

Helan Onafhankelijk Ziekenfonds

526

STATUTEN

Van kracht op 1/1/2022

De laatste wijzigingen aan deze versie van de statuten werden:

- op 23/6/2022 beslist door de algemene vergadering van het ziekenfonds
- op 16/09/2022 goedgekeurd door de Raad van de Controledienst voor de Ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen (CDZ)
- Volgende wijzigingen werden door de CDZ goedgekeurd onder voorbehoud (in vet, schuingedrukt en onderlijnd):
 - /

Helan Onafhankelijk Ziekenfonds 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 van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, 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>
- bij de regionale maatschappij van onderlinge bijstand van de Onafhankelijke Ziekenfondsen voor het gebied Brussel-Hoofdstad, waarvan de statuten beschikbaar zijn op de website van de Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen met het volgende adres: [http://www.mloz.be/nl/statuten-MOB Brussel Hoofdstad](http://www.mloz.be/nl/statuten-MOB_Brussel_Hoofdstad)
- bij de regionale maatschappij van onderlinge bijstand van de Onafhankelijke Ziekenfondsen voor het Waalse Gewest, waarvan de statuten beschikbaar zijn op de website van de Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen met het volgende adres: [http://www.mloz.be/fr/statuts-MOB Waalse Gewest](http://www.mloz.be/fr/statuts-MOB_Waalse_Gewest)

Helan Onafhankelijk Ziekenfonds is eveneens erkend door de Controledienst voor de Ziekenfondsen en de Landsbonden als verzekeringsagent (CDZ nr. 5006c) voor MLOZ Insurance, de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (voor de takken 2 en 18 – nr. CDZ 750/01 – 422.189.629), waarvan de statuten beschikbaar zijn op de website van de Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen met het volgende adres: <https://www.mloz.be/nl/statuten-mloz-insurance>.

Inhoud

Van kracht op 1/1/2022	1
Hoofdstuk I. - Stichting, benaming, doeleinden, zetel, werkingsgebied van het ziekenfonds	7
Artikel 1. Stichting en benaming	7
Artikel 2. Doeleinden	8
Artikel 3. Zetel en werkingsgebied	12
Artikel 4. Landsbond	12
Hoofdstuk II. - Toelating, ontslag, schrapping en uitsluiting van de leden	13
Artikel 5. Aansluiting bij de diensten van het ziekenfonds	13
Artikel 6. Aanvang van de aansluiting bij de aanvullende verzekering	16
Artikel 7. Aanvang van de aansluiting bij de verplichte verzekering	16
Artikel 8. Types van leden	17
Artikel 9. Personen ten laste	23
Artikel 10. Ontslag	23
Artikel 11. Opheffing van de mogelijkheid om te genieten van voordelen van de diensten van de aanvullende verzekering wegens niet-betaling van de bijdragen	23
Artikel 12. Uitsluiting om andere redenen	24
Artikel 13. Terugbetaling van betaalde bijdragen	24
Hoofdstuk III. – De bestuursorganen	26
<i>Afdeling 1 - De Algemene Vergadering van het ziekenfonds</i>	<i>26</i>
Artikel 14. Samenstelling van de Algemene Vergadering	26
Artikel 15. Kiesomschrijvingen	27
Artikel 16. Aantal vertegenwoordigers kiesomschrijving	27
Artikel 17. Stemrecht en verkiesbaarheid	27
<i>B. Verkiezingsprocedure</i>	<i>28</i>
Artikel 18. Oproep tot kandidaturen	28
Artikel 19. Kandidaatstelling	28
Artikel 20. Opstelling van de kandidatenlijsten	28
Artikel 21. Mededeling van de kandidatenlijsten	29
Artikel 22. Opsturen van de oproepingen voor de stemming en mededeling verkiezingsdatum	29
Artikel 23. Kiesbureau	29
Artikel 24. Opstelling van de kiezerslijsten	29
Artikel 25. Verloop van de stemming	30
Artikel 26. Uitbrengen van de stemmen	31
Artikel 27. Telling van de stemmen	31
Artikel 28. Vrijstelling van de verplichting om over te gaan tot een stemming	32
Artikel 29. Bekendmaking van de resultaten	32
Artikel 30. Publicaties in verband met de verkiezingen	32
<i>C. Installatie van de Algemene Vergadering en verlies hoedanigheid</i>	<i>32</i>
Artikel 31. Installatie van de Algemene Vergadering en raadgevers	32
Artikel 32. Verlies van hoedanigheid van lid van de Algemene Vergadering	33
<i>D. Bevoegdheden en werking van de Algemene Vergadering</i>	<i>33</i>
Artikel 33. Bevoegdheden van de Algemene Vergadering	33
Artikel 34. Oproeping van de Algemene Vergadering	34
Artikel 35. Goedkeuring van de jaarrekeningen en van het budget	34
Artikel 36. Beraadslagingen van de Algemene Vergadering	35

Artikel 37. Buitengewone Algemene Vergadering	38
Artikel 38. Bedrijfsrevisoren	38
<i>Afdeling 2 - Afvaardiging bij de Algemene Vergadering van de landsbond</i>	40
Artikel 39. Afvaardiging bij de Algemene Vergadering van de landsbond	40
Artikel 40. Kandidaatstelling	40
Artikel 41. Verkiezing van de afgevaardigden	40
<i>Afdeling 3 – Verkiezing van de vertegenwoordigers in de Algemene Vergadering van de maatschappijen van onderlinge bijstand waarbij het ziekenfonds aangesloten is</i>	42
<i>Samenstelling van de Algemene Vergadering</i>	42
Artikel 42.	42
Artikel 43.	42
<i>Afdeling 4 - Raad van Bestuur van het ziekenfonds</i>	43
Artikel 44. Samenstelling van de Raad van Bestuur	43
Artikel 45. Onafhankelijk bestuurder	44
Artikel 46. Verkiezing van de Raad van Bestuur	45
Artikel 47. Verlies van hoedanigheid van bestuurder	46
Artikel 48. De coöptatie van bestuurders	46
Artikel 49. Bevoegdheden van de Raad van Bestuur	47
Artikel 50. Vergaderingen van de Raad van Bestuur	47
Artikel 51. Aanstelling en bevoegdheden van de directeur	50
Artikel 52. Bevoegdheden van de voorzitter	50
<i>Afdeling 5 – Comités van de Raad van Bestuur</i>	51
Algemene bepalingen voor alle comités:	51
Artikel 53. Rol, verantwoordelijkheden en bevoegdheden	51
Artikel 54. Samenstelling	51
Artikel 55. Vergaderingen	52
Specifieke bepalingen per comité:	52
Artikel 56. Benoemings-en Remuneratiecomité	52
Artikel 57. Beleggingscomité	52
Hoofdstuk IV. – Door het ziekenfonds georganiseerde diensten	53
Artikel 58. Algemene bepalingen	53
<i>Afdeling 1 – Verplichte verzekering</i>	53
Artikel 59. Verplichte verzekering	53
<i>Afdeling 2 – Gemeenschappelijke bepalingen voor alle andere diensten</i>	53
Artikel 60. Toekenningsvoorwaarden van de tegemoetkomingen	53
Artikel 61. Weigering en limieten van de tegemoetkomingen	54
Artikel 62. Verjaring	55
<i>Afdeling 3 – Aanvullende diensten</i>	56
Artikel 63. Rechthebbenden	56
Artikel 64. Bijdrageplicht	56
Artikel 65. Betaling van de bijdragen	56
Artikel 66. Tegemoetkomingen - mutatie	57
Artikel 67. Raadgevend arts	57
Artikel 68. Wachtijd	57
Artikel 69.	57
Artikel 70. Remgeld kinderen	58
Artikel 71. Verzorgingsmateriaal : Pruiken – Aangepaste kledij	58
Artikel 72. Logopedie	59
Artikel 73. Voetverzorging	60

Artikel 74. Podologische zolen	61
Artikel 75. Steunkousen	62
Artikel 76. Thuiszorgmateriaal	62
Artikel 77. Veiligheid/Preventiebonus	63
Artikel 78. Orthodontie	63
Artikel 79. Optiek	64
2) Ooglasertherapie en lensimplantaten	65
Artikel 80. Slaaptherapie	65
Artikel 81. Medische apps	66
Artikel 82. Osteopathie – chiropraxie – acupunctuur	67
Artikel 83. Vaccins	67
Artikel 84. Psychotherapie	68
Artikel 85. Diabetes	68
Artikel 86. Obesitas	69
Artikel 87. Thuisoppas voor zorgbehoevende personen	70
Artikel 88. Sportevents	70
Artikel 89. Sportonderzoek en beweging op verwijzing (BOV)	71
Artikel 90. Sportclub/fitness/jeugdbeweging	72
Artikel 91. Dienst gezondheidspromotie	72
Artikel 92. Beweegadvies	73
Artikel 93. Leefstijladvies	73
Artikel 94. Diëtiëk	74
Artikel 95. Wellness	74
Artikel 96. Buitenschoolse opvang voor kinderen met een handicap	75
Artikel 97. Sonogram in het kader van in vitro fertilisatie	75
Artikel 98. Vakanties voor volwassenen	76
Artikel 99. Dienst vrijwilligers	76
Artikel 100. Oncorevalidatie	77
Artikel 101. Preventieve onderzoeken	78
Artikel 102. Sociaal fonds	78
Artikel 103. Dienstencheques	80
Artikel 104. Ziekenvervoer	81
Artikel 105. Zorgverblijven	82
Artikel 106. Luisterlijn	83
Artikel 107. Dienst jongeren	84
Artikel 107 bis. Heyo kampen	86
A. Begunstigden	86
B. Voorwaarden	86
C. Tegemoetkomingen	86
D. Bewijsstuk	86
De tegemoetkoming kan via derdebetalersregeling geregeld worden tussen het ziekenfonds en de erkende derde.	86
Artikel 108. Oppas Zieke kinderen	86
Artikel 109. Geboortepremie / adoptiepremie	88
Artikel 110. Miniboetiek	89
Artikel 111. Gezinszorg en huishulp van huishoudelijke aard	90
Artikel 112. Kraamzorg	90
Artikel 112 bis. Dienstencheques bij zwangerschap/geboorte	91
Artikel 113. Dag- en nachtopvang zorgbehoevenden	91
Artikel 114. Dienst kortverblijf	92
Artikel 115. Uitlenen van materiaal	92
Artikel 116. Personenalarmsysteem	93
Artikel 117. Dienst klantenverdediging	94
Artikel 118. Dienst patrimonium	95
Artikel 119. Sociale Dienst	95

Artikel 120. Dienst informatie aan de klanten	95
Artikel 121. Administratiekosten	96
Artikel 122. Landsbonddiensten	97
Hoofdstuk V. – Ontvangsten – Uitgaven – Toewijzing van de fondsen	98
Artikel 123. Boekhouding – Ontvangsten en uitgaven	98
Artikel 124. Toewijzing en belegging van het maatschappelijk vermogen	98
Artikel 125. Buitengewone algemene vergadering bij ontoereikende inkomsten	98
Artikel 126. Afsluiten van de rekeningen	98
Artikel 127. Beheer van middelen van de verplichte Z.I.V.	98
Hoofdstuk VI. - Samenwerkingsakkoorden	99
Artikel 128. Samenwerkingsakkoorden	99
Hoofdstuk VII. – Statutenwijzigingen – Fusie – Ontbinding en vereffening –	100
Verdeling van de gelden	100
Artikel 129. Statutenwijzigingen	100
Artikel 130. Frequent wijzigende gegevens in lijsten gevoegd bij de statuten	100
Artikel 131. Fusie	101
Artikel 132. Ontbinding en vereffening	101
Artikel 133. Toewijzing van de overblijvende activa	101
Hoofdstuk VIII. - Inwerkingtreding	102
Artikel 134. Inwerkingtreding	102
Hoofdstuk IX. - Bijdragen	102
Hoofdstuk IX. - Bijdragen	
	102
Artikel 135.	102
Bijlagen	103

**Helan Onafhankelijk ziekenfonds
gevestigd te Wilrijk**

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 **(I)** en haar uitvoeringsbesluiten,

hebben de leden van de algemene vergadering van Helan Onafhankelijk Ziekenfonds, op 23 juni 2022 de statuten van het ziekenfonds als volgt vastgesteld. De statuten gelden vanaf 1 januari 2022.

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, Charleroisesteeweg 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.

De fusie met Onafhankelijk Ziekenfonds 501 vindt plaats op 1 januari 2022 en werd goedgekeurd door de Algemene Vergaderingen van beide ziekenfondsen op 6 oktober 2020. De fusie brengt een naamswijziging met zich mee die werd goedgekeurd door de Algemene Vergaderingen op 25 maart 2021. Vanaf 1 januari 2022 draagt het ziekenfonds volgende naam : Helan Onafhankelijk ziekenfonds.

In zijn betrekkingen met derden kan Helan Onafhankelijk ziekenfonds gebruik maken van de term Helan of Helan ziekenfonds.

In de volgende artikelen van de huidige statuten wordt naar het ziekenfonds Helan Onafhankelijk ziekenfonds verwezen als "het ziekenfonds".

Artikel 2. Doeleinden

De doeleinden van het ziekenfonds zijn:

- A. in het kader van artikel 3, eerste lid, a en c van de wet van 6 augustus 1990:
- het deelnemen aan de uitvoering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, waartoe haar de toelating werd gegeven door de landsbond waarbij het is aangesloten;
 - 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 derdebetalder, 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 kwaliteitsverzorging te bevorderen.

Daarnaast zal het ziekenfonds ook instaan voor de betaling van de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid en moederschapsverzekering 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 waarbij het ziekenfonds is aangesloten. 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.

In dit kader organiseert het ziekenfonds de volgende diensten, verplicht voor alle leden van het ziekenfonds, die "verrichtingen" zijn 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. Remgeld kinderen
2. Verzorgingsmateriaal: pruiken – aangepaste kledij
3. Logopedie
4. Voetverzorging
5. Podologische zolen
6. Steunkousen
7. Thuiszorgmateriaal
8. Veiligheid/Preventiebonus
9. Orthodontie
10. Optiek
11. Slaaptherapie
12. Medische apps

13. Osteopathie – chiropraxie – acupunctuur
14. Vaccins
15. Psychotherapie
16. Diabetes
17. Obesitas
18. Thuisoppas voor zorgbehoevende personen
19. Sportevents
20. Sportonderzoek en beweging op verwijzing
21. Sportclub/fitness/jeugdbeweging
22. Dienst gezondheids promotie
23. Beweegadvies
24. Leefstijladvies
25. Diëtiëk
26. Wellness
27. Buitenschoolse opvang voor kinderen met een handicap
28. Sonogram in het kader van in vitro fertilisatie
29. Vakanties voor volwassenen
30. Dienst vrijwilligers
31. Oncorevalidatie
32. Preventieve onderzoeken
33. Sociaal fonds
34. Dienstencheques
35. Ziekenvervoer
36. Zorgverblijven
37. Luisterlijn
38. Dienst jongeren
39. Oppas zieke kinderen
40. Geboortepremie/adoptiepremie
41. Miniboetiëk
42. Gezinszorg en thuishulp van huishoudelijke aard
43. Kraamzorg
44. Dag- en nachtopvang zorgbehoevenden
45. Dienst kortverblijf
46. Uitlenen van materiaal
47. Personenalarmsysteem
48. Klantenverdediging

- C. Daarnaast organiseert het ziekenfonds de volgende diensten, bedoeld in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I), verplicht voor alle leden van het ziekenfonds, die noch verrichtingen noch verzekeringen (noch-noch diensten) zijn en niet tot doel hebben om een tegemoetkoming te creëren wanneer er zich een onzekere en toekomstige gebeurtenis voordoet:
1. 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
 2. Administratief centrum (code 98/2)
 3. Dienst patrimonium
 4. Sociale dienst
 5. Dienst informatie aan de klanten
- D. Daarnaast biedt het ziekenfonds de mogelijkheid aan zijn leden om zich aan te sluiten bij de verzekeringsproducten die worden aangeboden door 'MLOZ Insurance', verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand, (identificatienummer 750/01), 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.
- E. Het ziekenfonds heeft eveneens tot doel aan de leden en de personen te hunnen laste de statutaire voordelen te laten genieten die verleend worden door de landsbond waarbij het aangesloten is.
- De aansluiting bij de verplichte diensten van de landsbond waarbij het aangesloten is, is voor alle leden verplicht, evenals de betaling van de bijdragen daarvoor.
- F. Het ziekenfonds ontzegt zich iedere inmenging in politieke of levensbeschouwelijke aangelegenheden en draagt er zorg voor de overtuiging van de leden nauwgezet te eerbiedigen.
- G. Het behoort eveneens tot de doeleinden van Het ziekenfonds te beschikken over aangepaste infrastructuur om de doelstellingen zoals voorzien in artikel 2 A t.e.m. 2 D te realiseren.

H. Het bedrag dat door het ziekenfonds toegekend wordt aan de vzw Servoz voor de ter beschikking stelling van de infrastructuur die nodig is voor de uitvoering van haar wettelijke opdrachten wordt opgenomen in een samenwerkingsakkoord tussen de vzw en het ziekenfonds.

Artikel 3. Zetel en werkingsgebied

De zetel van het ziekenfonds is gevestigd te 2610 Wilrijk, Boomsesteenweg 5. Het werkingsgebied strekt zich uit over het volledige Belgische grondgebied behalve indien de wet of deze statuten anders bepalen.

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 of van de regionale maatschappij van onderlinge bijstand van de Onafhankelijke Ziekenfondsen voor het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad, wanneer de aansluiting bij een dergelijke regionale maatschappij van onderlinge bijstand voor hem verplicht is gemaakt door de regionale reglementering waarvan hij afhangt.

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

2° hetzij slechts voor de diensten 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 (HZIV); wordt gelijkgeschakeld met deze persoon, de persoon die gewoonlijk in België verblijft maar die, in toepassing van de artikelen 17, 24 of 26 van het reglement (EG) 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels, of van elke andere gelijkaardige bepaling vastgelegd in een internationaal akkoord, is onderworpen aan de wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van een andere staat dan België en die een formulier S1 of elk ander gelijkwaardig document bij de HZIV indient om te kunnen genieten, ten laste van het land waarin deze onderworpen is aan de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, van de prestaties die voorzien zijn door de voornoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994;
- hij is, voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, ingeschreven bij de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ)/Stelsel Overzeese Sociale Zekerheid;
- hij heeft recht op de terugbetaling van gezondheidszorgen krachtens het statuut van een instelling van Europees of internationaal recht gevestigd in België;
- hij is niet meer onderworpen aan de verplichte verzekering ingevolge een opdracht in het buitenland voor rekening van een Belgische regering;
- hij maakt deel uit van het personeel van een ambassade of consulaat, in België gevestigd, dat in toepassing van de Conventies van Wenen van 1961 en 1963 voor geneeskundige verstrekkingen verzekerd moet zijn ten laste van het zendland;
- hij bevindt zich in een situatie bedoeld in artikel 3ter, 1°, 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.
- hij is onderworpen aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van een ander land dan België, en verblijft langer dan 3 maanden in België en is houder van een Europese ziekteverzekerskaart.

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). In dit laatste geval, is de persoon eveneens aangesloten bij de diensten van de landsbond 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).

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

- om in voorkomend geval, met inachtneming van de van toepassing zijnde wettelijke, reglementaire en statutaire bepalingen, deel te nemen aan het voorhuwelijks sparen, bedoeld in artikel 7, § 4, van de wet van 6 augustus 1990, georganiseerd door de landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten;
- om zich aan te sluiten bij de regionale maatschappij van onderlinge bijstand “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.

§4 Door de aanvaarding kan de rechthebbende beroep doen op de in artikel 2B van de statuten vastgestelde voordelen volgens de beschikbare middelen op dat moment. Het ziekenfonds behoudt

zich het recht voor een aansluiting te weigeren rekening houdend met de bepalingen van de wet van 6 augustus 1990.

§5 Alle rechthebbenden, conform huidig artikel aangesloten bij Helan Onafhankelijk ziekenfonds, zijn tevens aangesloten bij de diensten van Helan Onafhankelijk ziekenfonds georganiseerd door de verbonden VZW's waarmee Helan Onafhankelijk ziekenfonds een samenwerkingsakkoord heeft gesloten.

