

PENSOC

REGLEMENT

01 | 01 | 2023



INHOUDSTAFEL

1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN	3	2. TUSSENKOMSTEN VOORZIEN IN HET MEDISCH PLAN	9
1.1. V.Z.W. De Sociale dienst van De Post	3	2.1. Curatieve verzorging	9
1.2. De Begunstigden	3	2.1.1. Ambulante verzorging	9
1.2.1. Gepensioneerde personeelsleden	3	2.1.2. Farmaceutische producten	9
1.2.2. Partners	3	2.1.3. Bijzondere prestaties	10
1.2.3. Kinderen	3	2.1.4. Dringend Medisch Vervoer Ambulance, MUG, Helikopter via 100/112	10
1.2.4. Wezen	3	2.1.5. Vervoer in het kader van Nierdialyse en Kankerbehandeling	10
1.3. Verlies van de hoedanigheid als begunstigde	3	2.1.6. Hospitalisatiekosten	10
1.3.1. Partners & kinderen	3	2.2. Erkende Ziekten	11
1.4. Bijdrageverplichting vanaf 01/01/2010	4	2.2.1. Erkenningsmodaliteiten	11
1.4.1. Algemeen	4	2.2.2. Datum van uitwerking van de erkenning	11
1.4.2. Overgangsbepalingen	4	2.2.3. Modaliteiten voor tegemoetkoming	11
1.4.3. Nieuw gepensioneerden vanaf 01/01/2010	4	2.2.4. Lijst van erkende ziekten	11
1.4.4. Beperking van het recht op tussenkomst vanaf 01/01/2010	4	2.2.5. Specifieke tussenkomsten voorzien in het kader van erkende ziekten	11
1.4.5. Definitief verlies van de hoedanigheid als begunstigde – uitzondering	4	2.2.6. Ambulante verzorging	11
1.5. Uitzonderlijke aansluitingsmogelijkheid op 01/01/2018 in het kader van de eenzijdige beslissing van bpost (De Post) tot schrapping van de vorderingen en de 50%-kaart	5	2.2.7. Farmaceutische producten	11
1.5.1. Algemeen	5	2.2.8. Hospitalisatiekosten	12
1.5.2. Overgangsbepalingen	5	2.2.9. Bijzondere prestaties	12
1.5.3. Nieuw gepensioneerden	5	3. PROCEDURE VAN AANVRAAG TOT TUSSENKOMST	13
1.5.4. Beperking van het recht op tussenkomsten vanaf 01/01/2018	5	3.1. Aanvraagformulier 510 en 510bis	13
1.5.5. Definitief verlies van de hoedanigheid als begunstigde – uitzondering	5	3.2. Medische bewijsstukken	13
1.6. Nomenclatuur	6	3.3. Termijn van aanvraag om tussenkomst	13
1.7. Remgeld	6	4. MOBILITEIT – TUSSENKOMST IN VERVOER VIA RAIL PASS – 10 ENKELE RITTEN	14
1.8. Ziekenhuis	6	5. DAG VAN DE GEPENSIONEERDE	14
1.9. Hospitalisatie	6	6. VOORDELENGIDS	14
1.10. Ambulante zorgen	6		
1.11. Ongeval	6		
1.12. Ziekte	6		
1.13. Ernstige Ziekten	6		
1.14. Prothese	6		
1.15. Orthopedisch toestel	6		
1.16. Farmaceutische producten	7		
1.17. Wettelijke tussenkomst – RIZIV nomenclatuur en andere	7		
1.18. Maximumfactuur – MAF & Chronische Ziekten tussenkomst	7		
1.19. Medische kosten in het buitenland	7		
1.20. Bijzondere regel van tussenkomst – Nomenclatuur – RIZIV	8		
1.21. Indieningstermijn van aanvraag – verjaring	8		
1.22. Sancties in geval van fraude	8		
1.23. Raad van Bestuur	8		

1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

1.1. V.Z.W. De Sociale dienst van De Post

1.2. De Begunstigden

1.2.1. Gepensioneerde personeelsleden

De statutaire gepensioneerde personeelsleden die onmiddellijk voor hun oppensioenstelling bij bpost (De Post) in dienst waren.

De baremieke contractuele personeelsleden die net voor hun oppensioenstelling bij bpost (De Post) tewerkgesteld waren en een minimum van 10 jaar dienstanciënniteit hebben.

De contractuele “hulppostmannen” die net voor hun oppensioenstelling bij bpost (De Post) tewerkgesteld waren en een minimum van 10 jaar dienstanciënniteit hebben.

De overlevende echtgenoten van de gepensioneerde personeelsleden die voor het overlijden van het gepensioneerde personeelslid ten laste waren.

