing met een meerderheid van twee derde van de uitgebrachte stemmen wordt genomen.

Indien het vereiste aanwezigheidsquorum niet bereikt is, kan een tweede vergadering bijeengeroepen worden, waarvan de beslissingen rechtsgeldig zijn ongeacht hoeveel leden er aanwezig waren.

Behalve in geval van overmacht of urgentie moet de tekst van de statutenwijzigingen ten minste acht dagen voor de Algemene Vergadering aan de afgevaardigden worden gestuurd.

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

De amendementen die tijdens de vergadering worden voorgesteld, moeten ter stemming worden gelegd indien ze door ten minste vijf afgevaardigden worden gesteund.

Hoofdstuk XIII. – Inwerkingtreding

Artikel 99. Inwerkingtreding

Deze statuten treden in werking op de door de Algemene Vergadering vastgestelde datum, mits goedkeuring door de Controledienst voor de Ziekenfondsen.

BIJLAGEN

BIJLAGE 0

Bijdragetabellen 2020 – form D (art. 62)

Bijdragetabel van de entiteit: 526 - Partena Onafhankelijk Ziekenfonds Vlaanderen

Versie: 2020/2
 Goedkeuringsdatum: 21/01/2020
 Toepassingsdatum: 01/01/2020
 Status: C - gecontroleerd, zonder fouten

Ledencategorieën

Cat.1: Mutualistisch gezin zonder personen ten laste
 Cat.2: Mutualistisch gezin met personen ten laste

A. Eigen bijdragen

Code	Diensten Naam	Akkoorden (aantal)	Referentie: (artikel: uit de statuten)	Bedragen per ledencategorie (EUR/jaar)	
				Gewone bijdragen	
				Cat.1	Cat.2
15	Overige verrichtingen	7	63-82	69,23	69,23
37/01	Informatie aan leden	0	83	0,91	0,91
37/02	Dienst Maatschappelijk Werk	0	84	3,92	3,92
93	Patrimonium	1	86	0,99	0,99
98/01	Administratief centrum: verdeelcentrum	0	87	0,00	0,00
98/02	Administratief centrum: reserve administratiekosten verplichte verzekering	0	88	19,63	19,63
Totaal				94,68	94,68

Lijst van samenwerkingsakkoorden

Code	Diensten Naam	KBO-nummer	Rechtspersonen
			Benaming
15	Overige verrichtingen	0673.790.011	Halpper NV
15	Overige verrichtingen	0567.942.423	Mampower personal NV
15	Overige verrichtingen	0877.578.301	Shopavita vzw
15	Overige verrichtingen	0877.059.944	Partena Dienstencheques vzw
15	Overige verrichtingen	0464.151.037	Partena Gezinsorg vzw
15	Overige verrichtingen	0670.462.515	Wellways CVBA
15	Overige verrichtingen	0416.603.716	Solidariteit voor het gezin vzw
93	Patrimonium	0507.647.916	Partena Promeris vzw

B. Landsbond + Maatschappij(en) van onderlinge bijstand

Nr	Entiteit Benaming	Bijdragetabel		Bedragen per ledencategorie (EUR/jaar)	
		Versie	Toepassingsdatum	Cat.1	Cat.2
500	Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen	2020/2	01/01/2020	4,92	4,92
Totaal				4,92	4,92

Totaal A + B

Nr	Entiteit Benaming	Bijdragetabel		Bedragen per ledencategorie (EUR/jaar)	
		Versie	Toepassingsdatum	Cat.1	Cat.2
526	Partena Onafhankelijk Ziekenfonds Vlaanderen	2020/2	01/01/2020	94,68	94,68
500	Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen	2020/2	01/01/2020	4,92	4,92
Totaal				99,60	99,60

BIJLAGE 1

Jongerenorganisaties (art. 66)

1. **Top Vakantie vzw** (417.241.639)
Vleurgatsesteenweg 113
1000 Brussel

BIJLAGE 2

Zware of chronische pathologieën die aanleiding geven tot tegemoetkoming (art.66 sexies/art. 73 bis/art.80 ter)

Lijst van ernstige en chronische ziekten

- Amputaties
- Alzheimer
- Anorexie
- Astma / chronisch obstructieve longziekte (COPD)
- Atherosclerose
- Autistische spectrumstoornissen
- Beroerte
- Brandwonden
- Boulimie
- Chron
- Chronische pijnen
- Creutzfeldt-Jakob
- Depressie
- Diabetes
- Epilepsie
- Gehoorsstoornissen
- Huntington
- Hyperlipidemie/hyper cholesterolemie
- Hypertensie
- Kanker
- Metabool syndroom
- Mucoviscidose
- Multiple sclerose
- Nierziekten
- Obesitas
- Parkinson
- Schizofrenie
- Spier- en skeletaandoeningen
- Vasculaire dementie
- Visuele handicaps

BIJLAGE 3

Herstellingsoorden / zorgverblijven (art. 79)