Artikel 6. 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 die volgt op de ondertekening van de aanvraag tot inschrijving;
2. voor een persoon die als gerechtigde bij een ziekenfonds aangesloten was voor de aanvullende verzekering en die zich als gerechtigde inschrijft bij een ander ziekenfonds, vanaf de eerste dag van het trimester van de inwerkingtreding van deze aansluiting;
3. voor een persoon die als persoon ten laste bij een ziekenfonds aangesloten was voor de aanvullende verzekering en die zich als gerechtigde inschrijft bij een ander ziekenfonds, de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van de aanvraag tot inschrijving;
4. voor een persoon die als gerechtigde bij een ziekenfonds aangesloten was voor de aanvullende verzekering en die zich als persoon ten laste inschrijft bij een ander ziekenfonds, de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van de aanvraag tot inschrijving;
5. voor een persoon bedoeld in artikel 5, § 1, 2°, alsook voor de personen die voor de eerste keer zijn aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds, de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van de aanvraag tot inschrijving;
6. voor een persoon die als persoon ten laste bij een ziekenfonds aangesloten was voor de aanvullende verzekering en die zich als persoon ten laste inschrijft bij een ander ziekenfonds, de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van de aanvraag tot inschrijving.

Artikel 7. Aanvang van de aansluiting bij de verplichte verzekering

De datum waarop de aansluiting als lid van de activiteiten voorzien in artikel 2A van deze statuten wordt vastgelegd door de bepalingen van de wet van 14 juli 1994 of haar uitvoeringsbepalingen.

Artikel 8. Types van leden

§ 1. Inleiding

Naargelang zijn toestand m.b.t. het niveau van de betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 6 van deze statuten, 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 personen die als persoon ten laste bij een lid zijn ingeschreven en die recht op voordelen verkrijgen uit hoofde van dit lid, worden ingedeeld volgens hetzelfde type als de gerechtigde ten laste van dewelke zij zijn ingeschreven.

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 federale verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkering en van de regionale verplichte verzekering. Er kan geen compensatie gebeuren tussen de onbetaalde bijdragen van de aanvullende verzekering en de prestaties van de federale verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en van de regionale verplichte verzekering.

§ 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 6:

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.

2° Voor de periode van 23 maanden die voorafgaat aan de maand waarin de gebeurtenis die krachtens de statuten aanleiding kan geven tot uitkering van het voordeel heeft plaatsgevonden.

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.

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 6, vijf jaar na het einde van de maand waarop de onbetaalde bijdragen betrekking hebben, verjaart.

Geen enkele persoon kan de hoedanigheid van een lid van een ziekenfonds waarvan de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van deze diensten opgeheven is, vóór 1 januari 2022 verwerven.

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

Indien een persoon niet in regel is met de bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering

in de zin van artikel 6, voor een periode die niet verder teruggaat dan de 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.

Wanneer de persoon ten laste van een gerechtigde van wie de mogelijkheid om voordelen van de aanvullende verzekeringen te genieten, is geschorst, zelf voor de eerste maal gerechtigde wordt, wordt deze persoon op het ogenblik van de inwerkingtreding van zijn aansluiting als gerechtigde, beschouwd als een lid in de zin van artikel 9 §2 van huidige statuten.

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

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

In afwijking hiervan kan geen enkele persoon de hoedanigheid van een lid van een ziekenfonds waarvan de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van deze diensten opgeheven is, vóór 1 januari 2022 verwerven.

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 6 na een opeenvolgende periode van 24 maanden waarvoor de bijdragen voor deze diensten moeten betaald geweest zijn zonder enig voordeel van de aanvullende verzekering te kunnen genieten.

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

1° gedurende de periode tijdens dewelke het lid, dat begonnen is met de betaling van de bijdragen voor een daaropvolgende periode, door de wet verhinderd is te betalen omdat hij zich in een toestand van collectieve schuldenregeling of van faillissement bevindt;

2° gedurende de periode tijdens dewelke het lid, dat begonnen is met de betaling van de bijdragen voor een daaropvolgende periode, de hoedanigheid van gerechtigde heeft verloren en persoon ten laste is van een gerechtigde die niet in regel is met de betaling van de bijdragen voor de aanvullende verzekering.

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

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

Wanneer de persoon ten laste van een gerechtigde van wie de mogelijkheid om voordelen van de aanvullende verzekeringen te genieten, is opgeheven, zelf voor de eerste maal gerechtigde wordt, wordt deze persoon op het ogenblik van de inwerkingtreding van zijn aansluiting als gerechtigde, beschouwd als een lid in de zin van artikel 9 §2 van huidige statuten.

Artikel 9. 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.

Artikel 10. 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 11. Opheffing van de mogelijkheid om te genieten van voordelen van de diensten van de aanvullende verzekering wegens niet-betaling van de bijdragen

Wanneer de bijdragen voor de diensten en verrichtingen georganiseerd door het ziekenfonds niet

betaald worden voor een periode van 24 maanden (niet noodzakelijk opeenvolgend) wordt de mogelijkheid om te kunnen genieten van deze diensten en verrichtingen opgeheven nadat hen, uiterlijk in de loop van de maand die volgt op de 21^{ste} maand, een schrijven toegestuurd werd. Het 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 het ziekenfonds te genieten, met ingang van de eerste dag 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.

Het lid, aangesloten bij de VMOB MLOZ Insurance voor een verzekering, ontvangt voormelde kennisgeving van opheffing per aangetekende schrijven (brief of mail). Dit schrijven heeft de stopzetting van zijn verzekeringscontract tot gevolg.

Artikel 12. Uitsluiting om andere redenen

- A. Kunnen als lid van de diensten bedoeld in artikel 2.A. en 2.B. en C. 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. en C., 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 13. 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. – De bestuursorganen

Overeenkomst artikel 44 §4 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, zullen de Algemene Vergadering en de Raad van Bestuur van het ziekenfonds, tot aan de mutualistische verkiezingen van 2022, samengesteld zijn uit de leden van respectievelijk de Algemene Vergadering en de Raad van Bestuur van de fuserende entiteiten.

Voor de mutualistische verkiezingen van 2022 (en de daarna volgende) zullen onderstaande regels worden gehanteerd voor de samenstelling van de beheersorganen, dit conform de voormelde wet van 6/8/1990 en diens uitvoeringsbesluiten.

Afdeling 1 - De Algemene Vergadering van het ziekenfonds

A. Samenstelling

Artikel 14. Samenstelling van de Algemene Vergadering

De Algemene Vergadering bestaat uit één vertegenwoordiger per volledige schijf van 1.000 leden indien het ziekenfonds niet meer dan 75.000 leden telt.

Telt het ziekenfonds meer dan 75.000 leden doch minder dan 505.000 leden, dan is de Algemene Vergadering samengesteld uit ten minste 75 vertegenwoordigers voor de eerste schijf van 75.000 leden, en ten minste één vertegenwoordiger per volledige schijf van 10.000 leden boven de 75.000 leden.

Telt het ziekenfonds meer dan 505.000 leden, dan is de Algemene Vergadering samengesteld uit ten minste 118 vertegenwoordigers vermeerderd met 25 vertegenwoordigers per volledige schijf van 20.000 leden boven de 505.000 leden met een maximum van 250 leden.

De "*leden*" in de zin van huidig artikel, die in aanmerking worden genomen om het aantal vertegenwoordigers te bepalen in de Algemene Vergadering, zijn de gerechtigden die deel uitmaken van het ledenbestand per 30 juni van het jaar dat voorafgaat aan het jaar waarin deze aantallen moeten vastgesteld worden, zoals blijkt uit de staten opgesteld door het RIZIV bij toepassing van artikel 345, tweede lid, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

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

Artikel 15. Kiesomschrijvingen

Met het oog op de verkiezingen van de vertegenwoordigers voor de Algemene Vergadering wordt het ziekenfonds ingedeeld in 1 kiesomschrijving.

Artikel 16. Aantal vertegenwoordigers kiesomschrijving

Binnen de 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 de kiesomschrijving behoort, volgens de quota's van artikel 14.

Artikel 17. 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 vrij van voogdij zijn en op aanvraag, een uittreksel uit het strafregister kunnen voorleggen dat geen criminele of correctionele veroordeling bevat.
 - 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) en om vertegenwoordiger te blijven in de Algemene Vergadering moeten de leden of personen ten laste:
- stemgerechtigd 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; wanneer een ziekenfonds overgenomen zal worden door een ander ziekenfonds in het kader van een fusie die in werking treedt op 1 januari van het jaar waarin de verkiezing van de algemene vergadering van het overnemende ziekenfonds zal plaatsvinden, worden de personen aangesloten bij het ziekenfonds dat overgenomen wordt beschouwd als personen aangesloten bij van het overnemende ziekenfonds;
 - op het moment van de oproep tot kandidaatstelling sedert minstens 2 jaar aangesloten zijn bij het ziekenfonds. De aansluitingsperiode bij een ander ziekenfonds dat met het

- ziekenfonds gefuseerd heeft wordt meegeteld;
- geen rechtsvervolgung tegen het ziekenfonds ingesteld hebben;

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

B. Verkiezingsprocedure

Artikel 18. Oproep tot kandidaturen

Door middel van de publicaties op website en elektronische nieuwsbrief of klantenmagazine 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, de te vervullen voorwaarden om verkozen te worden en de wijze van kandidatuurstelling;
- de uiterste datum voor het indienen van de kandidaturen;
- de indeling van de kiesomschrijving(en) en het aantal mandaten per kiesomschrijving;
- de data die uit de verkiezingsprocedure voortvloeien.

De oproep gebeurt uiterlijk op 31 oktober van het jaar voorafgaand aan het jaar waarin de mutualistische verkiezingen zullen plaatsvinden.

Artikel 19. Kandidaatstelling

De kandidatuurstelling, vergezeld van een motivatie, gebeurt per aangetekende brief of per aangetekende e-mail gericht aan de voorzitter van het ziekenfonds uiterlijk op 30 november van het jaar voorafgaand aan het jaar waarin de mutualistische verkiezingen zullen plaatsvinden.

De voorzitter, die vaststelt dat de kandidaat niet aan de bij artikel 17 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, uiterlijk op 31 december van het jaar voorafgaand aan het jaar waarin de mutualistische verkiezingen zullen plaatsvinden.

De kandidaat die deze weigering betwist, kan – zoals geldt voor alle betwistingen m.b.t. de mutualistische verkiezingen - een beroep doen op of een klacht neerleggen bij de CDZ in overeenstemming met artikel 47 van het Koninklijk Besluit van 7 maart 1991.

Artikel 20. Opstelling van de kandidatenlijsten

De Raad van Bestuur van het ziekenfonds maakt de lijst van de effectieve kandidaten op, rekening houdend met de beslissingen van de CDZ met betrekking tot de klachten tegen een weigering van

kandidatuurstelling door de voorzitter, zoals bepaald in artikel 19.

De Raad van Bestuur bepaalt de volgorde waarin de kandidaten op de lijst voorkomen. Alle kandidaten moeten op de lijst vermeld staan.

Deze lijsten worden overgemaakt aan het kiesbureau.

Artikel 21. Mededeling van de kandidatenlijsten

De lijst met de kandidaten die aan de verkiesbaarheidsvoorwaarden voldoen, moet via publicaties op de website en in het klantenmagazine of elektronische nieuwsbrief aan de stemgerechtigde personen worden meegedeeld uiterlijk op 28 februari van het jaar waarin de mutualistische verkiezingen zullen plaatsvinden.

Artikel 22. Opsturen van de oproepingen voor de stemming en mededeling verkiezingsdatum

In geval een stemming moet georganiseerd worden, en er dus meer kandidaten zijn dan in te vullen mandaten, worden de oproepingen voor de stemming met steminstructies op basis van de definitieve lijsten van de kandidaturen met de mededeling van de verkiezingsdatum per e-mail of per brief opgestuurd naar alle leden en naar hun stemgerechtigde personen ten laste, uiterlijk op 15 maart van het jaar waarin de mutualistische verkiezingen zullen plaatsvinden.

De verkiezingen vinden plaats ten vroegste 8 kalenderdagen na het opsturen van de oproepingen.

Artikel 23. 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 24. 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.

Artikel 25. Verloop van de stemming

De stemming is niet verplicht.

De stemming is geheim.

De stemming per volmacht is verboden.

De Voorzitter van het kiesbureau stuurt aan de leden een oproepingsbrief (per post of per mail) met de steminstructies uiterlijk op 15 maart van het jaar waarin de mutualistische verkiezingen zullen plaatsvinden.

De stemming gebeurt elektronisch ter plaatse op de daartoe aangeduide vestigingen van het ziekenfonds of op afstand voor zover tegemoetgekomen wordt aan de door de CDZ vastgestelde voorwaarden.

Bij ontstentenis van elektronische stemming, wordt stemming per brief georganiseerd waarbij de oproepingsbrief vergezeld zal zijn van een stembiljet.

De stemming gebeurt in dat geval volgens de hierna beschreven procedure:

- 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 het ziekenfonds, Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk*'.

Deze omslag vermeldt op de rugzijde de identiteit van de afzender, zijn adres 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 post met de tweede omslag, voorzien van het voorgedrukte adres, de gesloten blanco omslag met het stembiljet erin.

Deze zending moet aankomen voor de sluiting van de stemming, waarvan de datum vermeld wordt op de stembrief en wordt in een daartoe bestemde verzegelde bus bewaard in het ziekenfonds onder toezicht van de secretaris van het kiesbureau.

De biljetten die na deze datum aankomen, zullen nietig beschouwd worden. De door het kiesbureau opgemaakte lijsten zullen als bewijs gelden van de ontvangst door het ziekenfonds.

Artikel 26. Uitbrengen van de stemmen

De kiezer mag stemmen voor de lijst volgens de volgorde opgesteld door de Raad van Bestuur of voor één bepaalde kandidaat. De lijst wordt opgesteld in alfabetische volgorde van de naam van de kandidaten, alternerend mannen en vrouwen en beginnend met de letter die door de voorzitter via loting wordt bepaald.

De naamstem wordt uitgebracht in het stemvak achter de naam en voornaam van de kandidaat aan wie de kiezer zijn stem wil geven.

Artikel 27. 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 zevende 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.

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

De lijst van de plaatsvervangers wordt opgesteld in functie van het aantal stemmen dat deze personen hebben behaald bij de verkiezingen.

Zijn ongeldig:

- andere stembiljetten dan die welke aan de kiezer zijn overhandigd;
- stembiljetten waarop niet gestemd is;
- stembiljetten waarop meerdere stemmen worden uitgebracht;
- stembiljetten met schrappingen of overschrijvingen;
- stembiljetten die samen in dezelfde enveloppe worden verstuurd;
- stembiljetten die de identificatie van de kiezer mogelijk maken;
- stembiljetten die na de sluiting van de stemming aankomen.

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 stemming werd gehouden omwille van de redenen vermeld in artikel

28 van deze statuten.

Artikel 28. Vrijstelling van de verplichting om over te gaan tot een stemming

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, wordt er in de betrokken kiesomschrijving geen enkele stemming georganiseerd en wordt de algemene vergadering geacht rechtsgeldig te zijn samengesteld tot de volgende mutualistische verkiezingen.

Artikel 29. Bekendmaking van de resultaten

De leden en de stemgerechtigde personen ten laste worden, via de website en elektronische nieuwsbrief of klantenmagazine, ingelicht over de uitslagen van de stemming, uiterlijk vijftien kalenderdagen na de dag van de stemming of na de vaststelling dat niet overgegaan moet worden tot een stemming gelet op het feit dat het aantal kandidaten voor het geheel van het ziekenfonds kleiner of gelijk is aan het aantal toe te kennen effectieve mandaten.

Artikel 30. Publicaties in verband met de verkiezingen

Een exemplaar van het kiesreglement en van de publicaties (berichtgevingen) bedoeld bij artikelen 18 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 CDZ, binnen de dertig dagen na datum van afsluiting van de verkiezingsperiode.

C. Installatie van de Algemene Vergadering en verlies hoedanigheid

Artikel 31. Installatie van de Algemene Vergadering en raadgevers

De nieuwe Algemene Vergadering wordt uiterlijk op 30 juni van het jaar waarin de mutualistische verkiezingen hebben plaatsgevonden geïnstalleerd.

De vervanging van overleden, ontslagnemende of overeenkomstig artikel 32 van deze statuten afgezette vertegenwoordigers gebeurt bij de eerstvolgende Algemene Vergadering door het oproepen van de eerst verkozen plaatsvervangers in de kiesomschrijving in kwestie.

Indien het aantal mandaten, zoals vereist door artikel 14 niet of niet meer bereikt wordt en er geen plaatsvervangers zijn of geen plaatsvervangers meer zijn, wordt de algemene vergadering

toch geacht rechtsgeldig te zijn samengesteld tot de volgende mutualistische verkiezingen.

De algemene vergadering kan maximum vijf raadgevers bij de algemene vergadering aanduiden.

Deze hebben raadgevende stem.

De personen die in het ziekenfonds hetzij belast zijn met de globale verantwoordelijkheid voor het dagelijks bestuur hetzij een andere leidinggevende functie of een directiefunctie uitoefenen, kunnen de vergaderingen van de algemene vergadering met raadgevende stem bijwonen.

Bovendien kan de landsbond waarbij een ziekenfonds is aangesloten ook een persoon aanduiden om hem te vertegenwoordigen in de algemene vergadering van dat ziekenfonds met raadgevende stem.

Artikel 32. Verlies van hoedanigheid van lid van de Algemene Vergadering

Verliezen automatisch hun hoedanigheid van afgevaardigde:

- diegene die niet langer aangesloten is bij het ziekenfonds;

Verliezen bij beslissing (conform de procedure zoals opgenomen in artikel 36 van de statuten) van de Algemene Vergadering hun hoedanigheid van afgevaardigde:

- diegene die twee opeenvolgende keren zonder gemotiveerde reden afwezig is op de Algemene Vergadering;
- diegenen die een bestuurslid van het ziekenfonds 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;
- diegene die in de loop van het mandaat een bezoldiging van het ziekenfonds ontvangt.

D. Bevoegdheden en werking van de Algemene Vergadering

Artikel 33. 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 en de handelingen betreffende de vereffening van het ziekenfonds ;
- de oprichting van een maatschappij van onderlinge bijstand bedoeld in artikel 43 bis van de wet van 6 augustus 1990.

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

Deze aanpassingen worden aan de CDZ 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 34. Oproeping van de Algemene Vergadering

De Algemene Vergadering wordt door de Raad van Bestuur of door de Voorzitter bij delegatie door de Raad van Bestuur 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 per e-mail of - wanneer een lid hier uitdrukkelijk om verzoekt - per brief bijeengeroepen. De uitnodiging behoort uiterlijk twintig kalenderdagen voor de datum van de vergadering verstuurd te worden en moet de agenda bevatten.

Artikel 35. 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 ;
- de opbrengst van de ledenbijdragen en de bestemming ervan, opgesplitst over de verschillende diensten ;

- 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 ;
- 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 36. 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 beraadslaagt ongeacht hoeveel leden aanwezig zijn en ongeacht het onderwerp van de beraadslaging.

§ 1 De Algemene Vergadering wordt in principe gehouden met fysieke aanwezigheid.

Teneinde een zo groot mogelijk aantal verkozenen in staat te stellen deel te nemen aan de vergaderingen van de Algemene Vergadering, kan de Raad van Bestuur (of de voorzitter in het kader van de bevoegdheden die aan hem gedelegeerd zijn) in de volgende mogelijkheid voorzien:

- om op afstand aan de vergadering deel te nemen via videoconferentie,
- om op afstand te stemmen vóór de vergadering.

De Raad van Bestuur waakt erover:

- dat de veiligheid van het elektronische communicatiemiddel is gewaarborgd;
- dat het mogelijk is om de hoedanigheid en de identiteit van de verkozenen die stemmen te controleren.

§ 2. In afwijking van § 1 kan de Raad van Bestuur een vergadering van de Algemene Vergadering uitsluitend via videoconferentie of via schriftelijke raadpleging organiseren wanneer uitzonderlijke omstandigheden of de dringende noodzaak dat vereisen.