1.2.2. Partners

De samenwonende partner van het gepensioneerde personeelslid, gehuwd of wettelijk geregistreerd, met de begunstigde die fiscaal als ten laste beschouwd wordt volgens de loonberekenningsgegevens beschikbaar bij de werkgever op het ogenblik van oppensioenstelling. Het maandelijks inkomen van de begunstigde mag evenwel geen € 350,00 bereiken.

1.2.3. Kinderen

- Elk wettelijk, geadopteerd, gewettigd of natuurlijk kind van het gepensioneerde personeelslid, dat kinderbijslag geniet op het ogenblik van oppensioenstelling.
- Elk kind van de begunstigde partner (zie 1.2.2.) dat samenwoont met het gepensioneerde personeelslid op het ogenblik van oppensioenstelling en dat in het genot is van kinderbijslag. De begunstigde partner is dus fiscaal ten laste van het personeelslid bij oppensioenstelling.
- Elk samenwonend kind dat door een gerechtelijke beslissing toegewezen wordt aan het gepensioneerde personeelslid en/of de begunstigde partner die fiscaal ten laste is dat in het genot is van kinderbijslag op het ogenblik van oppensioenstelling.

1.2.4. Wezen

Elk wettelijk, geadopteerd, gewettigd of natuurlijk kind van het overleden gepensioneerde personeelslid dat ingeschreven was als begunstigde en in het genot is van verhoogde wezenbijslag.

1.3. Verlies van de hoedanigheid als begunstigde

1.3.1. Partners & kinderen

Deze verliezen uiterlijk de hoedanigheid van begunstigde vanaf de eerste maand volgend op:

- Het einde van de samenwoning voor de ingeschreven kinderen van de begunstigde partner en de kinderen toegewezen door een gerechtelijke beslissing.
- Het verlies van het recht op kinderbijslag of verhoogde wezenbijslag.
- De 25ste verjaardag voor de studerende kinderen.
- De 21ste verjaardag voor de gehandicapte kinderen die vanaf dat ogenblik genieten van een inkomensvervangende tegemoetkoming als gehandicapte.
- Het verlies van de hoedanigheid van het statuut “fiscaal ten laste”.
- Het aanvatten van beroepsactiviteiten.
- Het openen van het recht op werkloosheids- of andere uitkeringen.

1.4. Bijdrageverplichting vanaf 01/01/2010

1.4.1. Algemeen

De hogervermelde omschreven begunstigden: gepensioneerden, weduwen en de wezen dienen een solidariteitsbijdrage te betalen die jaarlijks vastgesteld wordt door de Raad van Bestuur. Met het in voege stellen van de bijdrageverplichting willen wij de volgende belangrijke doelstellingen bereiken:

- het signaal krijgen dat met daadwerkelijk deel wenst uit te maken van de VZW
- de principiële goedkeuring krijgen van de begunstigden om zijn persoons- en medische gegevens te beheren met respect voor de wettelijke bepalingen terzake
- een duidelijk teken ontvangen van het lid dat hij het principe van solidariteit onderschrijft in respect van de statuten van de VZW

De bijdragen zijn ondeelbaar vastgesteld per kalenderjaar en zijn in de regel nooit terugbetaalbaar. De gelden worden immers ontvangen in de geest van de solidariteit tussen de leden.

1.4.2. Overgangsbepalingen

De hoger omschreven begunstigden wordt gevraagd om de bijdrage te betalen vooraleer er kunnen tussenkomsten of voordelen toegekend worden vanaf 01/10/2010. Een mailing wordt gestuurd naar de personen waarvan wij de laatste 3 jaar nog een aanvraag van tussenkomst ontvingen.

De Raad van Bestuur is van mening dat de leden minstens gedurende het jaar 2010 de mogelijkheid dienen te krijgen om zich in orde te stellen met de bijdragen.

1.4.3. Nieuw gepensioneerden vanaf 01/01/2010

De nieuw gepensioneerden dienen net zoals hogervermeld een bijdrage te betalen voor de maanden van het kalenderjaar volgend op de datum van pensionering.

Deze personen zullen op basis van pensioenlijsten geselecteerd worden en een uitnodiging tot aansluiting en betaling van de bijdragen ontvangen.

De gepensioneerden die niet ingaan op het aanbod binnen de 6 maanden verliezen hun hoedanigheid als begunstigde vanaf de pensioendatum en kunnen later niet meer intreden.

