

De verzekeringen van CM

Algemene voorwaarden → 2026



CM. Jouw gezondheidsfonds.



Inhoudstafel

CM-MediKo Plan	4
1. Begripsomschrijvingen	4
2. Aansluitingsvoorwaarden	5
3. Aanvang, duur en einde van de aansluiting	6
4. Wachttijden	6
5. Premies	7
6. Geboorte en adoptie	8
7. Aanvang en einde van de waarborgen	8
8. Waarborgen	8
9. Uitsluitingen	11
10. Verval van recht	12
11. Aangifte, uitbetaling en verjaring	12
CM-Hospitaalplan en CM-Hospitaalplan Plus	13
1. Begripsomschrijvingen	13
2. Aansluitingsvoorwaarden	15
3. Aanvang, duur en einde van de aansluiting	16
4. Wachttijden	17
5. Premies	17
6. Geboorte en adoptie	19
7. Aanvang en einde van de waarborgen	19
8. Waarborgen	19
9. franchiseengrensbedragen.....	24
10. Uitsluitingen	25
11. Verval van recht	25
12. Aangifte	25
CM-Hospitaalfix en CM-Hospitaalfix Extra	27
1. Begripsomschrijvingen	27
2. Aansluitingsvoorwaarden.....	28
3. Aanvang, duur en einde van de aansluiting	28
4. Wachttijden	29
5. Premies	29
6. Geboorte en adoptie	30
7. Aanvang en einde van de waarborgen	30
8. Waarborgen	30
9. Uitsluitingen	31
10. Uitbetaling, subrogatie, verjaring	31
Diverse bepalingen	32

1 Begripsomschrijvingen

Voor deze verzekering worden de volgende begrippen als volgt gedefinieerd.

Aangeboden diensten en verrichtingen:

het geheel van de diensten en verrichtingen die worden georganiseerd door:

- het gezondheidsfonds CM Vlaanderen;
- de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten waarbij het gezondheidsfonds is aangesloten.

Aansluitingsdatum:

de eerste dag van de maand die volgt op de ontvangst door het gezondheidsfonds van de volledig ingevulde en door de verzekeringsnemer ondertekende verzekeringsovereenkomst, of de overeengekomen eerste dag van een volgende maand.

Ambulante prestaties:

vergoedbare medische prestaties en verstrekkingen die door of op voorschrift van RIZIV-erkende zorgverstrekkers en niet tijdens een hospitalisatie of daghospitalisatie worden uitgevoerd.

Behandelingplan (orthodontie):

geheel van de voorziene prestaties binnen een orthodontisch traject dat voor de start van de behandeling wordt opgesteld door de tandarts-specialist in de orthodontie of de tandarts die hiervoor erkend is door het RIZIV.

Daghospitalisatie:

medische opname waarvoor geen verpleegdag door het ziekenhuis wordt gefactureerd maar een miniforfait of dringende verzorging in een ziekenhuisbed en/of toediening van geneesmiddel of bloed/labiel bloedproduct via een intraveneus infuus, maxiforfait, chirurgisch dagziekenhuis (= forfait heelkundige dienst), forfait gipskamer, dagziekenhuisforfait groep 1 tot en met groep 7, forfait chronische pijn 1, 2 of 3, forfait manipulatie poortkatheter, maxiforfait (pediatrie) monotherapie, maxiforfait (pediatrie) combitherapie of een forfait oncologische basiszorg.

Forfait voor apparatuur (orthodontie):

door de nomenclatuur voorziene prestatie ter vergoeding van de apparatuur, geplaatst bij het begin van:

- een regelmatige orthodontische behandeling (nomenclatuurcode 305631)
- een vroege orthodontische behandeling (nomenclatuurcode 305933)

Franchise:

deel van de kosten dat altijd ten laste van de verzekerde blijft.

Gelijkaardige verzekering:

verzekering tegen ambulante ziektekosten met dezelfde deelwaarborgen als CM-MediKo Plan en een jaarlijks globaal plafondbedrag van minstens 2.500 euro per verzekerde.

Gerechtigde:

natuurlijk persoon uit hoofde van wiens beroepsactiviteit of gelijkgestelde toestand rechten in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voortvloeien of kunnen voortvloeien en die in die hoedanigheid bij CM Vlaanderen is aangesloten.