Onder de termen “uitzonderlijke omstandigheden” moet men verstaan: “elke omstandigheid die het houden van een vergadering met fysieke aanwezigheid onmogelijk maakt of verbiedt”.

Onder de termen “dringende noodzaak” moet men verstaan: “elke situatie die vereist dat er snel

wordt gehandeld om schade te vermijden of om de termijn waarin een beslissing moet worden genomen te respecteren”.

§ 3. De convocatietermijnen, het aanwezigheidsquorum en de vereiste meerderheid zoals voorzien in de wet van 6 augustus 1990 of deze statuten opdat de beraadslagingen van de Algemene Vergadering geldig zouden zijn, blijven van toepassing in de situaties bedoeld in § 1 en 2.

Voor het te bereiken quorum, worden de verkozenen die aan de Algemene Vergadering deelnemen via videoconferentie of die hun stem schriftelijk hebben meegedeeld of die vóór de vergadering op afstand hebben gestemd, geacht aanwezig te zijn op de vergadering. In dat geval hebben de verkozenen natuurlijk geen recht op een vergoeding voor hun reiskosten of maaltijden.

De statutaire bepalingen betreffende de mogelijkheid om een volmacht te geven, zijn eveneens van toepassing wanneer de vergadering per videoconference wordt gehouden overeenkomstig § 2 of voor de verkozenen die per videoconference aan de vergadering deelnemen overeenkomstig § 1. Wanneer de vergadering gehouden wordt via schriftelijke raadpleging, mogen geen volmachten gegeven worden.

§ 4. De uitnodiging voor de zitting van de Algemene Vergadering vermeldt de vergaderwijze en indien nodig, de uitzonderlijke omstandigheden en/of de urgentie die geleid hebben/heeft tot deze keuze.

Ze vermeldt in voorkomend geval een heldere en nauwkeurige beschrijving van de procedures met betrekking tot de deelname op afstand of per schriftelijke raadpleging, de mogelijkheid om zijn stem uit te brengen vóór de vergadering en of het mogelijk is om een volmacht te geven aan een andere verkozene.

§ 5. Wanneer de vergadering per videoconference wordt georganiseerd, moet het elektronische communicatiemiddel de verkozenen in staat stellen om rechtstreeks, gelijktijdig en ononderbroken kennis te nemen van de besprekingen in de Algemene Vergadering en hun stemrecht uit te oefenen over alle punten waarover de Algemene Vergadering zich moet uitspreken. Het elektronische communicatiemiddel moet de verkozenen ook in staat stellen om aan de beraadslagingen deel te nemen en vragen te stellen.

§ 6. Wanneer gekozen wordt voor een schriftelijke raadpleging:

- bevat de uitnodiging de agenda van de vergadering, de redenen voor de schriftelijke raadpleging, de informatie die nodig is om vragen te kunnen uitwisselen en een stembiljet met de vermeldingen ‘ja’, ‘neen’ of ‘onthouding’
- vermeldt de uitnodiging de termijn waarbinnen de stem moet worden meegedeeld, het postadres en/of elektronisch adres waarnaar de stembiljetten gestuurd moeten worden
- de uitnodiging vermeldt ook binnen welke termijn vragen schriftelijk mogen worden gesteld;

de Raad van Bestuur ziet erop toe dat de antwoorden op de vragen beschikbaar zijn voor alle verkozenen zodat deze laatsten er rekening mee kunnen houden bij de stemming en/of hun uitgebrachte stem kunnen aanpassen in functie van deze vragen en antwoorden.

Als een schriftelijke raadpleging via de post beantwoord wordt, wordt rekening gehouden met de poststempel om te bepalen of de stem op tijd werd uitgebracht. Om te kunnen worden meegeteld, moet de stem echter uiterlijk 3 werkdagen na het verstrijken van de voornoemde periode zijn ontvangen.

Bij de schriftelijke procedure kunnen de leden tot vier werkdagen vóór de vergadering hun opmerkingen over en/of hun instemming met/afwijzing van de verschillende punten kenbaar maken. Een ontwerp van de notulen met de opmerkingen/goedkeuringen van de leden zal ter validering aan de leden worden bezorgd.

§ 7. De notulen van de vergadering vermelden de vragen die gesteld werden en de opmerkingen die geformuleerd werden, alsook de antwoorden daarop, de stemmen die werden uitgebracht en de beslissingen die genomen werden, samen met:

1. het aantal aanwezige verkozenen
2. indien van toepassing, het aantal verkozenen dat een volmacht gegeven heeft
3. het aantal verkozenen die niet aanwezig en niet vertegenwoordigd zijn
4. de vergaderwijze en indien nodig, de uitzonderlijke omstandigheden en/of de urgentie die geleid hebben/heeft tot deze keuze.
5. de eventuele technische problemen en incidenten die de elektronische deelname of stemming hebben verhinderd of verstoord
6. het aantal verkozenen dat via videoconferentie heeft deelgenomen en het aantal verkozenen dat fysiek aanwezig was
7. indien van toepassing, het aantal verkozenen dat vanop afstand gestemd heeft vóór de vergadering

De notulen of de aanwezigheidslijst bevatten/bevat bovendien:

1. de identiteit van de aanwezige verkozenen
2. de identiteit van de verkozen die een volmacht gegeven hebben en aan wie
3. de identiteit van de verkozenen die niet aanwezig en niet vertegenwoordigd waren
4. indien van toepassing, de identiteit van de verkozenen in functie van de manier waarop deelgenomen werd aan de vergadering (fysiek aanwezig, videoconferentie of schriftelijke raadpleging)

§ 8. De Raad van Bestuur kan de bijeenroeping van de Algemene Vergadering en de bevoegdheden

beoogd in § 1, 2 en 6 conform de bepalingen van de wet van 6 augustus 1990 delegeren.

§9. 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.

§10. Het mandaat van een lid van de Algemene Vergadering is onbezoldigd. De kosten worden evenwel bij elke Algemene Vergadering aan de afgevaardigde vergoed (zie bijlage aan huidige statuten).

Artikel 37. Buitengewone Algemene Vergadering

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

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 beraadslaat ongeacht hoeveel leden aanwezig zijn. De oproepingstermijn wordt hier beperkt tot 8 dagen.

Artikel 38. 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 (maximaal 2 keer hernieuwbaar).

De revisor(en) woont (wonen) de Algemene Vergadering bij als deze beraadslaagt over een door hem (hen) opgemaakt verslag.

De revisor(en) heeft (hebben) het recht op de Algemene Vergadering het woord te voeren met betrekking tot de vervulling van zijn (hun) taak.

Afdeling 2 - Afvaardiging bij de Algemene Vergadering van de landsbond

Artikel 39. 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 voorgedragen door de Raad van Bestuur en worden verkozen door de Algemene Vergadering.

Om verkozen te kunnen worden als afgevaardigde in de algemene vergadering van de landsbond :
1° mag men geen lid zijn van het personeel van de landsbond of ontslagen zijn als personeelslid van de landsbond omwille van ernstige tekortkoming of van een andere reden bedoeld door de statuten.

2° moet men voldoen aan de eventuele andere bijkomende voorwaarden die in de statuten van de landsbond worden opgenomen.

Artikel 40. 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 41. Verkiezing van de afgevaardigden

De stemming is geheim.

De stemming kan gebeuren per kiesomschrijving.

De stemming kan elektronisch gebeuren ter plaatse of op afstand voor zover tegemoetgekomen wordt aan de door de CDZ vastgestelde voorwaarden.

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

Bij gelijkheid van stemmen voor meerdere kandidaten voor het laatste toe te kennen mandaat, wordt het mandaat toegekend aan de jongste kandidaat.

De vervanging van overleden, ontslagnemende of conform artikel 16 e.v. van de statuten van de Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen afgezette afgevaardigden heeft plaats op de eerstvolgende Algemene Vergadering van het ziekenfonds en verloopt volgens de hierboven beschreven procedure.

De op deze wijze verkozen afgevaardigde voleindigt het mandaat van diegene die hij vervangt.

Afdeling 3 – Verkiezing van de vertegenwoordigers in de Algemene Vergadering van de maatschappijen van onderlinge bijstand waarbij het ziekenfonds aangesloten is

Samenstelling van de Algemene Vergadering

Artikel 42.

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 43.

De Algemene Vergadering van een maatschappij van onderlinge bijstand is samengesteld uit afgevaardigden van alle aangesloten ziekenfondsen, naar rata van één afgevaardigde per volle schijf van 10.000 leden die de hoedanigheid van “gerechtigde” hebben.

Elk aangesloten ziekenfonds is er vertegenwoordigd in verhouding tot het aantal leden van de aangesloten ziekenfondsen, in de zin van artikel 3, §3 van het koninklijk besluit van 7 maart 1991, die eveneens lid zijn van de maatschappij van onderlinge bijstand, op 30 juni van het jaar voorafgaand aan de verkiezing van de leden van de algemene vergadering van de maatschappij van onderlinge bijstand.

Afdeling 4 - Raad van Bestuur van het ziekenfonds

Artikel 44. Samenstelling van de Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur van het ziekenfonds is samengesteld uit minimum 7 leden en maximum 16, waarvan de directeur één bestuurdersmandaat bekleedt, op voorwaarde dat hij verkozen is als bestuurder door de algemene vergadering.

Het aantal bestuurders mag de helft van het aantal leden van de algemene vergadering van het ziekenfonds niet overtreffen.

De eventuele bestuurder(s) bedoeld in artikel 45 (onafhankelijk bestuurder) worden hierbij niet meegerekend.

Niet meer dan 75% van de bestuurders mogen van hetzelfde geslacht zijn.

De Raad van Bestuur mag voor niet meer dan één vierde bestaan uit personen die, in welke vorm dan ook, door het ziekenfonds, de Landsbond en de MOB Zorgkas bezoldigd worden.

Om lid te zijn van de Raad van Bestuur moet men meerderjarig zijn en op verzoek een uittreksel uit het strafregister kunnen voorleggen dat geen vermelding van een strafrechtelijke of correctionele veroordeling bevat. Bovendien moet men voldoen aan de voorwaarden gesteld in artikel 17 B.

Een bestuurder die de leeftijd van 72 jaar bereikt moet evenwel ontslag nemen en het bestuurdersmandaat neerleggen op de eerstvolgende statutaire Algemene Vergadering die de jaarrekeningen goedkeurt. Tot en met de jaarvergadering die de jaarrekening 2024 goedkeurt kan voor twee bestuurders een uitzondering gemaakt worden op deze leeftijdsgrens op basis van kwalificaties en ervaring om de continuïteit te garanderen.

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.

Het ambt van bestuurder is onbezoldigd. Gemaakte onkosten worden vergoed en er kunnen presentiegelden voorzien worden (zie bijlage aan huidige statuten).

De Raad van Bestuur wordt door de Algemene Vergadering verkozen. Er zijn geen raadgevers binnen de Raad van Bestuur.

De personen die in het ziekenfonds hetzij belast zijn met de globale verantwoordelijkheid voor het dagelijks bestuur hetzij een andere leidinggevende functie of een directiefunctie uitoefenen, kunnen de vergaderingen van de raad van bestuur met raadgevende stem bijwonen.

De landsbond waarbij een ziekenfonds is aangesloten kan een persoon aanduiden om hem te vertegenwoordigen in de Raad van Bestuur van dat ziekenfonds met raadgevende stem.

Artikel 45. Onafhankelijk bestuurder

De raad van bestuur van een ziekenfonds kan één of meerdere onafhankelijke bestuurders tellen. Onder "*onafhankelijk bestuurder*" moet worden verstaan een bestuurder die bevoegd is in het domein van de gezondheid en/of op financieel en/of actuariael vlak en die aan de volgende voorwaarden voldoet:

1. geen personeelslid zijn van het ziekenfonds, van de landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten, van een maatschappij van onderlinge bijstand bedoeld in artikel 43bis, § 1, van de voornoemde wet van 6 augustus 1990 waarbij het ziekenfonds is aangesloten of van een maatschappij van onderlinge bijstand bedoeld in artikel 70, § 1, eerste lid, b), van deze wet die aangesloten is bij het ziekenfonds, of van een verzekeringsmaatschappij van onderlinge bedoeld in artikel 43, § 5, of in artikel 70, § 6, van deze wet, waarbij het ziekenfonds is aangesloten of waar het een afdeling van uitmaakt;
2. geen mandaat uitoefenen als lid van de algemene vergadering van het ziekenfonds, van de landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten, van een maatschappij van onderlinge bijstand bedoeld in artikel 43bis, § 1, van de voornoemde wet van 6 augustus 1990 waarbij het ziekenfonds is aangesloten of van een maatschappij van onderlinge bijstand bedoeld in artikel 70, § 1, eerste lid, b), van deze wet die aangesloten is bij het ziekenfonds, of van een verzekeringsmaatschappij van onderlinge bedoeld in artikel 43, § 5, of in artikel 70, § 6, van deze wet, waarbij het ziekenfonds is aangesloten of waar het een afdeling van uitmaakt;
3. geen mandaat uitoefenen als bestuurder van de landsbond waarbij het ziekenfonds aangesloten is, van een medisch-sociale instelling bedoeld in artikel 20, § 3, van de wet van 6 augustus 1990 of van een rechtspersoon of natuurlijke persoon waarmee een entiteit bedoeld onder 1° samenwerkt in toepassing van artikel 43 van deze wet;
4. geen mandaat uitoefenen als onafhankelijk bestuurder van de landsbond waarbij het ziekenfonds aangesloten is en geen mandaat uitoefenen van onafhankelijk bestuurder in de zin van de wet van 13 maart 2016 op het statuut van en het toezicht op verzekerings- of herverzekeringsondernemingen uitoefenen in een verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand bedoeld in artikel 43bis, § 5, of in artikel 70, § 6, van de wet van 6 augustus 1990 waarbij een aangesloten

ziekenfonds is aangesloten of waar een aangesloten ziekenfonds een afdeling van uitmaakt;

5. niet in een hieronder vermelde situatie van belangenconflict zijn:

- a) belangrijk voordeel van vermogensrechtelijke aard ontvangen hebben van een entiteit, een rechtspersoon of een natuurlijke persoon bedoeld onder 1° tot en met 3°;
- b) een betekenisvolle zakelijke relatie hebben of hebben gehad met een entiteit, een rechtspersoon of een natuurlijke persoon bedoeld onder 1° tot en met 3°;
- c) echtgenoot, wettelijk samenwonende partner of bloed- of aanverwant tot de tweede graad zijn van een persoon die zich in een toestand bedoeld onder a) of b) bevindt.

6. geen mandaat uitoefenen als bestuurder van de RMOB's waarbij het ziekenfonds is aangesloten.

Om onafhankelijk bestuurder te blijven in een ziekenfonds moet men aan de voorwaarden blijven voldoen.

Het mandaat van een onafhankelijk bestuurder kan hernieuwd worden naar aanleiding van de volgende mutualistische verkiezingen.

Artikel 46. Verkiezing van de Raad van Bestuur

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

Kandidaturen worden hetzij spontaan hetzij ingevolge een eventuele oproep tot de kandidaten door het ziekenfonds zelf, bij aangetekend en gemotiveerd schrijven, gericht aan de voorzitter van de Raad van Bestuur uiterlijk 12 kalenderdagen voor de Algemene Vergadering.

Onverminderd het recht van de leden van de Algemene Vergadering van het ziekenfonds om zich kandidaat te stellen voor bestuurder, kan de Raad van Bestuur van het ziekenfonds aan de Algemene Vergadering eveneens kandidaten voorstellen.

Alle geldige kandidaten worden op de verkiezingslijst opgenomen. De voorzitter stelt de verkiezingslijst van de geldige kandidaturen op.

De Algemene Vergadering stemt over de lijst bij geheime stemming.

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

Als het aantal kandidaten die aan de verkiesbaarheidsvoorwaarden voldoen groter is dan het aantal te begeven mandaten, vindt er een geheime stemming plaats.

De stemming kan elektronisch gebeuren ter plaatse of op afstand voor zover tegemoetgekomen wordt aan de door de CDZ vastgestelde voorwaarden.

Elk lid van de Algemene Vergadering kan stemmen voor evenveel kandidaten als er te verkiezen bestuurders zijn.

De bestuurders worden verkozen in volgorde van het aantal bekomen stemmen en rekening houdend met artikel 20, §§ 1, 2 en 3, van de wet van 6 augustus 1990 en met artikel 42 van huidige statuten. Als het aantal behaalde stemmen van twee of meerdere kandidaten gelijk is, wordt (worden) het mandaat (de mandaten) toegekend aan de jongste(n).

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

Artikel 47. Verlies van hoedanigheid van bestuurder

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.

De bestuurders die drie keer afwezig zijn binnen een mandaatsperiode zonder gemotiveerde reden, worden, nadat ze gehoord worden, uitgesloten door de Algemene Vergadering met een quorum van twee derden van de aanwezigen.

Artikel 48. De coöptatie van bestuurders

Wanneer de plaats van een bestuurder openvalt vóór het einde van zijn mandaat (door ontslag, uitsluiting, overlijden, het bereiken van de leeftijdsgrens), kan de raad van bestuur een nieuwe bestuurder coöpteren, die aan de verkiesbaarheidsvoorwaarden voldoet en rekening houdend met artikel 20, §§ 1, 2 en 3, van de wet van 6 augustus 1990 en met artikel 42 van de statuten.

In dit geval, moet de eerstvolgende algemene vergadering overgaan tot de verkiezing van de bestuurder die het mandaat van de vorige bestuurder zal volbrengen.

Indien een andere bestuurder dan de gecoöpteerde bestuurder verkozen wordt, eindigt het mandaat van de gecoöpteerde bestuurder na afloop van de algemene vergadering.

Artikel 49. 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 aan de Algemene Vergadering.

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.

De Raad van Bestuur legt elk jaar de jaarrekeningen van het afgelopen boekjaar en het begrotingsontwerp voor het volgende boekjaar ter goedkeuring aan de Algemene Vergadering voor.

Artikel 50. Vergaderingen van de Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur vergadert minstens 4 maal per kalenderjaar.

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.

Vergaderwijze van de Raad van Bestuur:

§ 1 De Raad van Bestuur vindt in principe plaats in aanwezigheid van de bestuurders. Teneinde een zo groot mogelijk aantal bestuurders in staat te stellen deel te nemen aan de vergaderingen van de Raad van Bestuur, kan de voorzitter in de volgende mogelijkheid voorzien:

- om op afstand aan de vergadering deel te nemen via videoconferentie,

- om op afstand te stemmen vóór de vergadering.

De Voorzitter waakt erover:

- dat de veiligheid van het elektronische communicatiemiddel is gewaarborgd;
- dat het mogelijk is om de hoedanigheid en de identiteit van de verkozenen die stemmen te controleren.

§ 2. In afwijking van § 1 kan de voorzitter een vergadering uitsluitend per videoconference en/of via schriftelijke raadpleging organiseren wanneer uitzonderlijke omstandigheden of de urgentie het vereisen.

Met de termen: 'uitzonderlijke omstandigheden' word bedoeld: 'elke omstandigheid die een vergadering met fysieke aanwezigheid onmogelijk maakt of verbiedt'

Met 'urgentie' wordt bedoeld: 'elke situatie waarin snel moet worden opgetreden om schade te voorkomen of om de termijn voor beslissingname na te leven'

§ 3. De convocatietermijnen, het aanwezigheidsquorum en de vereiste meerderheid zoals voorzien in de wet van 6 augustus 1990 of deze statuten opdat de beraadslagingen van de Raad van Bestuur geldig zouden zijn, blijven van toepassing in de situaties bedoeld in § 1 en 2.

Voor het te bereiken quorum, worden de bestuurders die aan de Raad van Bestuur deelnemen per videoconference of die hun stem schriftelijk hebben meegedeeld of die vóór de vergadering op afstand hebben gestemd, geacht aanwezig te zijn op de vergadering. In dat geval hebben de bestuurders natuurlijk geen recht op een vergoeding van hun reiskosten of maaltijden.

De statutaire bepalingen betreffende de mogelijkheid om een volmacht te geven, zijn eveneens van toepassing wanneer de vergadering per videoconference wordt gehouden overeenkomstig § 2 of voor de bestuurders die per videoconference aan de vergadering deelnemen overeenkomstig § 1. Wanneer de vergadering gehouden wordt via schriftelijke raadpleging, mogen geen volmachten gegeven worden.