1.4.4. Beperking van het recht op tussenkomst vanaf 01/01/2010

De begunstigden die hun bijdrage nog niet regelden voor het volledige referentiejaar of voor de nieuw gepensioneerden voor de maanden te rekenen vanaf de pensioendatum zullen geen tussenkomsten voor medische kosten, of de voordelengids kunnen bekomen. Enkel de leden in orde met de bijdragen op het ogenblik van het versturen van de mailing zullen uitgenodigd worden op de jaarlijkse 'familiedag'.

1.4.5. Definitief verlies van de hoedanigheid als begunstigde – uitzondering

In volgende gevallen zal er overgegaan worden tot de definitieve schrapping van de hoedanigheid als begunstigde vanaf 01/01/2010 of latere datum naar gelang het geval:

- de begunstigden die ons berichten dat zij geen lid wensen te worden van de VZW
- de begunstigden die niet ingaan op onze vraag tot betaling van het lidgeld voor 2010
- de begunstigden die nieuw gepensioneerd zijn vanaf 01/01/2010, niet ingingen op onze vraag om aansluiting en betaling van het lidgeld binnen de 6 maanden
- de begunstigden die in de toekomst hun bijdrage gedurende minstens 12 maanden niet betaalden

Uitzondering :

De Raad van Bestuur kan in bepaalde gevallen beslissen vooralsnog een begunstigde op te nemen na duidelijke motivatie door het lid.

1.5. Uitzonderlijke aansluitingsmogelijkheid op 01/01/2018 in het kader van de eenzijdige beslissing van bpost (De Post) tot schrapping van de vorderingen en de 50%-kaart

1.5.1. Algemeen

De hogervermelde omschreven begunstigden kunnen uitzonderlijk lid worden van Pensoc vzw mits voorwaarden vastgelegd door de Raad van Bestuur.

Deze zijn :

- voldoen aan de bijdrage verplichting (30€ voor 2018) met kracht op 01/01/2018 na een inschrijvingsperiode.
- de bijdrage 2018 volledig betaald hebben op 28/02/2018

Bovendien wenst de Raad van Bestuur volgende doelstellingen te bereiken :

- het signaal krijgen dat men daadwerkelijk deel wenst uit te maken van de vzw
- de principiële goedkeuring krijgen van de begunstigden om zijn/haar persoons- en medische gegevens te beheren met respect voor de wettelijke bepalingen terzake
- een duidelijk teken ontvangen van het lid dat hij het principe van solidariteit onderschrijft in respect van de statuten van de vzw

De bijdragen zijn ondeelbaar vastgesteld per kalenderjaar en zijn in de regel nooit terugbetaalbaar. De gelden worden immers ontvangen in de geest van de solidariteit tussen de leden.

1.5.2. Overgangsbepalingen

De hoger omschreven begunstigden die betrokken zijn bij de maatregel en nog niet aangesloten zijn bij Pensoc vzw wordt gevraagd om de bijdrage te betalen vooraleer er kunnen tussenkomsten of voordelen toegekend worden vanaf 01/01/2018. Een mailing wordt gestuurd naar de betrokken personen.

De nominatieve lijst werd ter beschikking gesteld door bpost (De Post). De Raad van Bestuur is van mening dat de kandidaat-leden zich uiterlijk op 28/02/2018 dienen in orde gesteld te hebben met de aansluiting en de betaling van de jaarbijdrage voor 2018.

1.5.3. Nieuw gepensioneerden

De overgangsbepalingen geldig vanaf 01/01/2010 blijven van toepassing.

De nieuw gepensioneerden dienen net zoals hogervermeld een bijdrage te betalen voor de maanden van het kalenderjaar volgend op de datum van pensionering.

Deze personen zullen op basis van pensioenlijsten geselecteerd worden en een uitnodiging tot aansluiting en betaling van de bijdragen ontvangen. De gepensioneerden die niet ingaan op het aanbod binnen de 6 maanden verliezen hun hoedanigheid als begunstigde vanaf de pensioendatum en kunnen later niet meer intreden.

1.5.4. Beperking van het recht op tussenkomsten vanaf 01/01/2018

De begunstigden die hun bijdrage nog niet regelden voor het volledige referentiejaar uiterlijk op 28/02/2018 of voor de nieuw gepensioneerden voor de maanden te rekenen vanaf de pensioendatum zullen geen tussenkomsten voor medische kosten of de voordelengids kunnen bekomen. Enkel de leden in orde met de bijdragen op het ogenblik van het versturen van de mailing zullen uitgenodigd worden op de jaarlijkse 'dag van de gepensioneerde'.