Hoorapparaat:

hoortoestel waarvoor de verzekerde recht heeft op een terugbetaling vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Hospitalisatie:

iedere medische opname in een ziekenhuis waarvoor minstens één verpleegdag door het ziekenhuis wordt gefactureerd.

Niet-terugbetaalbare verstrekking:

verstrekking waarvoor er geen recht is op een terugbetaling vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Nomenclatuur (van de geneeskundige verstrekkingen):

gecodeerde lijst met de geneeskundige verstrekkingen die de Belgische ziekteverzekering (verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen) geheel of gedeeltelijk vergoedt.

Orthodontische behandeling:

diagnose en behandeling van afwijkingen van groei van de kaken en de gebitsontwikkeling.

Overstap naar CM-MediKo Plan:

aansluiting bij deze verzekering met beëindiging van een onmiddellijk voorafgaande aansluiting bij een gelijkaardige verzekering tegen ambulante ziektekosten.

De beëindiging van deze voorafgaande aansluiting moet bewezen worden aan de hand van een attest, afgeleverd door de vorige verzekeraar, dat uitdrukkelijk de begin- en einddatum aangeeft. Deze einddatum moet vallen in de periode van één dag voor, tot drie maanden na de aansluitingsdatum bij CM-MediKo Plan.

Parodontologie:

diagnose en behandeling van aandoeningen van het tandvlees en/of andere weefsels die rond de tand zitten.

Persoon ten laste:

natuurlijk persoon die in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen niet als gerechtigde is aangesloten.

Premieperiode:

in de bijzondere voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst vastgelegde periode waarvoor de premie wordt betaald.

Premievervaldag:

dag voorafgaand aan de premieperiode. De premie moet betaald zijn op de vervalddag.

Reisvaccins:

vaccins tegen gele koorts, hepatitis A, buiktyfus, Japanse encefalitis, tekenencefalitis, polio, meningitis A, W en Y.

Remgeld (persoonlijk aandeel):

verschil tussen het tarief zoals vastgelegd door het RIZIV en de terugbetaling vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Tandimplantaat:

prothetisch element aangebracht in het kaaksbeen met het oog op de fixatie van een vaste of uitneembare tandprothese.

Tandprothese:

kunstmatige verving van één of meerdere natuurlijke tanden door uitneembare of vaste prothesen, kroon- en brugwerk ... omdat de tand(en) verdwenen of niet meer reconstrueerbaar is (zijn).

Terugbetaalbare verstrekking:

verstrekking waarvoor er recht is op een terugbetaling vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Toetredingsleeftijd:

de bereikte leeftijd van de verzekerde op de aansluitingsdatum.

Verzekeraar:

de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen met erkenningsnummer 150/01, afgekort MOB.

Verzekerden:

de gerechtigden en hun personen ten laste die bij de verzekering zijn aangesloten.

Verzekeringsaanvraag:

formulier dat uitgaat van de verzekeraar waarmee de verzekeraar aanbiedt het risico ten laste te nemen op vraag van de verzekeringsnemer.

Verzekeringsnemer:

de gerechtigde die de aansluiting bij de verzekering ondertekent. In geval van feitelijke scheiding kan de verzekering onderschreven worden zowel door de gerechtigde als door de echtgeno(o)t(e) die als persoon ten laste bij die gerechtigde is ingeschreven en dit schriftelijk verzoekt.

Verzekeringsovereenkomst:

het geheel van de algemene en de bijzondere voorwaarden van de verzekering.

Voedings- en dieetadvies:

advies gegeven door een diëtist die erkend is door het RIZIV.

Wachttijd:

periode die ingaat vanaf de aansluitingsdatum en waarvoor de premie betaald moet worden, maar waarin het recht op terugbetaling nog niet is geopend. De wachttijd eindigt met het ontstaan van het recht op terugbetaling.

Wettelijke terugbetaling:

elke terugbetaling bepaald door de Belgische wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

2 Aansluitingsvoorwaarden

De verzekering kan enkel worden onderschreven door een gerechtigde. In geval van feitelijke scheiding kan de verzekering ook worden onderschreven door de echtgeno(o)t(e) die als persoon ten laste bij de gerechtigde is ingeschreven.