A. Lichte en zware verzorging

1. Le Belvédère – Theux
2. Château Sous-Bois – Spa
3. Résidentie 'T Neerhof – Brakel
4. La Seniorie du Sart-Tilman – Angleur
5. Résidence Saint-James – La Hulpe
6. Zorgdorp De Pastorij - Denderhoutem
7. La Résidence du Bois de la Pierre – Wavre
8. Herstelverblijf Salvator - Hasselt
9. Résidence Dr. J. Hustin – Charleroi
10. De Ceder – Deinze
11. Aquamarijn – Kasterlee
12. WZC Tombeekheyde (Vulpia) – Overijse
13. Residentie Twee Poorten (Vulpia) – Tienen
14. Residentie Vuereveld – Wezembeek-Oppem
15. De Linde (Vulpia) – Mechelen
16. Moutershof – Meise
17. Home Béthanie - Genval

B. Lichte verzorging

1. Dunepanne – De Haan
2. Koninklijke Villa - Oostende
3. La Résidence du Lac – Spa
4. De Drie Eiken – Edegem (Antwerpen)

C. Herstellingsoorden die opteren voor een andere aanpak (ontmoeting vooraf met kandidaat-herstellende)

1. Zorghuis – Oostende
2. Zorghuis – Limburg
3. Cité Serine – Etterbeek
4. Het Namaste Huis – Merendree

BIJLAGE 4

Derden – uitleendienst/alarmsysteem (art. 69)

1. **Telehulp vzw** (429.828.576)
Meersbloem Melden 46
9700 Oudenaarde
2. **UEST NV** (Zembro) (0562.788.753)
Elfjulistraat 6
9000 Gent
3. **E.S.R.I. NV** (0471.645.375)
Evenementenlaan 8
3001 Heverlee

BIJLAGE 5

Door het ziekenfonds erkende multidisciplinaire begeleidingsprogramma's (art.73 ter)

1. Mevrouw Els Vercruysse - Osteopaat
Wielewaalstraat 2, 8490 Jabbeke
Erkenningsnummer 0936638000


2. Zeepreventorium
Koninklijke baan 5
8420 De Haan
Ondernemingsnummer 0443.998.989

3. Programma Go4Fit
VCLB Deinze
Kattestraat 22
9800 Deinze
Ondernemingsnummer 0462.422.259

BIJLAGE 6

Alternatieve geneeswijzen – getuigschrift osteopathie (art.74 bis)

Attest osteopathie Attestation ostéopathie


095123456000095123456000

Naam/Nom: JANSEN Jan
Adres/Adresse: Stationstraat 1
1000 Brussel
☎: 02/123 45 67

Erkenningsnr/N° d'agrément:

Kleef van de patiënt / Vignette du patient

Naam en voornaam patiënt / Nom et prénom du patient

.....

Datum consultatie Ontvangen bedrag
Date consultation Montant reçu

.....

Handtekening verstrekker Stempel verstrekker
Signature du prestataire Cachet du prestataire

SPECIMEN

BIJLAGE 7

Overzicht betoelaging socio-sanitaire structuren (art.85)

Overzicht van de betoelaging door het ziekenfonds van socio-sanitaire structuren zoals bedoeld in artikel 1,5° van het KB van 12 mei 2011 tot uitvoering van artikel 67, zesde lid van de wet van 26 april 2010.

De toelagen worden jaarlijks vastgesteld door de Algemene Vergadering. De Raad van Bestuur kan de overwogen toelagen wijzigen, mits aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- De beslissing van de Raad van Bestuur wordt onmiddellijk aan de Controledienst overgemaakt per aangetekend schrijven ondertekend door de verantwoordelijke van het ziekenfonds;
- In deze brief wordt de datum van inwerkingtreding van deze beslissing vermeld;
- De wijzigingen worden; met terugwerkende kracht en naar aanleiding van de volgende Algemene Vergadering, in de statuten opgenomen.

Betoelaagde entiteit (statutair artikel 2016– code)	Overwogen toelage 2016	Toelage 2016
Partena Gezinszorg vzw Kraamzorg – art.84 code 38	0 euro	0 euro
Partena Gezinszorg vzw Kinderzorg –art. 84 code 38	0 euro	0 euro

Betoelaagde entiteit (statutair artikel 2017– code)	Overwogen toelage 2017	Toelage 2017
Partena Gezinszorg vzw Kraamzorg – art.85 code 38	0 euro	0 euro
Partena Gezinszorg vzw Kinderzorg –art. 85 code 38	0 euro	0 euro

Betoelaagde entiteit (statutair artikel 2018– code)	Overwogen toelage 2018	Toelage 2018
Partena Gezinszorg vzw Kraamzorg – art.85 code 38	0 euro	0 euro
Partena Gezinszorg vzw Kinderzorg –art. 85 code 38	0 euro	0 euro

Betoelaagde entiteit (statutair artikel 2019– code)	Overwogen toelage 2019	Toelage 2019
Partena Gezinszorg vzw Kraamzorg – art.85 code 38	0 euro	0 euro
Partena Gezinszorg vzw Kinderzorg –art. 85 code 38	0 euro	0 euro

Betoelaagde entiteit (statutair artikel 2020– code)	Overwogen toelage 2020	Toelage 2020
Partena Gezinszorg vzw Kraamzorg – art.85 code 38	0 euro	
Partena Gezinszorg vzw Kinderzorg –art. 85 code 38	0 euro	