1.5.5. Definitief verlies van de hoedanigheid als begunstigde – uitzondering

In volgende gevallen zal er overgegaan worden tot de definitieve schrapping van de hoedanigheid als begunstigde vanaf 01/01/2018 of latere datum naar gelang het geval :

- de begunstigden die ons berichten dat zij geen lid wensen te worden van de vzw, of geen gevolg geven aan onze vraag tot aansluiting
- de begunstigden die niet ingaan op onze vraag tot betaling van het lidgeld voor 2018
- de begunstigden die nieuw gepensioneerd zijn, niet ingingen op onze vraag om aansluiting en betaling van het lidgeld binnen de 6 maanden te rekenen vanaf de pensioendatum
- de begunstigden die in de toekomst hun bijdrage gedurende minstens 12 maanden niet betaalden

Uitzondering :

De Raad van Bestuur kan in bepaalde gevallen beslissen vooralsnog een begunstigde op te nemen na duidelijke motivatie door het lid.

1.6. Nomenclatuur

Is de lijst met de omschrijvingen en terugbetalingstarieven van de erkende medische prestaties zoals vooropgesteld door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering – RIZIV – K.B. van 14 september 1984 en latere wijzigingen.

1.7. Remgeld

Dit is het bedrag dat ten laste is van de patiënt. Het wordt bekomen door het wettelijk voorziene honorarium of kost te verminderen met het terugbetalingstarief vooropgesteld door het RIZIV – zie ook nomenclatuur (zie 1.6) - vorige omschrijving. Indien de zorgverstrekker een lager honorarium vraagt dan het wettelijke houden wij hier uiteraard rekening mee.

1.8. Ziekenhuis

Een instelling die wettelijk erkend is als ziekenhuis in België en waar gebruik wordt gemaakt van wetenschappelijk beproefde diagnostische en therapeutische middelen.

Het gaat hier niet om, medico-pedagogische instellingen, instellingen voor de loutere huisvesting van bejaarden, herstellenden of kinderen, rustoorden, ziekenhuizen en gedeelten van ziekenhuizen die een “bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis” verkregen hebben.

1.9. Hospitalisatie

Het medisch noodzakelijk verblijf in een verpleeginrichting waarvoor een vergoeding voor verblijf wordt aangerekend. Dit houdt zowel het verblijf in van minstens één nacht, als het concept “daghospitalisatie”, d.w.z. dat er wordt afgeweken van het criterium van hospitalisatie van minstens één nacht, voor zover er een forfaitair bedrag voor het gebruik van de kamer in rekening gebracht wordt.

1.10. Ambulante zorgen

Medische zorgen verleend zonder dat er hospitalisatie (zie 1.9) is.

1.11. Ongeval

Een plotse en abnormale gebeurtenis, waarvan de oorzaak of één van de oorzaken buiten het organisme van de begunstigde ligt en dat zijn fysieke integriteit aangetast.

1.12. Ziekte

Een aantasting van de gezondheid van de begunstigde die objectieve symptomen vertoont en te wijten is aan een andere oorzaak dan een ongeval. (zie 1.11)

1.13. Ernstige Ziekten

Tuberculose - diabetes - kanker - multiples-sclerose - kinderverlamming - hersenverlamming - aandoeningen van de hersenen (neurologie, epilepsie, psychiatrische aandoeningen) - aandoeningen van het hart en bloedvaten - reumatologische aandoeningen (reuma en orthopedie) - gastro-intestinale en uro-genitale aandoeningen (maag- en darmstelsel, lever, gal, pancreas, schildklier, nieren) - genetische aandoeningen - H.I.V. virus - aandoeningen van de luchtwegen - neurologische aandoeningen.

Deze lijst kan aangepast worden door de raadgevende geneesheer. De raadgevende geneesheer kan beslissen een ziekte te erkennen die niet in deze lijst is opgenomen.

1.14. Prothese

Een kunstmatige lichaamsdeel dat geheel of gedeeltelijk een orgaan of ledematen vervangt. (behalve tandprotheses)

1.15. Orthopedisch toestel

Een apparaat bestemd om lichamelijke afwijkingen te corrigeren.

1.16. Farmaceutische producten

Ieder product dat aan de volgende drie voorwaarden voldoet :

- uitsluitend in de apotheek verkocht worden
- uitsluitend voorgeschreven zijn door een geneesheer
- als dusdanig geregistreerd zijn door het Ministerie dat de Volksgezondheid onder haar bevoegdheid heeft

Uitgesloten is de medicatie van de categorie 'D' en alle andere niet terugbetaalbare producten door het RIZIV.