De gerechtigde die wil aansluiten bij de verzekering dient zichzelf en alle personen die bij hem of haar ten laste staan voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, aan te sluiten bij de verzekering. Tenzij hij/zij met een attest aantoonst dat hij-/zijzelf of zijn/haar personen ten laste al bij een gelijkaardige verzekering is/zijn aangesloten.

In geval van feitelijke of wettelijke scheiding kunnen de kinderen ten laste desgewenst worden verzekerd via de ouder bij wie ze niet ten laste staan, in zoverre deze aansluit of is aangesloten bij de verzekering, of met een attest aantoonst dat hij/zij al bij een gelijkaardige verzekering is aangesloten.

Om bij de verzekering aan te sluiten en aangesloten te blijven, moeten de verzekerden aangesloten zijn bij CM Vlaanderen voor de aangeboden diensten en verrichtingen en in orde zijn met de CM-bijdragebetaling.

De overeenkomst zal worden beëindigd in geval van niet-betaling van deze bijdragen gedurende een periode van minstens 24 maanden, zoals omschreven in artikel 3.2.1 van de algemene voorwaarden. Deze beëindiging vindt bijgevolg plaats zelfs wanneer de verzekeringsnemer in orde was met de betaling van de premies voor de MOB.

3 Aanvang, duur en einde van de aansluiting

3.1 Aanvang en duur van de aansluiting

De overeenkomst komt tot stand bij de ondertekening van de verzekeringsaanvraag of de bijzondere voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst door de verzekeringsnemer en de eerste premiebetaling.

De overeenkomst bestaat uit twee delen:

- de algemene voorwaarden van de verzekering;
- de bijzondere voorwaarden zoals bepaald in artikel 64, §2 van de verzekeringswet van 4 april 2014.

De verzekeringsnemer heeft het recht om, binnen de veertien dagen na ontvangst door de MOB van de ondertekende verzekeringsaanvraag, de overeenkomst schriftelijk op te zeggen met onmiddellijk gevolg op het ogenblik van de kennisgeving.

De waarborg vangt aan op de aansluitingsdatum en geldt levenslang behalve bij opzegging van de overeenkomst door de verzekeringsnemer, het niet betalen van de premie en in het geval van fraude, zoals omschreven in deze algemene voorwaarden.

Wanneer het opzettelijk verzwijgen of het opzettelijk onjuist meedelen van gegevens over het risico de verzekeraar misleidt bij de beoordeling van dat risico is de verzekeringsovereenkomst nietig cfr. artikel 59 van de verzekeringswet van 4 april 2014.

3.2 Einde van de aansluiting

1. Zodra een verzekerde niet langer voldoet aan één van de aansluitingsvoorwaarden, eindigt zijn/haar aansluiting. De aansluiting geldt tot en met de laatste dag waarop aan alle aansluitingsvoorwaarden was voldaan.
2. Als een verzekerde persoon ten laste zelf gerechtigde wordt, kan hij de verzekering als verzekeringsnemer ononderbroken verder zetten met behoud van alle rechten. Bij overgang of mutatie naar een ziekenfonds dat niet is aangesloten bij de MOB Verzekeringen CM Vlaanderen, eindigt de aansluiting op de laatste dag van de maand voorafgaand aan deze van de overgang of mutatie.
3. Bij opzegging per brief door de verzekeringsnemer eindigt de aansluiting. Er is, onverminderd de toepassing van de bepalingen uit punt 3.1 'Aanvang duur en einde van de aansluiting', een opzegtermijn van één maand die ingaat vanaf de dag die volgt op de afgifte ter post (in geval van een aangetekend schrijven), de betekening (opzeg bij deurwaardersexploot) of de datum van het ontvangstbewijs (afgifte van een opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs).
4. Elke verzekeringsnemer moet de volledige premie voor zichzelf en zijn/haar personen ten laste betalen vóór de vervalddag. Bij niet-betaling of onvolledige betaling van de premie stuurt de verzekeraar een aangetekende brief naar de verzekeringsnemer cfr. artikel 69 tot en met 72 van de verzekeringswet van 4 april 2014. Als de verzekeringsnemer nalaat de achterstallige

premie te betalen binnen de vijftien dagen volgend op de afgifte datum van de aangetekende brief op de post, wordt de dekking geschorst vanaf de vijftiende kalenderdag volgend op die afgifte datum.