§ 4. De uitnodiging voor de vergadering van de Raad van Bestuur vermeldt de vergaderwijze en indien nodig, de uitzonderlijke omstandigheden en/of de urgentie die geleid hebben/heeft tot deze keuze.

Ze omschrijft zo nodig ook duidelijk en nauwkeurig de procedures om vanop afstand of per schriftelijke raadpleging deel te nemen, de mogelijkheid om te stemmen vóór de vergadering en of het mogelijk is een volmacht te geven aan een andere bestuurder.

§ 5. Wanneer de vergadering per videoconference wordt georganiseerd, moet het elektronische communicatiemiddel de bestuurders in staat stellen om rechtstreeks, gelijktijdig en ononderbroken kennis te nemen van de besprekingen in de Raad van Bestuur en hun stemrecht uit te oefenen over alle punten waarover de Raad van Bestuur zich moet uitspreken. Het elektronische

communicatiemiddel moet de bestuurders ook in staat stellen om aan de beraadslagingen deel te nemen en vragen te stellen.

§ 6. Wanneer gekozen wordt voor een schriftelijke raadpleging:

- bevat de uitnodiging de agenda van de vergadering, de redenen voor de schriftelijke raadpleging, de informatie die nodig is om vragen te kunnen uitwisselen en een stembiljet met de vermeldingen 'ja', 'neen' of 'onthouding'
- vermeldt de uitnodiging de termijn waarin de stem moet worden meegedeeld, het postadres en/of elektronisch adres waarnaar de stembiljetten gestuurd moeten worden
- de uitnodiging vermeldt ook binnen welke termijn vragen schriftelijk mogen worden gesteld; de voorzitter ziet erop toe dat de antwoorden op de vragen beschikbaar zijn voor alle bestuurders zodat ze daar rekening mee kunnen houden bij de stemming en/of hun uitgebrachte stem kunnen aanpassen in functie van deze vragen en antwoorden.

Als een beroep wordt gedaan op een schriftelijke raadpleging via de post, dan wordt rekening gehouden met de poststempel om te bepalen of de stem op tijd werd uitgebracht. Om te kunnen worden meegeteld, moet de stem echter uiterlijk 3 werkdagen na het verstrijken van de voornoemde periode zijn ontvangen.

Bij de schriftelijke raadpleging kunnen de bestuurders tot vier werkdagen vóór de vergadering hun opmerkingen over en/of hun instemming met/afwijzing van de verschillende punten kenbaar maken. Een ontwerp van de notulen met de opmerkingen/goedkeuringen van de leden zal ter validering aan de leden worden bezorgd.

§ 7. De notulen van de vergadering vermelden de vragen die gesteld werden en de opmerkingen die geformuleerd werden, alsook de antwoorden daarop, de stemmen die werden uitgebracht en de beslissingen die genomen werden, samen met:

1. het aantal aanwezige bestuurders
2. indien van toepassing, het aantal bestuurders dat een volmacht gegeven heeft
3. het aantal bestuurders dat niet aanwezig en niet vertegenwoordigd was
4. de vergaderwijze en indien nodig, de uitzonderlijke omstandigheden en/of de urgentie die geleid hebben/heeft tot deze keuze.
5. de eventuele technische problemen en incidenten die de elektronische deelname of stemming hebben verhinderd of verstoord
6. het aantal bestuurders dat via videoconferentie heeft deelgenomen en het aantal bestuurders dat fysiek aanwezig was
7. indien van toepassing, het aantal bestuurders dat vanop afstand gestemd heeft vóór de vergadering

De notulen of de aanwezigheidslijst bevatten/bevat bovendien:

1. de identiteit van de aanwezige bestuurders

2. de identiteit van de bestuurders die een volmacht gegeven hebben en aan wie
3. de identiteit van de bestuurders die niet aanwezig en niet vertegenwoordigd waren
4. indien van toepassing, de identiteit van de bestuurders in functie van de manier waarop deelgenomen werd aan de vergadering (fysiek aanwezig, videoconferentie of schriftelijke raadpleging)

Deze mogelijkheid geldt ook voor de verschillende comités van de Raad van Bestuur.

Artikel 51. Aanstelling en bevoegdheden van de directeur

De Raad van Bestuur stelt een ziekenfondsdirecteur aan op eensluidend advies van de Raad van Bestuur van de Landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten en dit onder de voorwaarden bepaald door de Raad van Bestuur van die Landsbond.

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

De directeur werd door de Raad van Bestuur belast met het toezicht op het correct verlopen van al de financiële verrichtingen en het bijhouden van de door de reglementering opgelegde boeken, de ontvangsten- en uitgavenstaten, de statistische gegevens. De directeur wordt door de Raad van Bestuur belast met het beheren van de gelden, conform de wettelijke en reglementaire bepalingen en de instructies van de Raad van Bestuur.

Artikel 52. Bevoegdheden van de voorzitter

De voorzitter werd door de Raad van Bestuur belast met de leiding van de Algemene Vergadering en van de Raad van Bestuur; hij waakt over de uitvoering van de door deze organen genomen beslissingen 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.

De voorzitter van de Raad van Bestuur roept de Algemene Vergadering fysiek, via videoconferentie (of een andere vorm van telecommunicatie) of schriftelijke besluitvorming (cfr. artikel 36) bijeen, al dan niet in buitengewone zitting. Zowel de oproeping als de wijze van vergaderen gebeurt mits machtiging van de Raad van Bestuur. Alle leden zijn gebonden door de wijze van vergaderen zoals opgenomen in de oproeping.

Het ziekenfonds treedt – mits delegatie hiertoe door de Raad van Bestuur - 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 heeft de personen aangeduid die het ziekenfonds kunnen vertegenwoordigen, de briefwisseling tekenen, en de betalingen uitvoeren.

De voorzitter werd door de Raad van Bestuur verantwoordelijk gesteld voor de administratie (briefwisseling, processen-verbaal) van de statutaire organen.

Afdeling 5 – Comités van de Raad van Bestuur

Algemene bepalingen voor alle comités:

Artikel 53. Rol, verantwoordelijkheden en bevoegdheden

Binnen de schoot van de Raad van Bestuur kunnen comités worden opgericht.

De comités van de Raad van Bestuur werden door de Raad van Bestuur ermee belast ~~oefenen~~ een adviserende of uitvoerende functie uit te oefenen volgens de beslissing van de Raad van Bestuur. Zij werden door de Raad van Bestuur ermee belast hen bij te staan op specifieke domeinen die zij voldoende in detail behandelen.

De Voorzitter van de Raad van Bestuur stelt aan de Raad van Bestuur de oprichting van Comités voor. De rol en verantwoordelijkheden van ieder Comité alsook het voorzitterschap worden bepaald door de Raad van Bestuur.

Ieder comité heeft de bevoegdheid en de plicht om adequate, noodzakelijke en proportionele middelen te gebruiken om zijn functies te vervullen.

Artikel 54. Samenstelling

Een comité bestaat uitsluitend uit bestuurders.

De aanwijzing van de leden van de Comités is gebaseerd op hun specifieke bekwaamheden en ervaring en op de vereiste competenties die nodig zijn om zijn taken uit te voeren.

De Voorzitter van de Raad van Bestuur kan met raadgevende stem deelnemen aan de vergaderingen van de comités waarvan hij geen deel uitmaakt.

De comités kunnen bovendien iedere persoon uitnodigen waarvan het advies hen opportuun schijnt. Ze kunnen een beroep doen op externe experts, nadat ze de Voorzitter van de Raad van

Bestuur hierover naar behoren hebben geïnformeerd.

De duur van de mandaten binnen de comités valt samen met de duur van de mandaten binnen de Raad van Bestuur. Elk mandaat dat vacant wordt binnen een comité kan worden ingevuld door het benoemen van een nieuw lid. Het nieuwe lid zal het mandaat voleindigen van degene die hij vervangt.

Artikel 55. Vergaderingen

De regels die van toepassing zijn op de vergaderingen van de Raad van Bestuur zijn ook op algemene wijze van toepassing op de vergaderingen van de comités, met dien verstande dat:

- een vergadering pas rechtsgeldig kan beslissen, als ten minste de helft van de leden aanwezig is.
- de besluiten van de comités worden genomen bij unanimité van de aanwezige leden;
- van elke vergadering van een comité notulen worden opgesteld.

Specifieke bepalingen per comité:

Artikel 56. Benoemings-en Remuneratiecomité

Dit comité werd door de Raad van Bestuur ermee belast om de benoemings -en bezoldigingspolitiek binnen het ziekenfonds vast te leggen.

Het werd tevens door de Raad van Bestuur ermee belast de procedure vast te leggen om bestuurders en de directieleden aan te duiden en te evalueren en de procedures vast te leggen van de werking van de raad van bestuur.

De aanwerving en evaluatie van de directieleden wordt gevalideerd door dit comité.

Artikel 57. Beleggingscomité

Het beleggingscomité werd door de Raad van Bestuur ermee belast de beleggingspolitiek vast te leggen. De globale strategie inzake roerende en onroerende beleggingen van het ziekenfonds worden door het beleggingscomité bepaald en gecontroleerd.

Hoofdstuk IV. – Door het ziekenfonds georganiseerde diensten

Artikel 58. Algemene bepalingen

Het ziekenfonds organiseert voor zijn leden en de personen te hunnen laste de in artikel 2B van deze statuten beoogde diensten, overeenkomstig de hierna vastgestelde bepalingen.

Afdeling 1 – Verplichte verzekering

Artikel 59. Verplichte verzekering

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

Afdeling 2 – Gemeenschappelijke bepalingen voor alle andere diensten

Artikel 60. 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.

Een aanvraag voor een tegemoetkoming conform deze statuten kan enkel worden ingediend door de gerechtigde of de meerderjarige personen ten laste.

De tegemoetkomingen worden betaald op basis van het origineel document zoals vereist volgens deze statuten of op basis van een “als dusdanig geldend document”. Dit zijn kopies (op papier of digitaal via ingescande beelden) van deze originele documenten.

De bijdragen zijn op voorhand te betalen, dit wil zeggen voor de periode waarop ze betrekking hebben, overeenkomstig de in artikel 8 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 conform de in artikel 8 van huidige statuten opgenomen bepalingen.

De gerechtigde die in orde is met bijdragen voor 24 opeenvolgende maanden, wordt geacht in orde te zijn voor de volgende 3 maanden. Dit principe laat toe om in afwachting van het ontvangen van de bijdrage, de tegemoetkoming uit te voeren voor de gerechtigde die voordien – 24 maanden – in regel is met de bijdragen.

Bij een eerste aansluiting (gedurende de 24 maanden die volgen op een eerste aansluiting) zal de tegemoetkoming pas toegekend kunnen worden als de bijdrage betaald is voor de maand van aansluiting en voor elke maand die volgt.

Dit principe kan alleen toegepast worden als de klant zich nog niet in een situatie van schorsing van recht bevindt.

Artikel 61. Weigering en limieten van de tegemoetkomingen

- A. De in de afdeling 3 beoogde tegemoetkomingen worden geweigerd indien daadwerkelijk schadeloosstelling verleend werd voor de schade voortkomend uit ziekte, letsels, functionele stoornissen of overlijden, krachtens een wettelijke of reglementaire bepaling.

Zijn de tussenkomsten die overeenkomstig de vorige alinea toegekend worden evenwel kleiner dan de in deze statuten bepaalde tegemoetkomingen, dan wordt door het ziekenfonds tussengekomen ten bedrage van het verschil. De tussenkomsten toegekend aan personen met een sociaal statuut zoals bedoeld in de federale verplichte verzekering mogen evenwel in geen geval lager zijn dan deze die toegekend worden aan de andere personen.

De voordelen die door deze statuten toegekend worden, mogen, gecumuleerd met alle andere wetten of reglementaire tegemoetkomingen, in geen geval de werkelijk door de rechthebbende van het ziekenfonds opgelopen kosten overschrijden.

- 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. Per aangekocht product kan slechts één rechthebbende een tegemoetkoming ontvangen in het kader van huidige statuten.

D. De voordelen van de diensten worden aangeboden volgens de beschikbare middelen

Artikel 62. Verjaring

A. De vordering tot betaling van de in de afdeling 3 van deze statuten beoogde tegemoetkomingen verjaart na twee jaar, nadat zich de gebeurtenis heeft voorgedaan die krachtens de statuten aanleiding kan geven tot uitkering van een voordeel.

De vordering tot betaling van de in de afdeling 3 van deze statuten beoogde sommen welke de betaling van de verleende financiële tegemoetkomingen en uitkeringen tot een hoger bedrag zouden opvoeren, verjaart twee jaar na het einde van de maand waarin die betaling is gedaan.

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

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

C. De vordering tot betaling van de bijdragen voor de in afdeling 3 van deze statuten beoogde diensten verjaart vijf jaar na het einde van de maand waarop de niet betaalde bijdragen betrekking hebben.

D. De vordering tot terugbetaling van de ten onrechte betaalde bijdragen voor de in afdeling 3 van deze statuten beoogde diensten verjaart vijf jaar vanaf de dag van de betaling van de onverschuldigde bijdragen.

E. Een ter post aangetekend schrijven volstaat om de verjaringen te stuiten. De stuiting kan worden hernieuwd.

F. De verjaring wordt geschorst door overmacht. Overmacht dient door degene die het inroept, schriftelijk worden bewezen met de nodige stavingsstukken. Elk geval van overmacht wordt afzonderlijk beoordeeld.

G. Het is het ziekenfonds niet toegestaan van het genot van de verjaring af te zien.

Afdeling 3 – Aanvullende diensten

Artikel 63. Rechthebbenden

De aanvullende diensten zijn zonder leeftijdsgrens toegankelijk tenzij uitdrukkelijk bepaald in huidige statuten.

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 9 van deze statuten.

Artikel 64. Bijdrageplicht

A. De gerechtigde aanvullende diensten heeft als gerechtigde bijdrageplicht voor zijn mutualistisch gezin.

Onder mutualistisch gezin dient te worden verstaan de gerechtigde op geneeskundige verstrekkingen bedoeld in artikel 2, k) van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 alsook de personen te zijnen laste.

B. De gerechtigde aanvullende diensten heeft ondeelbare maandelijkse bijdrageplicht voor zijn mutualistisch gezin als de hoedanigheid van gerechtigde aanvullende diensten gedurende 1 dag van de maand is verworven.

C. Tabel met de verschillende bijdragetarieven wordt in bijlage aan huidige statuten gevoegd.

Artikel 65. Betaling van de bijdragen

De gerechtigde aanvullende diensten heeft ondeelbare maandelijkse bijdrageplicht voor zijn mutualistisch gezin als de hoedanigheid van gerechtigde aanvullende diensten gedurende 1 dag van de maand is verworven.

De bijdragen zijn jaarlijks vooraf, na ontvangst van een overschrijvingsformulier, betaalbaar, behalve indien het lid het systeem van bankdomiciliëring gekozen heeft of de vorderingen digitaal ontvangt. In dat geval worden de bijdragen per kwartaal of per maand betaald.

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 invorderings-procedure door een incassobureau in gang kan zetten. De activering van de invorderings-procedure doet een maximale forfaitaire kost van 50 euro ontstaan.

Conform de bepalingen van artikel 8 van deze statuten worden de leden die in gebreke blijven voor de betaling van hun bijdragen gedurende een periode van 24 maanden (niet noodzakelijk opeenvolgend), opgeheven van hun mogelijkheid om de voordelen van de aanvullende diensten te genieten.

Geen enkele persoon kan evenwel de hoedanigheid verwerven van een lid van een ziekenfonds waarvan de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van deze diensten opgeheven is, vóór 1 januari 2022.

Artikel 66. Tegemoetkomingen - mutatie

De personen ten laste die gerechtigde worden bij een ander ziekenfonds kunnen van de voordelen van de diensten en de verrichtingen genieten tot de einddatum van de maand (dit is de laatste dag van de aansluiting bij het ziekenfonds) waarin de rechthebbende zijn aanvraag voor een inschrijving als gerechtigde bij een ander ziekenfonds ondertekend heeft.

In de overige gevallen van mutatie moet de dekking aanvullende diensten behouden blijven tot de datum van de inwerkingtreding van de aansluiting bij het nieuwe ziekenfonds.

Artikel 67. Raadgevend arts

Het ziekenfonds kan met betrekking tot de aanvullende diensten een raadgevend arts aanduiden en deze belasten met bepaalde opdrachten in het kader van deze diensten.

De opdracht van die raadgevend arts kan niet toegekend worden aan een geneesheer die ook een opdracht vervult als adviserend arts in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Artikel 68. Wachttijd

Door de aanvaarding als rechthebbende aanvullende diensten kan de rechthebbende beroep doen op de bij deze statuten voorziene voordelen en diensten volgens de beschikbare middelen op het betrokken moment, op voorwaarde dat de eventuele wachttijd werd volbracht.

In principe is er geen wachttijd, tenzij anders omschreven bij de diensten.

Artikel 69.

De eventuele tussenkomst voorzien in huidige statuten ingeval de prestaties geleverd zijn door een niet erkende verstrekker of een verstrekker die niet verbonden is via een samenwerkingsakkoord mag de maximale tussenkomst voorzien ingeval de prestaties geleverd zijn door een erkende verstrekker of een verstrekker die verbonden is via een samenwerkingsakkoord niet overschrijden.

Artikel 70. Remgeld kinderen**A. Begunstigden**

Deze dienst voorziet in een tegemoetkoming 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. 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) of een andere wettelijk verplichte verzekering van welke aard dan ook.
- Volgende kosten zijn uitgesloten van tussenkomst
 - o de kosten van de technische prestaties en de niet-medische kosten,
 - o de honorarium- en kamersupplementen,
 - o de remgelden van consultaties of ambulante zorgen toegediend door een arts of geneesheer-specialist op de spoeddienst van een ziekenhuis,
 - o de remgelden voor ambulante zorgen waarvoor er in de verplichte verzekering geen tussenkomst is.

C. Tegemoetkoming

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.

D. Bewijsstukken

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

Artikel 71. Verzorgingsmateriaal : Pruiken – Aangepaste kledij**A. Begunstigden**

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

B. Voorwaarden

- Algemeen: er is enkel een tegemoetkoming indien er geen tegemoetkoming is in het kader van de verplichte ziekteverzekering
- Specifiek voor pruiken: voor rechthebbenden die lijden aan kaalhoofdigheid
- Specifiek voor aangepaste kledij: voor rechthebbenden die lijden aan eczeem, kanker of aan de ziekte van Crohn of stomapatiënten

C. Tegemoetkoming

- Pruiken: een tegemoetkoming wordt verleend die overeenstemt met de RIZIV-tarieven.
- Aangepaste kledij: de tegemoetkoming bedraagt maximaal 75 euro per kalenderjaar

D. Bewijsstuk

- Pruiken: de tegemoetkoming wordt toegekend mits voorlegging van een medisch getuigschrift met vermelding van de oorsprong van de kaalhoofdigheid en de originele factuur.
- Aangepaste kledij: de tegemoetkoming wordt toegekend mits voorlegging van de factuur

Artikel 72. Logopedie

A. Begunstigden

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

B. Voorwaarden

Voor de gewone logopedische behandelingen die niet via een door het ziekenfonds erkend digitaal platform gebeuren:

- Er is enkel een tegemoetkoming indien er geen tegemoetkoming is in het kader van de verplichte ziekteverzekering
- De behandeling wordt door een door het Riziv erkende logopedist geattesteerd.
- Een sessie kan maximaal 30 minuten in beslag nemen. Een sessie die 60 minuten duurt, wordt aldus gezien als 2 sessies.
- Er geldt een maximum van 2 sessies per dag.

Voor de logopedische behandelingen die via een door het ziekenfonds erkend digitaal platform gebeuren:

- De sessie heeft betrekking op de behandeling van stem-en spraakproblemen.
- De behandeling wordt uitgevoerd door een door het Riziv erkende logopedist
- de sessies worden gevolgd via het digitaal platform "TelePHON.digital"
- er is geen cumul met het voordeel medische apps

C. Tegemoetkoming

Voor de gewone logopedische behandelingen die niet via een door het ziekenfonds erkend digitaal platform gebeuren:

- De tegemoetkoming bedraagt maximaal 10 euro per sessie. Het aantal sessies is beperkt tot maximum 150 sessies per 5 kalenderjaren, het bedrag tot maximum 1.500 euro per 5 kalenderjaren.