1.17. Wettelijke tussenkomst – RIZIV nomenclatuur en andere

Voor de berekening van de tussenkomsten wordt er rekening gehouden met de wettelijke remgelden die ten laste blijven van de patiënt volgens de lijst van terugbetalingstarieven van het RIZIV. Bovendien wordt er rekening gehouden met alle andere tussenkomsten die de patiënt geniet zoals :

- de wetgeving betreffende de verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit; de tussenkomsten in het kader van de MAF en Chronische ziekten inbegrepen
- de voordelen voorzien in de 'bijkomende verzekeringen' georganiseerd door de respectievelijke ziekenfondsen
- de wetgeving betreffende de arbeidsongevallen
- de wetgeving betreffende de beroepsziekten
- de voordelen toegestaan in het kader van het Vlaams Fonds voor gehandicapten
- de voordelen voorzien in het kader van een extralegaal fonds of een verzekering die tussenkomsten verleend in het kader van medische kosten (hospitalisatie- en /of ambulante medische verzorging, tandverzorgingsverzekering...)
- alle andere Belgische of Buitenlandse tussenkomsten in medische verzorging die hierboven niet omschreven zijn

1.18. Maximumfactuur – MAF & Chronische Ziektentussenkomst

Maximumfactuur – MAF

Het bedrag van de honorarium voor geneeskundige verzorging wordt door het RIZIV niet volledig terugbetaald.

Een deel ervan, het remgeld (zie 1.7) genoemd, blijft ten laste van de patiënt. De optelling van de remgelden voor de leden van een gezin gelinkt aan inkomenstranches kan leiden tot een terugbetaling van het ziekenfonds van de remgelden, hoger dan het plafond gelinkt aan het gezinsinkomen.

Chronische Ziekten

Bepaalde personen kunnen eveneens genieten van een jaarlijkse forfaitaire tussenkomst. Het gaat hier om personen met chronische ziekten die veelal afhankelijk zijn van derden en veelvuldig nood hebben aan medische verzorging.

1.19. Medische kosten in het buitenland

De medische kosten die gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland verkregen worden kunnen niet het voorwerp uitmaken van een tussenkomst.

Behalve voor de landen die behoren tot de E.E.R. en deze waarmee België (RIZIV) een bilaterale overeenkomst heeft afgesloten in het kader van uitwisseling van geneeskundige verzorging.

Wanneer echter iemand een bepaalde behandeling dient te verkrijgen in een ander land en hiervoor de wettelijke toelating bekwaam van de adviserend geneesheer van het Belgisch ziekenfonds dan wordt hierop een uitzondering gemaakt.

De tussenkomst zal evenwel berekend worden volgens de vigerende nomenclatuur (zie 1.6) en RIZIV-tarieven in België. De maximale tussenkomst zal steeds beperkt zijn tot het persoonlijk aandeel van de patiënt met een maximum van 2x het RIZIV-tarief.

Aanbeveling: de begunstigde dient verzekerd te zijn in het kader van medische verzorging en repatriëring in geval van noodzaak door zijn ziekenfonds of verzekeringsmaatschappij. De kosten voor geneeskundige verzorging in het buitenland kunnen zeer belangrijk zijn.

1.20. Bijzondere regel van tussenkomst – Nomenclatuur – RIZIV

Dit medisch plan is gelinkt aan de tussenkomstvoorwaarden die bepaald zijn in de wetgeving en nomenclatuur opgesteld door het RIZIV.

De berekening van de tegemoetkomingen gebeurt uitsluitend op basis van de medische codes van de officiële nomenclatuur (zie 1.6), gebruikt door de zorgverstrekkers. Dit is een basisregel waarvan enkel afgeweken wordt indien het uitdrukkelijk anders vermeld is in onderhavig reglement.

1.21. Indieningstermijn van aanvraag – verjaring

De indieningstermijn voor een tussenkomst is vastgesteld op maximum 15 maand, te rekenen vanaf de datum van de eerste medische prestatie van het dossier of facturatedatum. Na deze termijn is er sprake van verjaring en kunnen de medische kosten niet meer terugbetaald worden. Meerdere dossiers kunnen jaarlijks ingediend worden.

1.22. Sancties in geval van fraude

Wij dienen er op te wijzen dat in geval van valse verklaringen, poging tot fraude en fraude de begunstigde kan gesanctioneerd worden. Het kan hier gaan van tijdelijke tot definitieve uitsluiting.

Deze dossiers dienen steeds voorgelegd te worden aan de Raad van Bestuur.

1.23. Raad van Bestuur

Alle gevallen die wegens hun speciaal en/of sociaal karakter niet binnen de krijtlijnen vallen van dit reglement kunnen voorgelegd worden aan de leden van de Raad van Bestuur van de VZW voor advies en beslissing.