Als de verzekeringsnemer binnen de vijftien kalenderdagen, vanaf de eerste dag van de schorsing, de premie nog steeds niet heeft betaald, wordt de verzekeringsovereenkomst stopgezet op de vijftiende dag na de eerste dag van de schorsing.

Er is geen recht op vergoeding van schadegevallen die zich voordoen tijdens de schorsingsperiode. Tijdens de schorsingsperiode blijven de premies verschuldigd.

Als de verzekeringsovereenkomst wordt stopgezet kan men pas opnieuw aansluiten als aan alle aansluitingsvoorwaarden is voldaan en eventuele premieachterstallen uit het verleden zijn betaald. Verzekerden die zelf de verzekering stopzetten of waarvoor de verzekering bij CM-MediKo Plan wordt stopgezet door de MOB om redenen zoals omschreven in de algemene voorwaarden kunnen pas opnieuw aansluiten na een periode van minstens drie jaar die ingaat vanaf de datum waarop de vorige aansluiting werd afgesloten. Daarbij gelden dezelfde voorwaarden als voor een nieuwe aansluiting.

5. Bij overlijden van de verzekeringsnemer, kunnen zijn/haar personen ten laste de verzekering ononderbroken verder zetten met behoud van alle rechten als ze zelf verzekeringsnemer worden of ten laste komen van een andere verzekeringsnemer.

4 Algemene wachttijden

4.1 Algemene wachttijden

Voor CM-MediKo Plan gaat het recht op terugbetaling in na de volgende wachttijden die ingaan vanaf de aansluitingsdatum:

- drie maanden voor de waarborgen: wettelijk remgeld, reïsvaccins en voedings- en dieetadvies;
- zes maanden voor de waarborg oogzorg;
- twaalf maanden voor de waarborgen: parodontologie, tandprothesen en tandimplantaten, orthodontie, hoorapparaten en het bevallingsforfait.

4.2 Vermindering wachttijden

De wachttijden worden verminderd met de periode van ononderbroken onmiddellijk voorafgaande aansluiting:

- bij overstap vanuit een gelijkaardige verzekering zoals bepaald in de begripomschrijvingen;
- bij overgang van persoon ten laste naar gerechtigde of omgekeerd.

Bij overstap naar CM-MediKo Plan vanuit een tandenverzekering met gelijkaardige waarborgen tandzorgen als die van CM-MediKo Plan, worden de wachttijden die gelden voor alle door CM-MediKo Plan gedekte tandzorgen, verminderd met het aantal volledige maanden van ononderbroken onmiddellijk voorafgaande aansluiting bij die andere verzekering.

5 Premies

Overzicht van de maandpremies 2026 per verzekerde:

Bij aansluiting vóór de 60^{ste} verjaardag

Van 0 tot en met 9 jaar*	→ 13,04 euro
Van 10 tot en met 19 jaar	→ 17,46 euro
Van 20 tot en met 34 jaar	→ 18,35 euro
Van 35 tot en met 49 jaar	→ 22,61 euro
Van 50 tot en met 64 jaar	→ 25,12 euro
Van 65 tot en met 74 jaar	→ 28,57 euro
Vanaf 75 jaar	→ 31,39 euro

Bij aansluiting tussen de 60^{ste} en 66^{ste} verjaardag

Van 60 tot en met 64 jaar	→ 30,14 euro
Van 65 tot en met 74 jaar	→ 34,29 euro
Vanaf 75 jaar	→ 37,67 euro

Bij aansluiting tussen de 66^{ste} en 70^{ste} verjaardag

Van 66 tot en met 74 jaar	→ 37,15 euro
Vanaf 75 jaar	→ 40,81 euro

Bij aansluiting na de 70^{ste} verjaardag

Van 70 tot en met 74 jaar	→ 42,86 euro
Vanaf 75 jaar	→ 47,10 euro

* Kinderen die ten laste staan bij een verzekeringsnemer die is aangesloten bij CM-MediKo Plan zijn tot en met het derde kalenderjaar na hun geboortjaar vrijgesteld van premiebetaling.