Voor de logopedische behandelingen die via een door het ziekenfonds erkend digitaal platform gebeuren:

- De rechthebbenden krijgen in 2022 toegang tot het digitaal platform TelePHON.digital waarop ze gedurende dat jaar onbeperkt oefeningen kunnen maken
- De rechthebbenden ontvangen 1 digitaal intakegesprek en een vervolgesprek met een logopedist via voormeld platform
- Er is geen financiële tegemoetkoming voor bijkomende gevolgde sessies via het platform.

D. Bewijsstuk

De tegemoetkoming uit deze dienst voor de gewone logopedische behandelingen wordt toegekend mits voorlegging van één van volgende stukken:

- het typeformulier van het ziekenfonds, naar behoren ingevuld en ondertekend door de logopedist
- een factuur of getuigschrift dat minstens volgende zaken vermeld:
 - o Naam en RIZIV nummer van de logopedist
 - o Prestatiedatum
 - o Betaald bedrag
 - o Handtekening/stempel van de logopedist
 - o Naam en rijksregisternummer van de rechthebbende

Artikel 73. Voetverzorging

A. Begunstigden

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

B. Voorwaarden

- Algemeen:
 - o De voetverzorging wordt uitgevoerd door een pedicure of een door het RIZIV erkend podoloog.
 - o Er is enkel een tegemoetkoming indien er geen tegemoetkoming is in het kader van de verplichte ziekteverzekering
- De rechthebbende voldoet aan één van de volgende criteria in het kader van diabetes:

- Hij/zij heeft een akkoord van de adviserend arts voor een opvolging in een diabetesovereenkomst
- Hij/zij komt in aanmerking voor het zorgmodel diabetes type 2 op basis van het nomenclatuurnummer 102852 vanuit de verplichte ziekteverzekering via de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen, geattesteerd in het voorgaande of lopende kalenderjaar door de huisarts
- Hij/zij beschikt over een lopende toelating voor een diabetesprogramma educatie en zelfzorg op basis van de kennisgeving "bijlage 74" ingevuld door de huisarts en bezorgd aan de adviserend arts van het ziekenfonds
- Hij/zij heeft een geregistreerd zorgtraject opgestart op basis van een zorgtrajectcontract ondertekend door de rechthebbende, de huisarts en de behandelend geneesheer-specialist

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming bedraagt maximaal 5 euro per sessie met een maximum van 4 sessies per kalenderjaar.

D. Bewijsstuk

De tegemoetkoming wordt toegekend mits voorlegging van de factuur/het getuigschrift opgemaakt door de pedicure of podoloog met vermelding van zijn/haar identificatie en deze van de rechthebbende, de data waarop de prestatie plaatsvond en de betaalde prijs.

Artikel 74. Podologische zolen

A. Begunstigden

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

B. Voorwaarden

- De tegemoetkoming geldt enkel voor de podologische zolen zelf. Het onderzoek bij de podoloog komt niet in aanmerking.
- Er is enkel een tegemoetkoming indien er geen tegemoetkoming is in het kader van de verplichte ziekteverzekering
- De zolen worden vervaardigd door een RIZIV 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).

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming is een vast bedrag van 25 euro per podologische zool per kalenderjaar.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van één van volgende stukken:

- het typeformulier van het ziekenfonds, dat door de podoloog ingevuld en ondertekend is,
- een door de podoloog opgemaakte factuur met vermelding van het betaald bedrag en met de melding dat het om podologische zolen gaat.

Artikel 75. Steunkousen

A. Begunstigden

Deze dienst kent tegemoetkoming toe ten gunste van gerechtigde leden en hun personen ten laste voor steunkousen volgens de modaliteiten die hieronder beschreven worden.

B. Voorwaarden

De steunkousen dienen door een arts te worden voorgeschreven ter behandeling van aderspat en moeten bovendien worden aangekocht in een door het ziekenfonds erkende thuiszorgwinkel (zie bijlage).

C. Tegemoetkoming

De kosten voor de aankoop van steunkousen worden terugbetaald met een maximum van 25 euro per kalenderjaar per rechthebbende.

D. Bewijsstuk

De tegemoetkoming wordt toegekend mits voorlegging van de factuur en het voorschrift van de arts die de steunkousen heeft voorgeschreven. De tussenkomst kan via derdebetalersregeling geregeld worden tussen het ziekenfonds en de erkende thuiszorgwinkel.

Artikel 76. Thuiszorgmateriaal

A. Begunstigden

Het ziekenfonds verleent een tegemoetkoming ten gunste van de gerechtigde leden en hun personen ten laste voor de aankoop van thuiszorgmateriaal.

B. Voorwaarden

Er is enkel een tegemoetkoming als het thuiszorgmateriaal is aangekocht bij een door het ziekenfonds erkende derde (zie bijlage).

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming bedraagt 10 % op de aankoopprijs van het thuiszorgmateriaal, uitgezonderd voor volgende producten:

- Bij de aankoop van trapliften bedraagt de tussenkomst 5%

- Bij de aankoop van incontinentie – en antidecubitusmateriaal, materiaal voor rug-en nekklachten bedraagt de tussenkomst 30 % op de aankoopprijs
 - De tussenkomst bedraagt 30% voor hulpmiddelen voor het dagelijkse leven, badkamer en toilet, mobiliteit, veiligheid en verzorging met een maximum van 250 euro per artikel
- D. Bewijsstuk

De tegemoetkoming wordt betaald mits voorlegging van de door de erkende derde opgemaakte factuur.

De tussenkomst kan via derdebetalersregeling geregeld worden tussen het ziekenfonds en de erkende thuiszorgwinkel.

Artikel 77. Veiligheid/Preventiebonus

A. Begunstigde

De dienst kent een tegemoetkoming toe ten gunste van de gerechtigde leden en hun personen ten laste voor de aankoop van producten in verband met veiligheid en preventie.

B. Voorwaarden

- de producten worden aangekocht bij een door het ziekenfonds erkende derde (zie bijlage) en
- het betreft producten ter bevordering van de veiligheid of in het kader van preventie

C. Tegemoetkoming

De aankoopprijs van het product wordt terugbetaald, met een maximum van 25 euro per kalenderjaar.

D. Bewijsstuk

De tegemoetkoming wordt betaald mits voorlegging van de door de erkende derde opgemaakte factuur.

De tussenkomst kan via derdebetalersregeling geregeld worden tussen het ziekenfonds en de erkende thuiszorgwinkel.

Artikel 78. Orthodontie

A. Begunstigde

Deze dienst heeft tot doel een tussenkomst te verlenen in de kosten van een orthodontische behandeling ten gunste van de gerechtigde leden tot 22 jaar (dezelfde leeftijdsgrens die geldt in het kader van de verplichte verzekering voor orthodontische behandelingen).

B. Voorwaarden

- De rechthebbende moet een goedkeuring hebben gekregen van de adviserend arts binnen het kader van de verplichte verzekering voor dezelfde orthodontische behandeling dan deze waarvoor hij in het kader van de huidige dienst een tussenkomst vraagt.
- Om recht te hebben op een tussenkomst moet de rechthebbende zich tot een orthodontist wenden en moet de orthodontische behandeling na 1 januari 2021 opgestart zijn.
- De rechthebbende mag de behandeling niet zelf onderbreken.

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming bedraagt 60% op het remgeld, de materialen en de supplementen, met een maximum van 1.050 euro per leven voor de orthodontische behandeling.

Indien de begunstigde verzekerd is bij de facultatieve verzekering Dentalia Plus van MLOZ Insurance zal de hiervoor vermelde tegemoetkoming berekend worden op het resterend deel dat nog ten laste komt van de rechthebbende na de tussenkomst van de facultatieve verzekering.

Dit zal er evenwel niet toe leiden dat aan de leden met een recht op een verhoogde tegemoetkoming zoals voorzien in de verplichte verzekering, in het geheel minder wordt toegekend dan aan de andere leden.

D. Bewijsstuk

De tegemoetkoming wordt toegekend na voorlegging van het typeformulier van het ziekenfonds, naar behoren ingevuld en ondertekend door de orthodontist of een bewijs van betaling.

Artikel 79. Optiek

1) Brillen, lenzen en oogpleister

A. Begunstigden

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. Voorwaarden

- Er wordt enkel een tegemoetkoming toegekend ingeval de dioptrie verschillend is van 0.
- Er wordt enkel een tussenkomst toegekend in het kader van deze dienst, als er vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen geen enkele tussenkomst wordt verleend d.w.z. voor geen enkel product dat kadert binnen deze dienst.
- De tegemoetkoming is slechts verschuldigd indien de verstrekkingen in België werden uitgevoerd of in een buurland (Nederland, Duitsland, Luxemburg, Frankrijk).

C. Tegemoetkoming

- Voor rechthebbenden tot en met 18 jaar, bedraagt de tegemoetkoming maximum 50 euro per kalenderjaar
- Rechthebbenden die de leeftijd van 19 jaar hebben bereikt, ontvangen een tussenkomst van maximum 30 euro per kalenderjaar.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van één van volgende stukken:

- een afleveringsattest (document 13 Z) opgemaakt door een optiker of een gedetailleerd ontvangstbewijs waarop de voorschrijvend arts en het afgeleverde materiaal vermeld is of
- het typeformulier van het ziekenfonds, naar behoren ingevuld en ondertekend door de optiker of voorschrijvend arts.

2) Ooglasetherapie en lensimplantaten

A. Begunstigden

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

B. Voorwaarden

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

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming bij ooglasetherapie of lensimplantaten bedraagt maximaal 100 euro per oog en is éénmalig (één keer per leven).

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 van het ziekenfonds, naar behoren ingevuld en ondertekend door de zorgverstrekker.

Artikel 80. Slaaptherapie

A. Begunstigden

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

B. 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.

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming bedraagt maximaal 100 euro per rechthebbende en dit maximaal éénmaal om de vijf kalenderjaren.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van één van volgende stukken:

- het typeformulier van het ziekenfonds, dat door de zorgverstrekker ingevuld en ondertekend is
- een door de zorgverstrekker opgemaakte factuur voor de behandeling of de slaapdiagnose patch.

Artikel 81. Medische apps

A. Begunstigden

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. 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 ~~de~~ deze erkend is door mHealth Belgium.

C. Tegemoetkoming

De aankoop van de medische applicatie wordt terugbetaald met een maximum van 20 euro per kalenderjaar per medische app.

D. Bewijsstuk

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

Artikel 82. Osteopathie – chiropraxie – acupunctuur**A. Begunstigden**

Deze dienst kent een tegemoetkoming toe aan de gerechtigde leden en hun personen ten laste voor osteopathie, chiropraxie of acupunctuur of een combinatie van deze behandelingen.

B. Voorwaarden

- Er is maximum 1 tegemoetkoming per dag
- De behandelingen dienen te gebeuren door:
 - o voor osteopathie : door een osteopaat D.O. (diplomated osteopath), die zich heeft aangesloten bij een door de Raad van State erkende beroepsvereniging
 - o Voor chiropraxie: door een chiropractor aangesloten bij de Belgische Vereniging van chiropractors
 - o Voor acupunctuur: door een acupuncturist aangesloten bij de Belgian Acupunctors Federation (BAF), Eufom (Belgische Beroepsfederatie van acupuncturisten of bij de Belgische Vereniging der geneesheer-acupuncturisten)

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming bedraagt maximaal 10 euro per zitting met een maximum van 60 euro per rechthebbende per kalenderjaar (6 zittingen).

D. Bewijsstuk

- Voor osteopathie: een intermutualistisch goedgekeurd standaarddocument
- Voor chiropraxie en accupunctuur: het typeformulier van het ziekenfonds, naar behoren ingevuld of het betalingsbewijs met betrekking tot de verstrekte behandeling

Artikel 83. Vaccins**A. Begunstigden**

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

B. Voorwaarden

- Het gaat om vaccins, erkend in België
- Er is enkel een tegemoetkoming indien er geen tegemoetkoming is in het kader van de verplichte ziekteverzekering
- Het vaccin werd toegediend in België of in een buurland (Nederland, Duitsland, Luxemburg, Frankrijk).

C. Tegemoetkoming

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

D. Bewijsstuk

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van één van volgende stukken:

- het leveringsattest, opgesteld door de apotheker (mod 704 of BVAC-attest) of
- het typeformulier van het ziekenfonds, naar behoren ingevuld en ondertekend of
- getuigschrift van de arts waarop het geleverde vaccin vermeld is

Artikel 84. Psychotherapie

A. Begunstigden

Deze dienst kent een tegemoetkoming toe ten gunste van de gerechtigde leden en hun personen ten laste in de kosten die te maken hebben met psychotherapie.

B. Voorwaarden

- De zittingen kunnen ook plaatsvinden onder de vorm van teleconsultaties.
- Meerdere sessies per dag zijn mogelijk
- Er is geen tegemoetkoming in het kader van de verplichte ziekteverzekering. Dit zal er evenwel niet toe leiden dat aan de leden met een recht op een verhoogde tegemoetkoming zoals voorzien in de verplichte verzekering, in het geheel minder wordt toegekend dan aan de andere leden.
- De tegemoetkoming wordt toegekend voor activiteiten georganiseerd door een in België of in één van haar buurlanden (Nederland, Duitsland, Luxemburg, Frankrijk) gevestigde erkende psycholoog of een psychotherapeut aangesloten bij een beroepsvereniging of een orthopedagoog.

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming is maximaal 10 euro per zitting met een maximum van 120 euro per kalenderjaar per rechthebbende (12 zittingen).

D. Bewijsstuk

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van één van volgende stukken:

- het typeformulier van het ziekenfonds, naar behoren ingevuld door de behandelende psychotherapeut of psycholoog
- de factuur waar de naam van de rechthebbende, de naam van de verstrekker (+ stempel), de prestatiedatum en het betaald bedrag op staat vermeld

Artikel 85. Diabetes

A. Begunstigden

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, lidgeld diabetesliga en in de aankoop van materiaal.

B. Voorwaarden

- Raadplegingen:
 - o Het gaat om raadplegingen bij de huisarts, diëtist, tandarts of oftalmoloog
 - o De raadplegingen kunnen ook plaatsvinden onder de vorm van teleconsultaties.
 - o Aankoop diabetesmateriaal: het moet gaan om materiaal aangekocht in een door het ziekenfonds erkende thuiszorgwinkel (zie bijlage).

C. Tegemoetkoming

- Raadplegingen en lidgeld diabetesliga: de remgelden van de raadplegingen en het lidgeld van de diabetesliga worden terugbetaald met maximumbedrag van 60 euro per rechthebbende per kalenderjaar voor beide samen.
- Aankoop diabetesmateriaal: een tegemoetkoming van 30% op de aankoop van “diabetesmateriaal”

D. Bewijsstuk

De tegemoetkomingen worden betaald mits voorlegging van het typeformulier van het ziekenfonds, naar behoren ingevuld OF:

- Voor raadplegingen: mits voorlegging van het getuigschrift
- Voor aankoop diabetesmateriaal: mits voorlegging van de factuur van de erkende thuiszorgwinkel waarop de naam van de rechthebbende, het betaald bedrag en het aangekochte materiaal wordt vermeld. De tegemoetkoming kan ook via derdebetalersregeling worden betaald.
- Voor lidgeld diabetesliga: de factuur van de diabetesliga met vermelding van de naam van de rechthebbende en het betaald bedrag

Artikel 86. Obesitas

A. Begunstigden

Deze dienst kent een tegemoetkoming toe in de medische kosten van een multidisciplinair begeleidingsprogramma ten gunste van de gerechtigde leden en hun personen ten laste die lijden aan obesitas.

B. Voorwaarden

Om aanspraak te kunnen maken op deze tegemoetkoming 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.

- Het multidisciplinair begeleidingsprogramma moet gevolgd worden in een ziekenhuis of in een centrum voor obesitaspatiënten erkend door het ziekenfonds en opgenomen in de bijlage aan huidige statuten.

C. Tegemoetkoming

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

D. Bewijsstukken

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

Artikel 87. Thuisoppas voor zorgbehoevende personen

A. Begunstigden

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. 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.

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming bedraagt maximaal 30 euro per dag, met een maximum van 420 euro per kalenderjaar, en een maximum van 14 dagen per kalenderjaar.

D. Bewijsstukken

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

Artikel 88. Sportevents

A. Begunstigden

Deze dienst voorziet in een tegemoetkoming in 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. Voorwaarden

- Deelname aan een sportevent georganiseerd door een professionele organisatie (sportclub, school,...) waaraan de deelnemer het inschrijvingsgeld betaalt.
- Deze tegemoetkoming geldt niet voor:
 - o een sportabonnement of een sportcursus en kan als dusdanig niet gecumuleerd worden met het voordeel 'sportclub/fitness/jeugdbeweging'.
 - o een sport- of beweegkamp noch voor een sportvakantie en kan als dusdanig niet gecumuleerd worden met het voordeel 'dienst jongeren'.
- De tegemoetkoming is slechts verschuldigd indien de verstrekkingen in België werden uitgevoerd of in een buurland (Nederland, Duitsland, Luxemburg, Frankrijk).

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming bedraagt maximaal 25 euro per event per kalenderjaar.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van één van volgende stukken:

- het typeformulier van het ziekenfonds, naar behoren ingevuld en ondertekend door de organisator,
- het inschrijvingsbewijs of betalingsbewijs van het event waar de naam van de rechthebbende, de organisator en het betaald bedrag is opgenomen.

Artikel 89. Sportonderzoek en beweging op verwijzing (BOV)

A. Begunstigden

Deze dienst voorziet in een terugbetaling van preventieve sportonderzoeken en van het begeleidingstraject "Bewegen op verwijzing" (BOV) voor de gerechtigde leden en hun personen ten laste.

B. Voorwaarden

- Het preventieve sportonderzoek wordt uitgevoerd door een (sport)arts, geneesheer-specialist.
- De tegemoetkoming geldt niet voor een sportabonnement of een sportcursus en kan als dusdanig niet gecumuleerd worden met het voordeel 'sportclub/jeugdbeweging'.
- Voor hetzelfde onderzoek of traject is er geen tegemoetkoming in het kader van de verplichte ziekteverzekering.
- Er is geen tegemoetkoming voor bloedonderzoeken, mentale coaching of voedingsanalyses.

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming bedraagt maximaal 25 euro per onderzoek of BOV-traject en wordt eenmalig per kalenderjaar toegekend.

D. Bewijsstukken

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

Artikel 90. Sportclub/fitness/jeugdbeweging

A. Begunstigden

De dienst kent een tegemoetkoming toe ten gunste van de gerechtigde leden en hun personen ten laste voor het lidgeld van sportclub of van een jeugdbeweging of voor de kosten voor de aankoop van een fitnessabonnement of een beurtenkaart.

B. Voorwaarden

- Onder sportclub wordt verstaan: elke sportclub die een sporttak uitoefent erkend door Sport Vlaanderen
- Onder fitnessabonnement wordt verstaan: het abonnement bij een sportcentrum waar onder begeleiding op individuele basis of via clubverband fitnessen.
- Met jeugdbewegingen bedoelen we deze die erkend zijn door de afdeling jeugd en vermeld staan op de website van De Ambrassade.
- De tussenkomst wordt enkel verleend in geval van aansluiting voor de duur van een sportseizoen of een fitnessabonnement of beurtenkaart van minimum 10 beurten.
- Rechthebbende zijn op de dag van betaling van het lidgeld van de sportclub/jeugdbeweging of betaling abonnement/beurtenkaart
- De tegemoetkoming is slechts verschuldigd indien de sportclub gevestigd is in België of in een buurland (Nederland, Duitsland, Luxemburg, Frankrijk).

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming in het kader van deze dienst bedraagt maximum € 25 per rechthebbende per kalenderjaar.