2. TUSSENKOMSTEN VOORZIEN IN HET MEDISCH PLAN

2.1. Curatieve verzorging

2.1.1. Ambulante verzorging

De begunstigden (zie 1.2) kunnen aanspraak maken op een maximale tussenkomst van 40 op basis van het wettelijke remgeld van RIZIV (zie 1.7) - voor de volgende prestaties :

- de raadplegingen en bezoeken van algemeen geneeskundigen en specialisten
- de technisch-medische handelingen
- de medische beeldvorming
- de radio- en radiumtherapie, de nucleaire geneeskunde, de interne geneeskunde, de dermato-venereologie
- de fysiotherapie, de klinische biologie
- de toeslag urgentie, de bandagisterie, de orthopedie
- de optiek, de akoustiek, de anatomo-pathologie, de genetik, de vroedvrouwen, de speciale verstrekkingen
- de tandartsen, de kinesithérapie, de verpleegkundige zorgen, de logopedie, de radio-isotopen, de hartrevalidatie

2.1.2. Farmaceutische producten

Er is een tussenkomst van 40% voorzien in de kostprijs – wettelijke remgeld (zie 1.7) ten laste van de begunstigde in de aankoop van farmaceutische producten. De tussenkomst is voorzien voor de producten behorend tot de categorie A, B, C, CS & CX volgens de gegevens verstrekt door de APB.

Er is geen tussenkomst voorzien voor producten waarvoor er geen terugbetaling is in het kader van de RIZIV criteria zoals homeopathische, dieet- en natuurproducten...

Voor farmaceutische producten behorend tot de categorie D is er eveneens geen tussenkomst voorzien.

2.1.3. Bijzondere prestaties

- Brillen en lenzen
Montuur : geen tussenkomst. Glazen en lenzen : maximum 40% op basis van het wettelijke remgeld (zie 1.7) van RIZIV. Gelieve uw oogarts hieromtrent te raadplegen
- Tandprothesen
Volledige en gedeeltelijke Prothesen* : maximum 40% op basis van het wettelijke remgeld (zie 1.7) van RIZIV. hier wordt rekening gehouden met criteria opgenomen in de nomenclatuur van de Belgische Ziekteverzekering. Gelieve uw tandarts hieromtrent te raadplegen.
- Orthodontie
De tussenkomst is vastgesteld voor kinderen waarvan de behandeling werd aangevraagd en goedgekeurd door de medisch adviseur van het ziekenfonds voor de leeftijd van 15 jaar : maximum 40% op basis van het wettelijke remgeld (zie 1.7) van RIZIV.
- Logopedie
Logopedische prestaties : maximum 40% op basis van het wettelijke remgeld (zie 1.7) van RIZIV.
- Kinesitherapie
De tussenkomst is maximaal vastgesteld op 40% op basis van het wettelijke remgeld (zie 1.7) van RIZIV.
- Hoorapparaten
De tussenkomst is forfaitair vastgesteld op 175€ voor mono en 350€ voor stereo in de som ten laste van de begunstigde – wettelijke remgeld (zie 1.7) . Het gaat hier om een maximale tussenkomst per aflevering.
- Inspuitingen
De tussenkomst is maximaal vastgesteld op 40% op basis van het wettelijke remgeld (zie 1.7) van RIZIV.
- Podologie
De tussenkomst is maximaal vastgesteld op 40% op basis van het wettelijke remgeld (zie 1.7) van RIZIV. De berekening zal echter gebeuren op een maximaal ereloon van 15€.
- Medische analyses & labo onderzoeken
De tussenkomst is maximaal vastgesteld op 40 op basis van het wettelijke remgeld (zie 1.7) van RIZIV.
- Allerhande Prothesen (zie 1.14) - implantaten (pruiken, borst- en orthopedische prothesen...)
De tussenkomst is maximaal vastgesteld op 40% op basis van het wettelijke remgeld (zie 1.7) van RIZIV. De maximale tussenkomst is vastgesteld op 200€ per aflevering.
- Rolstoel
De tussenkomst is maximaal vastgesteld op 40% op basis van het wettelijke remgeld (zie 1.7) van RIZIV. De maximale tussenkomst is beperkt tot 750€ per aflevering.

2.1.4. Dringend Medisch Vervoer Ambulance, MUG, Helikopter via 100/112

Het gaat om Dringend Medisch Vervoer waarbij een dringende medische tussenkomst nodig is. Dit vervoer wordt exclusief aangevraagd via de oproepcentrale 112 en uitgevoerd door een erkende ambulancedienst. Het RIZIV via het ziekenfonds komt tussen naar rato van 50%. Verplaatsing naar dichtste hospitaal met beschikbare zorg.