Verzekerden die aangesloten zijn bij CM-Hospitaalplan of CM-Hospitaalplan Plus en CM-MediKo Plan krijgen een korting van 5% op de premie van CM-Hospitaalplan voor de periode waarin men bij beide verzekeringen is aangesloten.

De premie is afhankelijk van de leeftijd van de verzekerde.

In het kalenderjaar van aansluiting wordt de premie bepaald op basis van de toetredingsleeftijd. Nadien is de premie afhankelijk van de toetredingsleeftijd en van de bereikte leeftijd op 31 december van het kalenderjaar voorafgaand aan de premieperiode.

De premie kan op 1 januari van elk jaar aangepast worden aan het indexcijfer der consumptieprijzen of aan de medische indexen die gelden voor de private ziekteverzekeringsovereenkomsten als deze het indexcijfer der consumptieprijzen overschrijden, zoals bepaald in het K.B. van 1 februari 2010 zoals gewijzigd door het K.B. van 9 april 2024 tot vaststelling

van de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 204, §3 van de verzekeringswet van 4 april 2014.

CM-MediKo Plan is verbonden aan de index van het waarborgtype ambulante zorgen. De indexering is gelinkt aan de leeftijd. De aanpassing aan de consumptieprijsindex gebeurt op basis van de verhouding tussen de index van de maand juni van de twee voorgaande jaren. Daarnaast mag de premie slechts worden verhoogd in uitzonderlijke omstandigheden die omschreven zijn in artikel 504 van de controlewet van 13 maart 2016 en mits goedkeuring door de Controledienst voor de Ziekenfondsen.

Kinderen die ten laste staan bij een verzekeringsnemer die is aangesloten bij CM-MediKo Plan, zijn tot en met het derde kalenderjaar na het jaar van hun geboorte vrijgesteld van premiebetaling.

Als het aantal personen ten laste meer bedraagt dan drie, bedraagt de premie vanaf de vierde aangesloten persoon ten laste de helft van de premie van de premiecategorie waartoe die behoort. De rangorde wordt bepaald volgens de leeftijd, waarbij de oudste persoon ten laste als eerste persoon ten laste wordt gerangschikt.

De premie is door de verzekeringsnemer verschuldigd vanaf de aansluitingsdatum en voor elke begonnen maand. Niet-betaling van de premie leidt in overeenstemming met de bepaling zoals omschreven in punt 4 van hoofdstuk 3.2 'Einde van de aansluiting', tot stopzetting van de verzekering.

De periodiciteit voor de premiebetaling is afhankelijk van de tussen de verzekeringsnemer en verzekeraar overeengekomen betaalwijze. Onverschuldigde premies worden automatisch en binnen de dertig dagen na het einde van de aansluiting teruggestort.

6 Geboorte en adoptie

Voor een pasgeboren of geadopteerd kind dat ten laste komt te staan van een verzekeringsnemer die op de geboortedatum of adoptiedatum bij CM-MediKo Plan is aangesloten, gelden volgende bijzondere bepalingen:

- de geboortedatum of adoptiedatum geldt als aansluitingsdatum;
- er moet geen wachttijd doorlopen worden. Er is onmiddellijk recht op terugbetaling.

Voor een pasgeborene of geadopteerde die niet aan deze voorwaarden voldoet, gelden de bepalingen van een gewone aansluiting.

7 Aanvang en einde van de waarborgen

Kosten gemaakt vóór de aansluitingsdatum en na beëindiging van de aansluiting worden niet vergoed.

De verzekerde moet op verzoek van de verzekeraar alle nuttige informatie verstrekken en op de gestelde vragen antwoorden om de omstandigheden en de omvang van de schade te kunnen vaststellen. Als de verzekerde vanuit bedrieglijk opzet informatie achterhoudt of onjuist verstrekt, kan de verzekeraar voor het concrete schadegeval zijn dekking weigeren.

De MOB behoudt zich het recht voor om onrechtmatig verkregen terugbetalingen met alle rechtsmiddelen terug te vorderen van de verzekerde die ze ontving.