D. Bewijsstuk

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van één van volgende stukken:

- het typeformulier van het ziekenfonds, naar behoren ingevuld door de sportclub/sportcentrum of de jeugdbeweging
- een betalingsbewijs met vermelding van het betaald bedrag, de naam van de rechthebbende en de naam van de sportclub/sportcentrum/jeugdbeweging.

Artikel 91. Dienst gezondheidspromotie

A. Begunstigden

De dienst gezondheidspromotie wordt ingericht voor de gerechtigde leden en hun personen ten

laste.

In het kader van deze dienst kunnen de rechthebbenden deelnemen aan info- en doesessies die worden georganiseerd door het ziekenfonds.

B. Voorwaarden

Er zijn geen specifieke voorwaarden voor een deelname aan de info -of doesessies.

C. Tegemoetkoming

In het kader van deze dienst worden geen tegemoetkomingen verleend aan de begunstigden.

Artikel 92. Beweegadvies

A. Begunstigden

De dienst wordt ingericht door het ziekenfonds voor de gerechtigde leden en hun personen ten laste.

In het kader van deze dienst kunnen de rechthebbenden een gepersonaliseerd beweegadvies ontvangen van het ziekenfonds.

B. Voorwaarden

- Er geldt een hernieuwingstermijn van 36 maanden. Binnen die 36 maanden - te rekenen vanaf het eerste beweegadvies – kunnen slechts 4 beweegadviezen worden gevolgd bij het ziekenfonds.

C. Tegemoetkoming

In het kader van deze dienst worden geen tegemoetkomingen verleend aan de begunstigden.

Artikel 93. Leefstijladvies

A. Begunstigden

Het ziekenfonds kent een tegemoetkoming toe aan de gerechtigde leden en hun personen ten laste voor de kosten van sessies bij erkende gezondheidscoaches aangesloten bij de Vlaamse Vereniging GezondheidsCoaches (VVGK) of bij een door het ziekenfonds erkende derde (zie bijlage).

B. Voorwaarden

De tegemoetkoming wordt uitsluitend toegekend voor de sessies gegeven door erkende gezondheidscoaches aangesloten bij de VVGK of bij een door het ziekenfonds erkende derde.

Er is geen cumul met het voordeel “diëtiëk”.

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming bedraagt maximaal 25 euro per kalenderjaar.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt toegekend mits voorlegging van het typeformulier van het ziekenfonds, naar behoren ingevuld en ondertekend door erkende gezondheidscoaches aangesloten bij de VVGC of de door het ziekenfonds erkende derde OF mits voorlegging van een attest, opgesteld door hen.

Artikel 94. Diëtiëk

A. Begunstigde

Het ziekenfonds kent een tegemoetkoming toe aan de gerechtigden en hun personen ten laste voor voedingsadvies bij een door het RIZIV erkende diëtist of een arts-voedingsdeskundige.

B. Voorwaarden

- Het advies wordt gegeven door een door het RIZIV erkende diëtist of een arts-voedingsdeskundige
- Ook teleconsultaties komen in aanmerking voor een tegemoetkoming
- Er is geen cumul met het voordeel "leefstijladvies".

C. Tegemoetkoming

In het kader van deze dienst worden volgende tussenkomsten verleend:

- 25 euro per rechthebbende per kalenderjaar voor een voedingsadvies dat bij een arts-voedingsdeskundige of een door het RIZIV erkende diëtist wordt gevolgd.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt toegekend mits voorlegging van het typeformulier van het ziekenfonds, naar behoren ingevuld of een attest, opgesteld door een door het RIZIV erkende diëtist of arts-voedingsdeskundige. In dat geval dient het attest volgende zaken minstens te vermelden:

- de naam van de rechthebbende,
- de naam, handtekening en stempel van de diëtist/arts-voedingsdeskundige
- datum advies
- betaald bedrag

Artikel 95. Wellness

A. Begunstigde

Het ziekenfonds verleent een tegemoetkoming voor zijn gerechtigde leden en hun personen ten laste voor wellness behandelingen onder de voorwaarden hieronder opgenomen.

B. Voorwaarden

Het moet gaan om één van volgende behandelingen: bezoeken aan de sauna, aan thermale baden, infraroodcabines, stoombaden of aan een kuuroord.

C. Tussenkost

De tegemoetkoming bedraagt 25 euro per kalenderjaar.

D. Bewijsstuk

Als bewijsstuk dient de factuur te worden voorgelegd waarop duidelijk vermeld staat op welk soort van bovenstaande wellness behandelingen de factuur betrekking heeft, de datum van de behandeling, de naam van het instituut en de naam van de rechthebbende.

Artikel 96. Buitenschoolse opvang voor kinderen met een handicap

A. Begunstigden

Het ziekenfonds verleent een tegemoetkoming voor zijn gerechtigde leden en hun personen ten laste in de kosten voor buitenschoolse opvang van rechthebbenden die niet in het regulier onderwijs terecht kunnen.

B. Voorwaarden

Om een tegemoetkoming te kunnen genieten op grond van deze dienst dienen aan volgende voorwaarden te zijn voldaan:

- de rechthebbende heeft een handicap erkend door het VAPH, COCOF, of AWIPH
- de opvang gebeurt in een multifunctionele voorziening erkend door het VAPH, COCOF of AWIPH

C. Tegemoetkoming

De tussenkomst bedraagt 2,5 euro per dag per rechthebbende voor maximum 100 dagen per kalenderjaar.

D. Bewijsstuk

De rechthebbende dient een factuur voor te leggen van de voorziening waar de opvang georganiseerd werd.

Artikel 97. Sonogram in het kader van in vitro fertilisatie

A. Begunstigde

Het ziekenfonds voorziet in een tegemoetkoming voor zijn gerechtigde leden en hun personen ten laste in de kosten die gemaakt worden in het kader van een in vitro fertilisatie (IVF).

B. Voorwaarden

De tegemoetkoming wordt enkel toegekend indien aan volgende voorwaarden is voldaan:

- Er is in het kader van de verplichte ziekteverzekering geen tegemoetkoming voor het

sonogram.

- De IVF-behandeling wordt gehouden in een erkend ziekenhuis of fertiliteitskliniek.
- De gerechtigde zelf een sonogram afneemt via home monitoring.

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming bedraagt maximaal 100 euro en wordt eenmalig per IVF-cyclus toegekend.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van één van volgende stukken:

- het typeformulier van het ziekenfonds dat door het ziekenhuis of fertiliteitskliniek volledig wordt ingevuld,
- een factuur opgemaakt door het ziekenhuis of fertiliteitskliniek waarop het betaald bedrag vermeld staat en duidelijk zichtbaar is dat het om een behandeling gaat met sonogram.

Artikel 98. Vakanties voor volwassenen

A. Begunstigden

Het ziekenfonds verleent een tegemoetkoming voor zijn gerechtigde leden en hun personen ten laste in de kostprijs van de hieronder vermelde vakanties volgens de modaliteiten die hieronder beschreven worden.

B. Voorwaarden

- Zorgvakanties:
 - o Het gaat om een vakantie voor personen met een fysieke beperking en voor personen met een verminderde mobiliteit
 - o Er is enkel een tussenkomst voor zorgvakanties bij een door het ziekenfonds erkende derde (zie bijlage)

C. Tegemoetkoming

- Zorgvakanties: een tegemoetkoming wordt verleend van 25 euro per dag per rechthebbende met een fysieke beperking.

D. Bewijsstuk

De tegemoetkoming voor de zorgvakanties wordt verleend op basis van de factuur of betaalbewijs, waarop de datum van de afreis (prestatiedatum), de naam van de rechthebbende en diens fysieke beperking worden vermeld.

Artikel 99. Dienst vrijwilligers

A. Begunstigden

Het ziekenfonds organiseert voor zijn gerechtigde leden en hun personen ten laste een dienst die tot doel heeft vrijwilligers in te schakelen met het oog op de ondersteuning en coördinatie van de activiteiten en initiatieven op het vlak van de thuiszorg en de sociale hulp. Meer bepaald heeft de dienst tot doel vrijwilligers in te zetten voor het welzijn van individuen indien hun gezondheidstoestand dit vereist.

Het ziekenfonds doet in het kader van deze dienst beroep op derden (bijlage).

B. Voorwaarden

Deze dienst die via de door het ziekenfonds erkende derde wordt georganiseerd is toegankelijk voor de rechthebbenden:

- die thuis wensen te blijven, omwille van om het even welk gezondheidsprobleem of handicap
- Waarvan de gezondheidstoestand, na een hospitalisatie, nog verzorging vereist
- Die een ouder opvangen die om het even welke ziekte of handicap heeft

C. Tegemoetkoming

In het kader van deze dienst ontvangt de rechthebbende geen enkele financiële tegemoetkoming voor de kosten van de prestaties van de vrijwilligers op wie beroep wordt gedaan in het kader van deze dienst. De onkostenvergoeding voor de prestaties van deze vrijwilligers vallen ten laste van de rechthebbende.

Artikel 100. Oncorevalidatie

A. Begunstigden

Het ziekenfonds verleent een tegemoetkoming aan zijn gerechtigde leden en hun personen ten laste die een oncorevalidatieprogramma volgen.

B. Voorwaarden

- Er wordt enkel een tussenkomst gegeven voor het volgen van een oncorevalidatieprogramma georganiseerd door het ziekenfonds of een gespecialiseerd oncorevalidatiecentrum ter begeleiding van patiënten die lijden of hebben geleden aan kanker en die de re-integratie in de samenleving bevorderen of de gevolgen van de behandeling verzachten.
- De dienst komt eveneens tegemoet voor de kosten van een oncologisch revalidatieprogramma georganiseerd door een door de overheid erkend ziekenhuis
- Er is geen cumul met het voordeel zorgverblijven

C. Tegemoetkoming

De dienst komt tussen in de kosten voor het volgen van een oncorevalidatieprogramma. De tussenkomst is beperkt tot 75% van de betaalde deelnameprijs met een maximum van 200 euro per kalenderjaar.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt toegekend mits voorlegging van de factuur waarop de naam van de rechthebbende en de geleverde prestaties (incl. datum) zijn vermeld.

Artikel 101. Preventieve onderzoeken

A. 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, cardiovasculaire ziekten, allergieën, luchtwegenaandoeningen, osteoporose en diabetes.

B. Voorwaarden

- De tegemoetkoming voor de onderzoeken en analyses beperkt zich tot de onderzoeken en analyses voorgeschreven door een arts, uitgezonderd wat betreft de zelftest ter preventie of opsporing van darmkanker. Deze test dient te worden aangekocht bij de apotheek.
- Raadplegingen en/of onderzoeken die in aanmerking komen voor een terugbetaling vanuit de verplichte ziekteverzekering, komen niet in aanmerking voor een tegemoetkoming binnen dit voordeel.
- Er is geen cumul mogelijk met de tegemoetkoming “medische app’s” noch met het voordeel “sportonderzoek en beweging op verwijzing”.

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming bedraagt 10 euro per onderzoek met een maximum van 30 euro per rechthebbende per kalenderjaar.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt toegekend na voorlegging van het typeformulier van het ziekenfonds, naar behoren ingevuld en ondertekend door de voorschrijvende arts en de zorgverstreker respectievelijk de apotheker.

Artikel 102. Sociaal fonds

A. Begunstigden

Het sociaal fonds heeft tot doel een financiële tegemoetkoming te verlenen aan de gerechtigde

leden en hun personen ten laste 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 die een minimum percentage aan zorgkosten kan aantonen in vergelijking met het equivalent inkomen*. Hiervoor wordt volgende tabel gehanteerd:

netto equivalent inkomen in euro	minimaal kosten volgens de verschillende inkomenscategorieën (in %)
< 1100	0 %
tussen 1100 en 1300	4 %
tussen 1300 en 1500	5 %
tussen 1500 en 1600	6 %
tussen 1600 en 1700	7 %
tussen 1700 en 1800	8 %
> 1800	Minimum € 2000 aan kosten nodig

** Formule om het equivalent inkomen te berekenen : het reële inkomen** (per maand) gedeeld door de gezinscoëfficiënt.*

Voor de gezinscoëfficiënt telt de patiënt als 1 en elk lid van het kerngezin als 0,3. Een kind met een zorgtoeslag bij het groeipakket telt dubbel, dus als 0,6.

***reële inkomen: dit omvat alle types van maandelijkse inkomens (inclusief aanvullende tegemoetkomingen zoals zorgbudgetten VSB en tegemoetkomingen FOD en Hulp van derde)*

B. Voorwaarden

Voor tegemoetkoming worden in aanmerking genomen:

- uitzonderlijke en hoge kosten, ten gevolge van de gezondheidstoestand, medische behandeling of verzorging;
 - o 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 waarbij de aansluiting wettelijk verplicht is, kas, fonds, organisme of instelling waarbij de aansluiting wettelijk verplicht is;
 - o 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 behandeling of verzorging medisch noodzakelijk is. In geval van twijfel kan er aan de klant gevraagd worden om door de behandelde geneesheer-specialist een attest te laten

invullen die de medische noodzakelijkheid staft.

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 voorzien 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 1000 euro per dossier;
- is beperkt tot een maximum van 1000 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 volgende stukken:

- 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 103. Dienstencheques

A. Begunstigde

Het ziekenfonds organiseert voor zijn gerechtigde leden en hun personen ten laste een dienst rond de activiteiten en initiatieven op het vlak van hulp in huis via dienstencheques, volgens de modaliteiten die hieronder beschreven worden.

B. Voorwaarden

Er is enkel een tussenkomst voor hulp in huis die wordt georganiseerd door een door het ziekenfonds erkende derde (zie bijlage).

C. Tegemoetkoming

Het ziekenfonds betaalt rechtstreeks aan de erkende derde 25 euro per semester per mutualistisch gezin dat beroep doet op deze dienst.

D. Bewijsstukken

Het ziekenfonds krijgt een factuur van de erkende derde waarop per mutualistisch gezin de naam en het adres zijn vermeld.

Artikel 104. Ziekenvervoer

A. Begunstigden

Het ziekenfonds organiseert voor de gerechtigden en de personen ten laste dringend en niet-dringend ziekenvervoer.

B. Voorwaarden

Algemeen:

- er is enkel een tegemoetkoming voor zover het vervoer volstrekt nodig wordt geacht in het kader van een medische behandeling.
- Er is enkel een tegemoetkoming indien het vervoer georganiseerd werd door een door het ziekenfonds erkende derde (bijlage)

Specifieke voorwaarden:

Dringend ziekenvervoer

- Enkel vervoer binnen België dat noodzakelijk is voor een medische behandeling komt in aanmerking voor tussenkomst
- Er is enkel een tegemoetkoming indien er geen tegemoetkoming is in het kader van de verplichte ziekteverzekering
- Dringend ziekenvervoer betreft enkel het vervoer naar een ziekenhuis per helikopter.

Niet-dringend ziekenvervoer

- Enkel vervoer binnen België, noodzakelijk voor een medische behandeling, komt in aanmerking voor tussenkomst
- De reden van het vervoer bestaat uit:
 - o de opname in of het ontslag uit een ziekenhuis
 - o het overbrengen naar een ander ziekenhuis, met het oog op een opname in dit ziekenhuis
 - o daghospitalisatie : verblijven van één dag die gelijkgesteld worden met een ziekenhuisopname krachtens de nationale overeenkomst ziekenhuizen – ziekenfondsen
 - o ambulante zorgen en raadplegingen in het kader van de specialistische geneeskunde
 - chemotherapie
 - radio- of radiumtherapie
 - nierdialyse
- Het betreft 4 soorten vervoer:
 - o Vervoer met een ziekenwagen (niet in het kader van oproep 112)
 - o Vervoer georganiseerd door een vrijwilligersorganisatie

- Vervoer door derden, natuurlijke personen, op voorwaarde dat zij niet samenwonen met de rechthebbende en geen familiale band hebben tot de 1^e graad met de rechthebbende.
- Taxivervoer

C. Tegemoetkoming

Dringend ziekenvervoer: 50% van de factuur voor het dringend ziekenvervoer wordt terugbetaald met een maximum van 1.250 euro per vervoer.

Niet-dringend ziekenvervoer:

- Voor volgende soorten vervoer worden tussenkomsten toegekend, die samen per kalenderjaar per rechthebbende maximum 600 euro kunnen bedragen:
 - Vervoer met een ziekenwagen: 60 % op het totaalbedrag van de factuur met een maximum van 40 euro/rit
 - Vervoer georganiseerd door een vrijwilligersorganisatie of taxivervoer: 60 % van het totaalbedrag van de kostennota met een maximum van 10 euro/rit
 - Vervoer door derden, natuurlijke personen: 0,18 euro/km met een maximum van 10 euro/rit. Onder "rit" wordt hier begrepen: de kortste afstand van de verblijfplaats van de rechthebbende naar het ziekenhuis.
- Voor recurrent vervoer, in het kader van nierdialyse wordt volgende tussenkomst toegekend:
 - 0,25 euro per km met een maximum van 30 km per rit .

D. Bewijsstuk

Dringend ziekenvervoer: de factuur m.b.t. het helikoptervervoer

Niet-dringend ziekenvervoer:

- Factuur m.b.t. het ziekenvervoer en eventuele aangerekende supplementen
- Een medisch attest waaruit blijkt dat het ziekenvervoer noodzakelijk is in geval de rechthebbende jonger is dan 65 jaar én het betreft een vervoer naar een geneesheer-specialist voor ambulante zorgen of een raadpleging. Dit attest dient 1 keer per jaar te worden voorgelegd.

Artikel 105. Zorgverblijven

A. 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 (zie bijlage).

B. Voorwaarden

Er is enkel een tegemoetkoming indien er werd verbleven in een zorgverblijf, erkend door het ziekenfonds (zie bijlage).

C. Tegemoetkoming

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 per kalenderjaar.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt toegekend mits voorlegging van een attest dat aantoont dat de rechthebbende in een zorgverblijf is verbleven.

Artikel 106. Luisterlijn

A. Begunstigden

De dienst heeft tot doel een individuele psychologische bijstand te organiseren ten voordele van de gerechtigden en de personen ten laste.

Het ziekenfonds heeft voor de organisatie van deze dienst een samenwerkingsakkoord gesloten met de bv Wellways.

B. Voorwaarden

- De prestaties worden geleverd door een psycholoog van de derde waarmee het ziekenfonds een samenwerkingsakkoord heeft gesloten.
- Deze bijstand gebeurt door een psycholoog. Hiervoor dient de rechthebbende een afspraak te maken: dit kan 24 uur/dag en 7 dagen/week via chat, mail of telefoon van de Luisterlijn. Het tijdstip van de sessie met de psycholoog wordt in samenspraak met het lid vastgelegd, kan ook in het weekend en gaat door via telefoon of videochat. De sessie vindt zo snel mogelijk en ten laatste 1 werkdag na de aanvraag van afspraak plaats.
- 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 wet op de persoonlijke levenssfeer 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.

C. Tegemoetkoming

- 5 sessies per kalenderjaar door een psycholoog via de "Luisterlijn": via telefoon of videochat

D. Bewijsstuk

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

Het ziekenfonds krijgt een factuur van Wellways bv waarop de gepresteerde uren worden

vermeld.

Artikel 107. Dienst jongeren

A. Begunstigden

Alle rechthebbenden van het ziekenfonds tot en met 18 jaar, kunnen genieten van de voordelen van de dienst jongeren.

De dienst jongeren heeft tot doel tussen te komen in de organisatiekosten en verblijfskosten van vakanties.

B. Voorwaarden

Algemeen

Een tegemoetkoming in het kader van deze dienst wordt slechts toegekend voor een periode waarin de rechthebbenden aangesloten zijn bij ziekenfonds.

Onder vakanties wordt verstaan: vakantieactiviteiten ingericht, zowel op nationaal grondgebied als in andere landen, ter bevordering van de fysische of psychische of sociale gezondheid.