Tussenkomst :

- 40% in wettelijke remgeld (zie 1.7)
- 90% in wettelijke remgeld indien het vervoer gelinkt is aan een 'erkende ziekte', door onze medisch adviseur (zie 1.13).

2.1.5. Vervoer in het kader van Nierdialyse en Kankerbehandeling

Het RIZIV, via het ziekenfonds, voorziet een wettelijke tussenkomst van 0,25€/km. Voor nierdialyse bestaat er op dit niveau een beperking van 30km/rit. Dit is niet het geval voor kankerbehandeling. Het ziekenhuis of medisch centrum waar de behandeling uitgevoerd werd geeft de opgave van de data van de bezoeken via formulieren 52/53 bestemd voor het ziekenfonds.

Wij passen dezelfde terugbetalingsregels toe met een max. tussenkomst van 0,20€/km gelegen tussen de woonplaats en het ziekenhuis of medisch centrum. Voor nierdialyse geldt er eveneens de beperking van max. 30km/enkele rit.

2.1.6. Hospitalisatiekosten

De tussenkomst is maximaal vastgesteld op 40% van de som ten laste van de begunstigde. Het gaat om de verblijfskosten en medische verzorging gedurende een verblijf van minstens 1 nacht of het concept 'daghospitalisatie' (zie 1.9). De supplementen voor een verblijf en de erelonen in een 1 of 2 persoonskamer zijn echter uitgesloten.

Opname in gesloten psychiatrische instelling:

Hier wordt de tussenkomst beperkt tot de medische verzorging en worden de kosten voor het verblijf niet vergoed.

2.2. Erkende Ziekten

2.2.1. Erkenningsmodaliteiten

De aanvraag om erkenning van een erkende ziekte (zie 1.13) dient te gebeuren d.m.v. het daartoe bestemd formulier vergezeld van een medisch dossier opgesteld door de behandelende geneesheer van de begunstigde. Deze documenten worden overgemaakt aan de zetel van de VZW die het dossier overmaakt aan de raadgeven geneesheer voor erkenning. Deze laatste kan steeds bijkomende informatie of een nieuw medisch verslag opvragen.

2.2.2. Datum van uitwerking van de erkenning

De datum van de erkenning wordt bepaald door de geneesheer-raadgever op basis van de gegevens van het dossier en de begindatum van de erkende ziekte (zie 1.13).

Een maximale retroactiviteit van 1 maand is voorzien. In geval van langdurige hospitalisatie (zie 1.9) kan deze periode verlengd worden met 2 maanden.

2.2.3. Modaliteiten voor tegemoetkoming

De tegemoetkoming is afhankelijk van het indienen van een gedetailleerd medisch verslag en van de voorgeschreven medicatie. De tegemoetkoming is gebaseerd op becijferde gegevens en het medische geheim wordt in alle omstandigheden gewaarborgd. Elke tegemoetkoming voor een erkende ziekte moet rechtstreeks met deze ziekte (zie 1.13) verband houden.

2.2.4. Lijst van erkende ziekten

Tuberculose - diabetes - kanker - multiple-sclerose - kinderverlamming - hersenverlamming - aandoeningen van de hersenen (neurologie, epilepsie, psychiatrische aandoeningen) - aandoeningen van het hart en bloedvaten - reumatologische aandoeningen (reuma en orthopedie) - gastro-intestinale en uro- genitale aandoeningen (maag- en darmstelsel, lever, gal, pancreas, schildklier, nieren) - genetische aandoeningen - H.I.V. virus - aandoeningen van de luchtwegen - neurologische aandoeningen.

De raadgevende geneesheer kan beslissen een ziekte te erkennen die niet in deze lijst is opgenomen.

2.2.5. Specifieke tussenkomsten voorzien in het kader van erkende ziekten

De tussenkomst in dit kader wordt vastgesteld op 90% voor de medische kosten voorzien in de rubriek ambulante verzorging en hospitalisatie (1.9) kosten zoals voorzien in de rubriek curatieve verzorging.

2.2.6. Ambulante verzorging

De begunstigten* kunnen aanspraak maken op een maximale tussenkomst van 90% in de kostprijs van de medische kosten ten laste van de begunstigde – wettelijke remgeld (zie 1.7) - voor de volgende prestaties:

- de raadplegingen en bezoeken van algemeen geneeskundigen en specialisten
- de technisch-medische handelingen
- de medische beeldvorming
- de radio- en radiumtherapie, de nucleaire geneeskunde, de interne geneeskunde, de dermato-venereologie
- de fysiotherapie, de klinische biologie
- de toeslag urgentie, de bandagisterie, de orthopedie
- de optiek, de akoustiek, de anatomo-pathologie, de genetiëk, de vroedvrouwen, de speciale verstrekkingen
- de tandartsen, de kinesitherapie, de verpleegkundige zorgen, de logopedie, de radio-isotopen, de hartrevalidatie