Specifieke voorwaarden per vakantie

- a) Jeugdvakanties/jeugdkampen:
 - deze vakanties en kampen worden georganiseerd via de vzw Idee Kids, waarmee het ziekenfonds een samenwerkingsakkoord heeft afgesloten.
- b) Zorgvakantie:
 - Dit is een vakantie voor personen met een fysieke beperking en voor personen met een verminderde mobiliteit.
 - Er is enkel een tegemoetkoming indien deze vakantie wordt georganiseerd door een door het ziekenfonds erkende derde.
- c) Meerdaagse activiteit of kamp
 - Het gaat om meerdaagse jeugdbewegings-, jeugdkampen / sportkampen/ schooluitstappen/ educatieve uitstappen georganiseerd door een thuisholende ouder tijdens de schooluren.
 - De rechthebbende moet aangesloten zijn bij het ziekenfonds op het moment van betaling van de factuur.
 - 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).
- d) Kampen voor kinderen met medische problematiek
 - De rechthebbende moet aangesloten zijn bij het ziekenfonds op het moment van betaling van de factuur.
 - Er is enkel een tegemoetkoming bij deelname aan een vakantiecamp voor jongeren met een specifieke medische problematiek.
 - Het betreft volgende problematieken: astma, obesitas, kanker, slechtzienden,

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

- 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).

e) Kampen voor mindervalide kinderen

- De rechthebbende moet aangesloten zijn bij het ziekenfonds op het moment van betaling van de factuur.
- 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).

C. Tegemoetkoming

De dienst jongeren voorziet volgende tegemoetkomingen aan de rechthebbenden:

a) Jeugdvakanties/jeugdkampen:

- Er is geen financiële tussenkomst voor de deelname aan de jeugdvakanties/jeugdkampen.

b) Zorgvakanties

- De tegemoetkoming bedraagt 25 euro per dag

c) Verblijf in speelpleinwerking – buitenschoolse opvang

- Een tegemoetkoming tot 3 euro per dag per rechthebbende met een maximum van 20 dagen per kalenderjaar voor een verblijf in speelpleinwerking of in een buitenschoolse opvang tijdens de schoolvakanties.
- Voor deze tegemoetkoming geldt, samen met de tegemoetkoming voor “meerdaagse activiteit of kamp” (puntje d) een franchise per kalenderjaar per rechthebbende van 10 euro.

d) Meerdaagse activiteit of kamp:

- Een tegemoetkoming tot 5 euro per dag (minimum 2 opeenvolgende dagen) per rechthebbende met een maximum van 20 dagen per kalenderjaar.
- Voor deze tegemoetkoming geldt, samen met de tegemoetkoming voor “verblijf in speelpleinwerking-buitenschoolse opvang” (puntje c) een franchise per kalenderjaar per rechthebbende van 10 euro.

e) Kampen voor kinderen met medische problematiek

- Een tegemoetkoming tot 75 euro per kalenderjaar.

f) Kampen voor mindervalide kinderen

- Een tegemoetkoming tot 250 euro per kalenderjaar.

D. Bewijsstukken

- a) Zorgvakanties: de tegemoetkoming wordt betaald op basis van de factuur van de erkende derde die de naam van de rechthebbende en het betaalde bedrag vermeldt.
- b) Speelpleinwerking/buitenschoolse opvang/meerdaagse activiteit of kamp/kampen voor kinderen met medische problematiek/ kampen voor mindervalide kinderen:

De tegemoetkoming wordt toegekend na voorlegging van het typeformulier van het ziekenfonds, naar behoren ingevuld en ondertekend door de organisator OF door de factuur die de naam van de rechthebbende, de organisatie en het betaalde bedrag vermeldt.

In geval van thuisonderwijs, dient daarnaast een verklaring huisonderwijs te worden voorgelegd, uitgereikt door de “Cel leerplichtcontrole van het agentschap voor onderwijsdiensten”.

Artikel 107 bis. Heyo kampen

A. Begunstigden

Alle rechthebbende ouders van kinderen van 3 jaar, aangesloten als rechthebbende bij het ziekenfonds, kunnen genieten van de voordelen van deze dienst.

B. Voorwaarden

- Om aanspraak te kunnen maken op een tegemoetkoming moet de rechthebbende ouder, op het moment van het kamp, dat aanleiding geeft tot een tegemoetkoming van deze dienst, rechthebbende zijn van het ziekenfonds. Dit geldt ook voor het kind zelf.
- Er is enkel een tegemoetkoming voor een kamp waaraan het kind deelneemt in het jaar dat het kind de leeftijd van 3 jaar bereikt of het jaar daaropvolgend.
- Er is enkel een tegemoetkoming indien het kamp georganiseerd wordt via een door het ziekenfonds erkende derde (zie bijlage).

C. Tegemoetkomingen

De tegemoetkoming bedraagt 80% van de kostprijs van het kamp.

D. Bewijsstuk

De tegemoetkoming kan via derdebetalersregeling geregeld worden tussen het ziekenfonds en de erkende derde.

Artikel 108. Oppas Zieke kinderen

A. Begunstigden

De dienst organiseert voor de rechthebbenden thuisoppas van zieke kinderen en komt hiervoor tussen in de oppaskosten.

B. Voorwaarden

- De oppas wordt uitgevoerd door een door het ziekenfonds erkende derde (zie bijlage).
- Territoriale beperking: de aangeboden prestaties blijven beperkt tot het grondgebied van België.
- Algemene voorwaarden van de tegemoetkoming
 - o De dienst is enkel toegankelijk voor kinderen vanaf 3 maanden en tot en met 14 jaar.
 - o Om van de prestaties te kunnen genieten, moet de rechthebbende gedomicilieerd zijn in België.
 - o Op het ogenblik van de prestaties mag de rechthebbende niet aanwezig zijn op het adres waar de prestaties worden geleverd (net zoals de tweede ouder indien deze op hetzelfde adres verblijft).
 - o Het kind waarvoor de tussenkomst wordt gevraagd is een persoon ten laste van de rechthebbende.
 - o De symptomen waar het kind aan lijdt eist geen specifieke verzorging van een verpleegdienst of verpleegkundige aan huis
 - o Op het ogenblik waarop de rechthebbende beroep doet op de dienst, moet hij in orde zijn met de bijdragen aanvullende diensten.
- Voorwaarden wat dekkingsperiode betreft:
 - o De prestaties inzake oppas van zieke kinderen worden geleverd van maandag tot vrijdag van 7.00 tot 19.00 uur, dit wil zeggen 5 dagen per week.
 - o Voor eenzelfde ziekte is de tegemoetkoming beperkt tot 3 werkdagen.
 - o De prestaties mogen ook op zaterdag van 07.00 tot 19.00 uur geleverd worden ten gunste van ouders die een beroepsbezigheid uitoefenen op die dag, voor zover de echtgeno(o)t(e) niet in staat is de oppas van het zieke kind te verzekeren en op voorwaarde dat de duur van de prestaties de 3 dagen niet overschrijdt.
- Uitsluitingen:
 - o De kinderen jonger dan 3 maanden en vanaf de 15^e verjaardag
 - o De chronisch zieken
 - o De zieken die medische verzorging vereisen die gegeven moet worden door een verpleegkundige dienst of een dienst van thuisverpleging
 - o De zieken die tot de thuishospitalisatie behoren – onder thuishospitalisatie dient men het geval te verstaan van een kind dat getroffen is door een zware ziekte die niet tot de bevoegdheid van kinderverzorgsters behoort en die op zijn minst 2 huisbezoeken per dag van de arts vereist
 - o De zondag en de feestdagen
 - o Prestaties op werkdagen voor 07u00 of na 19u00
 - o Tijdens de wekelijkse rustdagen en de wettelijke vakantieperiodes van de rechthebbenden

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming is beperkt tot ten hoogste 10 oppasdagen per kalenderjaar per kind, ingeschreven ten lasten van een gerechtigde.

De dienst neemt de kostprijs van deze oppasdagen ten laste tot een maximum van 9 uur per dag en voor een maximumduur van 3 opeenvolgende werkdagen. Minimum 5 opeenvolgende uren per dag oppas worden in één keer opgenomen. Indien de klant door onvoorziene omstandigheden een 10^{de} uur oppas wenst op te nemen, wordt dit gefactureerd aan de klant.

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

Er geldt een franchise van 3 euro per gepresteerd uur. Een begonnen uur oppas wordt als een volledig uur oppas beschouwd. Indien de klant een 10^{de} uur oppas wenst op te nemen, wordt dit gefactureerd aan 150% van het uurtarief dat gangbaar is bij de dienstverlenende partner.

Een geplande oppas annuleren kan tot uiterlijk 12u voor de aanvang van de oppas. Indien de annulering niet tijdig gebeurt, zullen 35 euro annulatiekosten worden gefactureerd. De afwezigheid van het kind wanneer de oppas zich in diens woonplaats aanmeldt, geldt niet als tijdige annulering.

Als de rechthebbende, 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.

D. Bewijsstuk

Om van de tegemoetkoming te kunnen genieten, zal de rechthebbende een medisch getuigschrift moeten afgeven aan de oppas dat vermeldt dat het kind moet thuis blijven wegens ziekte.

De tegemoetkoming wordt betaald op basis van de factuur van de door het ziekenfonds erkende derde (bijlage).

Artikel 109. Geboortepremie / adoptiepremie

A. Begunstigden

Alle rechthebbende ouders, aangesloten bij het ziekenfonds op het ogenblik van de geboorte of op adoptiedatum, kunnen genieten van de voordelen van deze dienst.

B. Voorwaarden

Om recht te hebben op de tegemoetkoming dient de rechthebbende ouder aangesloten zijn bij het ziekenfonds op het ogenblik van de geboorte of de adoptiedatum van het kind.

C. Tegemoetkoming

De geboorte (adoptie)premie bedraagt 150 euro per rechthebbende ouder per kind. De geboorte/adoptiepremie kan per kind maximaal 300 euro bedragen.

D. Bewijsstuk

Een uittreksel uit de geboorte (adoptie) akte of een ander gelijkwaardig bewijsstuk dient te worden voorgelegd.

Artikel 110. Miniboetiek

A. Begunstigden

Alle rechthebbende ouders van kinderen van 0 tot en met 2 jaar, aangesloten als rechthebbende bij het ziekenfonds, kunnen genieten van de voordelen van deze dienst.

B. Voorwaarden

Algemeen

- Om aanspraak te kunnen maken op een tegemoetkoming moet de rechthebbende ouder, op het aankoop- of dienstverleningsmoment, dat aanleiding geeft tot een tegemoetkoming van deze dienst, rechthebbende zijn van het ziekenfonds. Dit geldt ook voor het kind zelf.
- Het kind – waarvoor de tegemoetkoming wordt gegeven – moet op het moment van het aankoopmoment nog in leven zijn.
- De rechthebbende dient eenmalig de keuze te maken om een tegemoetkoming te verkrijgen voor “diensten” of “aangekochte producten Shopavita”. Eens er een keuze werd gemaakt voor een pakket, is er geen overstap meer mogelijk naar een ander.

Aangekochte “producten Shopavita” komen slechts in aanmerking voor een tegemoetkoming:

- Indien zij werden aangekocht in een door het ziekenfonds erkende thuiszorgwinkel (zie bijlage)
- indien zij behoren tot het “miniboetiek” aanbod, zijnde een assortiment van artikelen die bijdragen tot de ontwikkeling en de gezondheid van een kind, van de voormelde thuiszorgwinkel.

Volgende verkregen “diensten” komen in aanmerking voor tegemoetkoming:

- Geleverde diensten door een door het ziekenfonds erkend “kraamhotel” (zie bijlage)

C. Tussenkost / bedrag

- Aangekochte producten Shopavita

Er geldt een tegemoetkoming van 50% op de kostprijs van de aangekochte “producten” met een maximum van 150 euro per kind.

- Diensten:

De gemaakte kosten (voor kraamhotel) worden eenmalig terugbetaald met een maximum van 200

euro per kind.

De tussenkomst in het kader van deze dienst kan per kind slechts eenmalig worden verkregen.

D. Bewijsstuk

Een tegemoetkoming voor “aangekochte producten Shopavita” wordt via derdebetalersregeling geregeld tussen het ziekenfonds en de thuiszorgwinkel.

Om een tegemoetkoming te verkrijgen voor “kraamhotel”, dient de factuur van het kraamhotel te worden voorgelegd.

Artikel 111. Gezinszorg en thuishulp van huishoudelijke aard

A. Begunstigden

Het ziekenfonds 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.

B. Voorwaarden

Er is enkel een tegemoetkoming in het kader van deze dienst indien de activiteiten gebeuren door een door het ziekenfonds erkende derde (zie bijlage)

C. Tegemoetkoming

Gezinszorg en logistieke hulp: er geldt een tegemoetkoming van 0,50 euro per geleverd prestatie-uur.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt betaald op basis van de factuur van de door het ziekenfonds erkende derde (zie bijlage).

Artikel 112. Kraamzorg

A. 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. Voorwaarden

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

C. Tegemoetkoming

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

D. Bewijsstukken

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

Artikel 112 bis. Dienstencheques bij zwangerschap/geboorte

A. Begunstigde

De dienst verleent een tegemoetkoming aan alle zwangere of bevallen rechthebbenden van het ziekenfonds voor diensten in het huishouden geleverd door een door het ziekenfonds erkende derde (zie bijlage)

B. Voorwaarden

- de begunstigde moet op het moment van ontvangst van het dienstverleningsmoment dat aanleiding geeft tot een tegemoetkoming van deze dienst, rechthebbende zijn van het ziekenfonds.
- de levering van de diensten moet plaats vinden in de periode tussen de vaststelling van de zwangerschap en uiterlijk 1 jaar na de bevalling.
- De diensten worden geleverd in blokken van 4 uur.
- De diensten moeten geleverd zijn door een door het ziekenfonds erkende derde (bijlage).

C. Tussenkost

De kostprijs - na fiscale aftrek - voor de aankoop van maximaal 4 keer 4 dienstencheques (in totaal dus 16 dienstencheques) wordt terugbetaald.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt toegekend mits voorlegging van:

- een attest van een arts of vroedvrouw dat de zwangerschap vaststelt ofwel een bewijs van geboorte en
- een bewijsstuk van de erkende derde van de geleverde prestaties.

Artikel 113. Dag- en nachtopvang zorgbehoevenden

A. Begunstigden

Alle zorgbehoevende rechthebbenden van het ziekenfonds die niet kinderbijslaggerechtigde zijn of geen recht hebben op een tegemoetkoming uit het Groeipakket, kunnen genieten van dit voordeel.

B. Voorwaarden

- De dagopvang dient te gebeuren in een erkend dagverzorgingscentra, een erkend dagverblijf of een zorghotel.
- Dagopvang kan tevens georganiseerd worden door de dienst voor gezinszorg, in het kader van

collectieve autonome dagopvanginitiatieven.

- De nachtopvang dient plaats te hebben in een residentiële omgeving of aan huis door een verpleegkundige of door een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, erkend door het “Agentschap Zorg & Gezondheid” van de Vlaamse Overheid of door een vrijwilliger van een dienst voor vrijwilligerswerk.

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming bedraagt 6,5 euro per dag en/of per nacht met een maximum van 250 euro per rechthebbende per kalenderjaar.

Er is geen cumul mogelijk met het voordeel “kortverblijf”.

D. Bewijsstuk

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

Artikel 114. Dienst kortverblijf

A. Begunstigden

Deze dienst kent een tegemoetkoming toe voor een verblijf in een kortverblijf ten gunste van rechthebbenden van het ziekenfonds die tijdelijk of definitief hun zelfstandigheid verloren hebben.

B. Voorwaarden

- De dienst komt enkel tussen indien er ook een tussenkomst is in de verplichte verzekering.
- Er is enkel een tegemoetkoming in een erkend Riziv-centrum voor kortverblijf en op basis van een medisch akkoord.

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming in de kostprijs van de erkende huizen bedraagt 15 euro per dag met een maximum van 14 dagen per kalenderjaar.

D. Bewijsstuk

De tegemoetkoming wordt toegekend na voorlegging van de factuur van het kortverblijf.

Artikel 115. Uitlenen van materiaal

A. Begunstigden

Het ziekenfonds organiseert een dienst voor het huren/lenen van medisch en sanitair materiaal door zijn gerechtigden en personen ten laste die:

- ingevolge hun gezondheidstoestand, aangepast materiaal nodig hebben
- een familielid opvangen die om het even welke ziekte of handicap heeft.

Voor de organisatie van deze dienst heeft het ziekenfonds een samenwerkingsakkoord gesloten met de vzw Partena en OZ Gezondheidsshop.

B. Voorwaarden

- Het materiaal werd gehuurd/geleend bij een door het ziekenfonds erkend uitleencentrum (zie bijlage).

C. Tegemoetkoming

Er worden geen financiële tussenkomsten verleend aan de begunstigden in het kader van deze dienst behalve wat betreft het afkolftoestel.

Voor dit afkolftoestel wordt een tussenkomst verleend vanuit de dienst tot 30% per rechthebbende per kalenderjaar voor de aankoop of de huur van het toestel.

D. Bewijsstuk

De tegemoetkomingen kunnen via derdebetalersregeling geregeld worden tussen het ziekenfonds en het erkende uitleencentrum.

E. Overgangsregeling lopende contracten met Partena Ziekenfonds klanten

De op 31/12/2021 bestaande uitleencontracten tussen klanten van Partena Ziekenfonds en E.S.R.I. NV, blijven verder lopen onder dezelfde voorwaarden tot de klanten de overeenkomst beëindigen.

Voor deze klanten bedraagt de tegemoetkoming 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. Er is geen maximumbedrag bepaald.

Er kunnen geen nieuwe uitleencontracten meer worden gesloten met E.S.R.I. NV vanaf 1/1/2022.

Artikel 116. Personenalarmsysteem

A. Begunstigden

Het ziekenfonds organiseert voor zijn rechthebbenden een dienst personenalarmsysteem.

De dienst is toegankelijk voor de rechthebbenden van het ziekenfonds met een verminderd zelfredzaamheidsvermogen. Het gaat om volgende personen:

- personen met een verhoogd valrisico
- personen met een verminderde alertheid
- personen met oriëntatieproblemen

Het ziekenfonds heeft voor de organisatie van deze dienst een samenwerkingsakkoord gesloten met de vzw Telehulp.

B. Voorwaarden

Onder "persoonalarmsysteem" dient verstaan een systeem dat tot doel heeft de veiligheid van de

mensen te verzekeren wanneer zij vallen of onwel worden of bij een ongeval. Meer concreet gaat het om een toestel dat door de betrokkene wordt gedragen en toelaat in contact te komen met een alarmcentrale. De alarmcentrale identificeert de oproep onmiddellijk, neemt contact op met de door de rechthebbende op voorhand aangeduide persoon die de vereiste hulp biedt en blijft in verbinding met de oproeper.

Om in aanmerking te komen voor deze dienst moet de rechthebbende of zijn vertegenwoordiger een uitleencontract voor personenalarmsysteem ondertekenen bij een door het ziekenfonds erkend uitleencentrum zoals geldt voor het voordeel "uitleen van materiaal" (zie bijlage). De rechthebbende of zijn vertegenwoordiger betaalt vanaf de eerste dag de verschuldigde huurgelden. Er is geen medisch attest vereist.

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

C. 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.

Artikel 117. Dienst klantenverdediging

Het ziekenfonds organiseert voor haar rechthebbenden, een dienst voor juridisch advies onder de benaming "dienst klantenverdediging".

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 in materies die betrekking hebben op gezondheid;
- aan de leden raad geven in materies die betrekking hebben op gezondheid over de beste manier om vergoeding van de behandeling en de waarborg van passende geldelijke voordelen te verkrijgen ;
- alle nuttige inlichtingen en informatie verstrekken met het oog op de verwezenlijking van bovenvermelde doelstellingen.
- indien nodig, bemiddeling organiseren met de zorgverleners en de ziekenhuizen

De dienst beperkt zich tot de doelstellingen zoals hierboven vermeld. Er worden geen financiële tussenkomsten verleend in het kader van deze dienst.

Het ziekenfonds neemt geen kosten ten laste in het kader van deze dienst.

Eventuele gemaakte kosten in het kader van deze dienst (erelonen, gerechtskosten), vallen volledig ten laste van de klant.

Artikel 118. 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 met de vzw Servoz.

Artikel 119. Sociale Dienst**A. Doel en begunstigden**

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

De dienst geeft uitvoering aan het Vlaams woonzorgdecreet van 15 februari 2019.

Deze dienst richt zich tot iedereen.

B. Tussenkost

De dienst verleent sociale en psychosociale hulp en verstrekt informatie en advies, in uitvoering van de desbetreffende reglementering van de bevoegde overheid.