2.2.7. Farmaceutische producten

Er is een tussenkomst voorzien van 90% in de kostprijs – wettelijke remgeld (zie 1.7) ten laste van de begunstigde in de aankoop van farmaceutische producten. De tussenkomst is voorzien voor de producten behorend tot de categorie A, B, C, CS & CX volgens de gegevens verstrekt door de APB. Er is geen tussenkomst voorzien voor producten waarvoor er geen terugbetaling is in het kader van de RIZIV criteria zoals homeopathische, dieet- en natuurproducten...

Voor farmaceutische producten (zie 1.16) behorend tot de categorie "D" is er geen tussenkomst voorzien.

2.2.8. Hospitalisatiekosten

De tussenkomst is maximaal vastgesteld op 90% van de som ten laste van de begunstigde. Het gaat om de verblijfkosten en medische verzorging gedurende een verblijf van minstens 1 nacht of het concept 'daghospitalisatie' (zie 1.9).

De supplementen voor een verblijf en erelonen in een 1 of 2 persoonskamer zijn echter uitgesloten.

Opname in gesloten psychiatrische instelling:

Hier wordt de tussenkomst beperkt tot de medische verzorging en worden de kosten voor het verblijf niet vergoed.

2.2.9. Bijzondere prestaties

Zie omschrijving in de rubriek 2.1.3.

3. PROCEDURE VAN AANVRAAG TOT TUSSENKOMST

3.1. Aanvraagformulier 510 en 510bis

De aanvraagformulieren 510 en 510bis dienen respectievelijk gebruikt te worden voor het aanvragen van tussenkomsten voor curatieve verzorging en erkende ziekten (zie 1.13). Deze documenten zijn beschikbaar bij de sociale dienst of via intranet.

3.2. Medische bewijsstukken

- Een gedetailleerd overzicht afgeleverd door het ziekenfonds of verzekeringsmaatschappij met vermelding van de tussenkomsten verstrekt in dit kader. In geval van hospitalisatie* dient de desbetreffende rubriek correct ingevuld te worden.
- Een originele factuur afgeleverd door het ziekenhuis (zie 1.8) voor ambulante verstrekkingen of hospitalisatie*kosten met de bedragen ten laste van de begunstigde na het toepassen van het 'derdebetalerssysteem' door het ziekenfonds. Indien de begunstigde een ander medisch kostenplan heeft dan aanvaarden wij een kopie van de facturen vergezeld van een staat van de terugbetaalde bedragen.
- Een overzicht afgeleverd door de apotheker met vermelding van de betaalde farmaceutische producten (zie 1.16). 'Attest van vergoedbare farmaceutische verstrekkingen in het kader van een bijkomende verzekering' – BVAC-attest.
- Alle andere gedetailleerde bewijsstukken inzake geneeskundige verstrekkingen.

3.3. Termijn van aanvraag om tussenkomst

De indieningstermijn voor een tussenkomst is vastgesteld op maximum 15 maand, te rekenen vanaf de datum van de eerste medische prestatie van het dossier of facturatedatum. Na deze termijn is er sprake van verjaring en kunnen de medische kosten niet meer terugbetaald worden. Meerdere dossiers kunnen jaarlijks ingediend worden.

4. MOBILITEIT – TUSSENKOMST IN VERVOER VIA RAIL PASS – 10 ENKELE RITTEN

Er wordt beslist om vanaf 01/01/2018 een tussenkomst te verlenen in de kostprijs (na het verbruik van 10 ritten) via een aangekochte RAIL PASS bekomen bij de NMBS. De gebruikte, volledig ingevulde Rail Pass met 10 enkele ritten kan ons voorgelegd worden, samen met de traditionele borderellen 510 en 510bis voor tussenkomst.

Tussenkomst :

Wij verlenen een tussenkomst van €48 maximum per kalenderjaar per fiscale entiteit (gezin) voor 1 volledig gebruikte Rail Pass. Dit is meteen ook de maximale fiscale wettelijke tussenkomst die voorzien is.

5. DAG VAN DE GEPENSIONEERDE

Jaarlijks zal er een groot familie-evenement worden ingericht waarop alle begunstigden (gepensioneerden, weduwen en wezen) en hun eventuele partners uitgenodigd worden.

6. VOORDELENGIDS

Jaarlijks wordt een voordelengids uitgegeven. De voormelde begunstigden (gepensioneerden, weduwen en wezen) kunnen genieten van alle voordelen hierin aangeboden.