Er worden door deze dienst geen financiële tegemoetkomingen toegekend.

C. Voorwaarden

De dienst werkt overeenkomst 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. Middelen

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

Artikel 120. Dienst informatie aan de klanten

De dienst Informatie aan de klanten wordt ingericht ten gunste van de rechthebbenden van het

ziekenfonds.

De dienst heeft tot doel aan de leden de toegang tot informatie te verzekeren, dit om hen een beter inzicht te geven in de essentiële principes van de sociale reglementering en van de gezondheidsuitrustingen, met de bedoeling hen een verantwoordelijkheidsbesef bij te brengen over een betere ten laste neming van hun gezondheid en hun welzijn in het algemeen.

De informatie aan de leden beoogt meer bepaald :

- de verplichte verzekering
- de aanvullende diensten en deze die het voorwerp uitmaken van samenwerkingsakkoorden ;
- gezondheidsvragen ;
- de actualiteit van de ZIV ;
- een goed gebruik van de sociale wetgeving en de sociale zekerheid ;
- een verbetering van de levenskwaliteit van de leden.

Artikel 121. Administratiekosten

1. Code 98/2

De dienst heeft tot doel bijdragen te innen, bestemd om een eventueel mali in administratiekosten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, bedoeld in artikel 195 §5, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 aan te zuiveren en dit in de mate van de geïnde bijdragen.

Aan de dienst worden ook de eventuele boni op de administratiekosten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 toegewezen.

Aan deze dienst (code 98/2) worden ook toegewezen de opbrengsten en kosten die door de Controledienst werden vastgesteld overeenkomstig de omzendbrief 14/04/D1 dd. 28/02/2014.

2. Code 98/1

De dienst staat in voor de volledige verdeling van de gemeenschappelijke werkingskosten die overeenkomstig artikel 74 en 75 van het K.B. van 21.10.2002 tot uitvoering van artikel 29, §1 en 5, van de wet van 6.8.1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen niet rechtstreeks toerekenbaar zijn aan de verplichte verzekering of aan een welbepaalde dienst of verrichting georganiseerd door het ziekenfonds.

De bijdrage heeft een verplicht karakter voor alle leden van het ziekenfonds zoals vermeld in artikel 2 B, van de statuten.

Artikel 122. Landsbonddiensten

Conform artikel 2 genieten rechthebbenden van het ziekenfonds de verplichte diensten verleend door de landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten.

Alle gerechtigden verplichte verzekering dienen daartoe een maandelijkse bijdrage over te maken aan het ziekenfonds. De bijdrage heeft een verplicht karakter.

Alle gerechtigden dienen, bovenop de reeds betaalde bijdrage als gerechtigde verplichte verzekering, nog een aanvullende maandelijkse bijdrage over te maken aan het ziekenfonds.

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

Artikel 123. Boekhouding – Ontvangsten en uitgaven

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

Artikel 124. 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 125. 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 126. 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 127. 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 VI. - Samenwerkingsakkoorden

Artikel 128. Samenwerkingsakkoorden

Overeenkomstig artikel 43 van de wet van 6 augustus 1990 kan het ziekenfonds samenwerken met publiek- of privaatrechtelijke personen met het oog op de verwezenlijking van de in artikel 2 van de statuten beoogde doelstellingen.

Hiervoor wordt een schriftelijk samenwerkingsakkoord gesloten, volgens het door de Controledienst van de Ziekenfondsen opgestelde model, met vermelding van de doelstelling en de regels van de samenwerking, alsook met de vermelding van de rechten en verplichtingen die hieruit voortvloeien voor de leden en de personen te hunnen laste.

Het samenwerkingsakkoord en de wijzigingen ervan worden goedgekeurd of opgezegd door de Algemene Vergadering van het ziekenfonds en samen met de notulen van deze algemene vergadering overgemaakt aan de Controledienst voor de Ziekenfondsen binnen de door deze laatste bepaalde termijn.

De Raad van Bestuur brengt jaarlijks verslag uit bij de Algemene Vergadering over de uitvoering van de gesloten akkoorden, alsook over de manier waarop gebruik werd gemaakt van de middelen die hiervoor door het ziekenfonds ingebracht werden. Het verslag en de notulen van deze algemene vergadering worden aan de Controledienst van de Ziekenfondsen toegezonden binnen de door deze laatste bepaalde termijn.

**Hoofdstuk VII. – Statutenwijzigingen – Fusie – Ontbinding en vereffening –
Verdeling van de gelden**
Artikel 129. Statutenwijzigingen

De statuten kunnen slechts gewijzigd worden door een speciaal hiervoor bijeengeroepen Algemene Vergadering die beraadslaat overeenkomstig de wet van 6 augustus 1990.

Er kan tot statutenwijzigingen worden besloten indien de helft van de leden aanwezig of vertegenwoordigd is en de beslissing met een twee/derde meerderheid van de uitgebrachte stemmen wordt genomen.

Indien het vereiste aanwezigheidsquorum niet bereikt is, kan een tweede vergadering bijeengeroepen worden die geldig over dezelfde agenda beraadslaat, ongeacht het aantal aanwezige of vertegenwoordigde leden.

Artikel 130. Frequent wijzigende gegevens in lijsten gevoegd bij de statuten

Als bijlage bij de statuten wordt een lijst gevoegd van frequent wijzigende gegevens. Het gaat om volgende bijlagen m.b.t. volgende artikelen:

	Artikel	Voordeel
1	75	Steunkousen
2	76	Thuiszorgmateriaal
3	77	Veiligheids- en preventiebonus
4	85	Diabetes
5	86	Obesitas
6	112 bis	Dienstencheques bij zwangerschap/geboorte
7	107 bis	Heyo kampen
8	93	Leefstijladvies
9		
10	98	Vakanties voor volwassenen
11	99	Dienst vrijwilligers
12	103	Dienstencheques
13	104	Ziekenvervoer
14	105	Zorgverblijven
15	107	Dienst jongeren
16	108	Oppas zieke kinderen

17	110	Miniboetiek
18	111	Gezinszorg en huishulp van huishoudelijke aard
19	115	Uitlenen van materiaal
20		Vergoedingen van de leden van de beheersorganen

Deze lijsten maken integraal deel uit van de statuten en kunnen gewijzigd worden door de Raad van Bestuur op voorwaarde dat:

- de beslissing van de Raad van Bestuur onmiddellijk aan de Controledienst wordt overgemaakt per aangetekend schrijven en ondertekend wordt door een verantwoordelijke van de betreffende mutualistische entiteit
- deze brief de datum van inwerkingtreding van deze beslissing vermeldt
- de wijzigingen, met terugwerkende kracht, naar aanleiding van de volgende Algemene Vergadering in de statuten wordt opgenomen.

Artikel 131. Fusie

Het ziekenfonds kan fuseren met een ander ziekenfonds dat deel uitmaakt van dezelfde landsbond.

De fusie maakt het voorwerp uit van een beraadslaging van de Algemene Vergadering die speciaal hiervoor bijeengeroepen is, overeenkomstig de bepalingen van het artikel 44 van de wet van 6 augustus 1990.

Artikel 132. Ontbinding en vereffening

Het ziekenfonds kan ontbonden worden op beslissing van de Algemene Vergadering die speciaal daarvoor bijeengeroepen is overeenkomstig de bepalingen van artikel 45 van de wet van 6 augustus 1990.

In geval van ontbinding is de procedure zoals uiteengezet in de artikels 45, 46, 46 bis, 47 en 48 van de wet van 6 augustus 1990 van toepassing.

Artikel 133. Toewijzing van de overblijvende activa

In geval van stopzetting en van ontbinding van één of meerdere diensten beoogd in artikel 2 B. van de statuten, worden de overblijvende activa bij voorrang aangewend voor de betaling van de voordelen ten gunste van de leden dit, overeenkomstig artikel 48 §1 van de wet van 6 augustus 1990.

Tijdens de duur van het bestaan van het ziekenfonds is elke verdeling van gelden verboden.

Hoofdstuk VIII. - Inwerkingtreding

Artikel 134. Inwerkingtreding

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

Hoofdstuk IX. - Bijdragen

Artikel 135.

Overeenkomstig de omzendbrief 06/08/D1 van de Controledienst voor de Ziekenfondsen van 27/04/2006 geldt de bijdragentabel, elektronisch aangemaakt via het programma ETAC of via de webapplicatie MutWeb als opvolger ervan waarvan de praktische modaliteiten beschreven zijn in de omzendbrief 14/03/D1 van 27 februari 2014, als officiële bijdragentabel in aansluiting op de statuten.

Bijlagen

	Artikel	Voordeel
1	75	Steunkousen
2	76	Thuiszorgmateriaal
3	77	Veiligheids- en preventiebonus
4	85	Diabetes
5	86	Obesitas
6	112 bis	Dienstencheques bij zwangerschap/geboorte
7	107bis	Heyo kampen
8	93	Leefstijladvies
9		
10	98	Vakanties voor volwassenen
11	99	Dienst vrijwilligers
12	103	Dienstencheques
13	104	Ziekenvervoer
14	105	Zorgverblijven
15	107	Dienst jongeren
16	108	Oppas zieke kinderen
17	110	Miniboetiek
18	111	Gezinszorg en huishulp van huishoudelijke aard
19	115	Uitlenen van materiaal
20		Vergoedingen van de leden van de beheersorganen

BIJLAGE 1 - artikel 75 – STEUNKOUSEN

Het ziekenfonds voorziet voor de rechthebbenden in een tussenkomst in de kosten van de aankoop van steunkousen.

Een van de voorwaarden voor een tegemoetkoming is de aankoop van de steunkousen in een door het ziekenfonds erkende thuiszorgwinkel.

Volgende thuiszorgwinkel wordt in dat kader erkend:

- Partena en OZ Gezondheidsshop, met maatschappelijke zetel te 2610 Wilrijk, Boomsesteenweg 5.

BIJLAGE 2 - artikel 76 –THUISZORGMATERIAAL

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst aan de rechthebbenden die thuiszorgmateriaal aankopen bij een erkende thuiszorgwinkel.

Volgende winkels worden door het ziekenfonds erkend in het kader van dit voordeel:

A. Voor alle producten:

- Vzw Partena en OZ Gezondheidsshop, met maatschappelijke zetel te 2610 Wilrijk, Boomsesteenweg 5

B. De aankopen van trapliften bij volgende leveranciers komen in aanmerking voor een tussenkomst:

- Stannah BVBA, met maatschappelijke zetel te 1731 Relegem, Poverstraat 94
- Coopman Liften NV, met maatschappelijke zetel te 8520 Kuurne, Heirweg 123
- Thyssenkrüpp Encasa NV, met maatschappelijke zetel te 9030 Mariakerke, Kaleweg 20
- Otolift Trapliften BVBA, met maatschappelijke zetel te 9820 Merelbeke, Verlorenbroodstraat 120

BIJLAGE 3 - artikel 77 –
VEILIGHEIDS- EN PREVENTIEBONUS

Om een tegemoetkoming te ontvangen in het kader van veiligheid en preventie moeten de producten worden aangekocht bij volgende thuiszorgwinkel:

- Vzw Partena en OZ Gezondheidsshop, met maatschappelijke zetel te 2610 Wilrijk, Boomsesteenweg 5

BIJLAGE 4 – artikel 85 – DIABETES

Om een tegemoetkoming te ontvangen in het kader van de dienst Diabetes moet het diabetesmateriaal worden aangekocht bij volgende thuiszorgwinkel:

- Vzw Partena en OZ Gezondheidsshop, met maatschappelijke zetel te 2610 Wilrijk, Boomsesteenweg 5

BIJLAGE 5 - artikel 86 - OBESITAS

Volgende centra worden erkend door het ziekenfonds als centrum voor obesitaspatiënten:

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 – artikel 112 bis – DIENSTENCHEQUES BIJ
ZWANGERSCHAP/GEBOORTE

Volgende organisatie wordt erkend door het ziekenfonds in het kader van deze dienst:

- Partena en OZ Poets- en Strijkhulp vzw, met zetel te 2610 Wilrijk, Boomsesteenweg 5

BIJLAGE 7 – 107– HEYO KAMPEN

Volgende organisatie wordt erkend door het ziekenfonds in het kader van deze dienst:

- Vzw Idee Kids (0877.974.714), met zetel te 9090 Melle, Zwaantjesstraat 33
-

BIJLAGE 8 - artikel 93 – LEEFSTIJLADVIES

Volgende organisatie wordt erkend in het kader van deze dienst:

- Weight Watchers Belgium NV, met maatschappelijke zetel te 1040 Brussel, Justus Lipsiusstraat 25.

BIJLAGE 9 –

BIJLAGE 10 - artikel 98 – VAKANTIES VOOR
VOLWASSENEN

Het ziekenfonds voorziet voor haar rechthebbenden in een tussenkomst voor de vakanties voor personen met een zorgnood.

De volgende derde wordt door het ziekenfonds erkend in het kader van deze tussenkomst:

- WeTravel2

BIJLAGE 11 – artikel 99 – DIENST VRIJWILLIGERS

Volgende derden worden erkend in het kader van deze dienst:

- vzw i-mens, met maatschappelijke zetel te 9052 Gent, tramstraat 61.

BIJLAGE 12 – artikel 103 – DIENSTENCHEQUES

Volgende derden worden erkend in het kader van deze dienst:

- vzw Partena en OZ Poets- en Strijkhulp, met zetel te 2610 Wilrijk, Boomsesteenweg 5.

BIJLAGE 13 – artikel 104 – ZIEKENVERVOER

Volgende derden worden erkend in het kader van deze dienst:

- vzw i-mens, met maatschappelijke zetel te 9052 Gent, tramstraat 61.

BIJLAGE 14 - artikel 105 - ZORGVERBLIJVEN

	Waals Brabant	
	Résidence Saint-James	Avenue Wolfers 9, 1310 La Hulpe
	Chateau Sous-Bois Castel Sauvenière	Chemin Sous-Bois 22, 4900 Spa
	Home Béthanie	Rue Bois Pirart 127, 1332 Genval
	Limburg	
	Herstelverblijf Salvator	Ekkelgaarden 17, 3500 Hasselt
	Zorghuis Limburg	Hazerikstraat 13, 3582 Beringen
	West-Vlaanderen	
	Koninklijke villa Oostende	Koningsstraat 79, 8400 Oostende
	Dunepanne	Maria-Hendrikalaan 5, 8420 De Haan
	Zorghuis Oostende	Pater Pirelaan 6, 8400 Oostende
	Antwerpen	
	Aquamarijn	Binnenpad 4, 2460 Kasterlee
	Casa Ametza	Zwembadweg 5, 2930 Brasschaat
	Drie Eiken	Drie Eikenstraat 655, 2650 Edegem
	Oost-Vlaanderen	
	De nieuwe Ceder	Parijsestraat 34, 9800 Deinze
	De Toekomst	Sint Kamielstraat 85, 9300 Aalst
	Residentie 't Neerhof	Nieuwstraat 69, 9660 Brakel-Elst
	Zorgdorp De Pastorij	Pastorijweg 2, 9450 Denderhoutem
	Het Namaste Huis	Veldestraat 57, 9850 Merendree
	Ter Lokeren	Zelebaan 97, 9160 Lokeren
	Brussels hoofdstedelijk gewest	
	Cité Sérine	Rue de la consolation 79-83, 1030 Brussel
	Vlaams-Brabant	
	Residentie De Twee Poorten	Raeymaeckersvest 30, 3300 Tienen
	Zorghuis De Dijlvallei	Dennenweg 6, 3190 Boortmeerbeek
	Het Moutershof	Zep 7, 1861 Meise

BIJLAGE 15 - artikel 107 – DIENST JONGEREN

Volgende derden worden erkend in het kader van de zorgvakanties binnen het voordeel Dienst jongeren:

- JKVG vzw (alias Hannibal)
- Sailability Vlaanderen vzw

BIJLAGE 16 – artikel 108 – OPPAS ZIEKE KINDEREN

Volgende derden worden erkend in het kader van deze dienst:

- vzw i-mens, met zetel te 9052 Gent, Tramstraat 61
- NV Manpower Personal Services met zetel te 1200 Sint-Lambrechts-Woluwe, Gemeenschappenlaan 110
- NV Tempo-Team Childcare , met zetel te 1082 Brussel, Keizer Karellaan 568

BIJLAGE 17 - artikel 110 - MINIBOETIEK

Volgende winkels worden door het ziekenfonds erkend in het kader van dit voordeel voor de aankoop van producten:

- Vzw Partena en OZ Gezondheidsshop, met maatschappelijke zetel te 2610 Wilrijk, Boomsesteenweg 5.

Volgende derde wordt door het ziekenfonds erkend als kraamhotel in het kader van dit voordeel:

- vzw Babykraam, met zetel te 2018 Antwerpen, Belgiëlei 38.

BIJLAGE 18 – artikel 111 – GEZINSZORG EN THUISSHULP VAN
HUISHOUDELIJKE AARD

Volgende derden worden erkend in het kader van deze dienst:

- Partena en OZ Gezinszorg, met zetel te 2610 Wilrijk, Boomsesteenweg 5.

BIJLAGE 19 – artikel 115– UITLENEN VAN MATERIAAL

Het ziekenfonds doet voor de organisatie van de uitleendienst beroep op volgende derden:

- E.S.R.I. NV (0471.645.375), Evenementenlaan 8, 3001 Heverlee (enkel voor het verderzetten van de op 31/12/2021 bestaande uitleencontracten met klanten van Partena Ziekenfonds Vlaanderen. Er worden geen nieuwe uitleencontracten gesloten met E.S.R.I. nv)
- Vzw Partena en OZ Gezondheidsshop, met zetel te 2610 Wilrijk, Boomsesteenweg 5 (voor alle producten)
- Telehulp vzw voor volgende personenalarmtoestellen:
 - Pas Basic
 - Pas Plus (incl. 2 sensoren)
 - Pas GPS
 - Pas eigen GSM
 - Detectoren voor PAS

BIJLAGE 20 –VERGOEDINGEN LEDEN BEHEERSORGANEN

Volgende vergoedingen worden aan de leden van de Algemene Vergadering respectievelijk de bestuurders uitbetaald voor hun aanwezigheid op de Algemene Vergadering respectievelijk Raad van Bestuur:

- 98 euro forfaitaire kostenvergoeding
- 150 euro presentiegelden + 125 euro forfaitaire kostenvergoeding

Kostenvergoeding bestaat uit een vergoeding voor maaltijd, parking, telefonie en briefwisseling, thuishkantoor, internetverbinding, pc en randapparatuur.

Verplaatsingen worden terugbetaald aan de tarieven die overeenstemmen met die van het openbaar ambt.

BIJDAGENTABEL

526 Datum goedkeuring : 21/09/2021 - Datum toepassing : 01/01/2022						
Verplichte bijdragen						
A. Eigen verplichte bijdragen						
Cat. 1		Mutualistisch gezin zonder personen ten laste				
Cat. 2		Mutualistisch gezin met personen ten laste				
CODE	DIENSTEN	Akkoorden (aantal)	Art. van de statuten	(1)	CATEGORIEEN VAN LEDEN	
					Cat. 1	Cat. 2
15	Overige verrichtingen	4	70 - 117	*	84.24	84.24
Subtotaal van de verrichtingen					84.24	84.24
37/01	Periodieke informatie aan de leden		120		1.56	1.56
37/02	Dienst Maatschappelijk werk		119		2.40	2.40
93	Patrimonium	1	118	*	4.68	4.68
98/1	Administratief centrum : verdeelcentrum				0.00	0.00
98/2	Administratief centrum :reserve administratiekosten verplichte verzekering		121		8.28	8.28
TOTAAL					101.16	101.16
CODE	(1) rechtspersonen waarmee een samenwerkingsakkoord werd afgesloten	KBO Nummer				
15	Partena en OZ Gezondheidsshop vzw	0420.367.316				
15	WellWays BV	0670.462.515				
15	Telehulp vzw	0429.828.576				
15	Idee Kids vzw	0877.974.714				
93	Servoz VZW	0409.792.237				
DIENSTEN VAN DE LANDEBOND						
15	Dringende zorgen buitenland				3.84	3.84
TOTALE BIJDRAGE					105.00	105.00