8 Waarborgen

8.1 Algemene bepalingen

Tenzij uitdrukkelijk anders vermeld wordt, waarborgt CM-MediKo Plan enkel kosten:

- waarvoor recht is op een terugbetaling vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- die zich voordoen buiten een hospitalisatieperiode of daghospitalisatie;
- voor prestaties die in België voorgeschreven zijn en in België verstrekt worden;
- voor prestaties van diagnostische en/of curatieve aard die uitgevoerd of voorgeschreven zijn door een RIZIV-erkend zorgverstreker.

Aan verzekerden die tijdelijk geen recht hebben op een terugbetaling vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen omdat ze niet in regel zijn of de wachttijd nog niet hebben volbracht, wordt dezelfde terugbetaling toegekend als deze die ze zouden krijgen als ze wel recht hebben.

De terugbetalingen die voorzien worden door de verplichte ziekteverzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de arbeidsongevallenverzekering, het Federaal

agentschap voor beroepsrisico's of iedere andere vergoeding van een verzekering, kas, fonds, organisme of instelling waarbij de aansluiting wettelijk verplicht is, worden in mindering gebracht van de ingediende kosten.

Verzekerden die al een terugbetalingen kregen in uitvoering van een andere individuele of collectieve verzekering of een vergoeding ontvangen van eender welke aard kunnen een kopie van de factuur en de onkostennota's en van de afrekening van de andere verzekeringsmaatschappij of instantie aan de MOB overmaken. De MOB betaalt dan de terugbetaling die de verzekerde zou krijgen als hij/zij geen individuele of collectieve verzekering had, maar beperkt tot het resterend bedrag per deelwaarborg ten laste van de verzekerde na tussenkomst van de andere verzekering.

De terugbetalingen van CM-MediKo Plan mogen gecumuleerd worden met de waarborgen 'pre- en posthospitalisatie' en 'ernstige ziekten' van CM-Hospitaalplan zoals beschreven in deze algemene voorwaarden. Het totaal terugbetaalde bedrag kan echter nooit hoger zijn dan het bedrag van de gedekte waarborgen en de in werkelijkheid gefactureerde kosten.

De verzekerde meldt bij de schadeaanfite het bestaan van om het even welke andere verzekering die voorziet of kan voorzien in een volledige of gedeeltelijke terugbetaling van de gemaakte kosten.

Als de terugbetaling betrekking heeft op kosten waarvoor schadeloosstelling is voorzien krachtens een andere Belgische wetgeving, een buitenlandse wetgeving of het gemeen recht, treedt de MOB in alle rechten die de verzekerde tegenover derden kan doen gelden voor de terugbetalingen door de verzekering betaald. De verzekering kan overgaan tot terugvordering van uitbetaalde terugbetalingen bij degene die schadeloosstelling is verschuldigd krachtens de andere Belgische wetgeving, buitenlandse wetgeving of het gemeen recht. De verzekeringsmaatschappijen burgerlijke aansprakelijkheid worden gelijkgesteld met degenen die schadeloosstelling zijn verschuldigd.

8.2 Basiswaarborgen

A. Wettelijk remgeld

CM-MediKo Plan dekt 75 % van het wettelijk remgeld voor onderstaande ambulante raadplegingen en technische verstrekkingen tot maximaal 1.500 euro per verzekerde per jaar:

- de raadplegingen en bezoeken van algemeen geneeskundigen en specialisten: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 2;
- de technisch-medische handelingen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 3;
- de tandartsen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 5, zonder de tandprothesen, tandimplantaten, abutments, kronen, bruggen en eventuele bijplaatsingen op bestaande tandprothesen die vergoed worden volgens de waarborgen tandzorgen (zie 8.2 B);
- de kinesitherapie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 7;
- de verpleegkundige zorgen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 8;

- de vroedvrouwen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 9, verplaatsingskosten inbegrepen;
- de speciale verstrekkingen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 11;
- de medische beeldvorming: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 17, 17bis, 17ter, 17quater;
- de radio- en radiumtherapie, de nucleaire geneeskunde: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 18;
- de inwendige geneeskunde: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 20;
- de dermato-venereologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 21;
- de fysiotherapie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 22;
- de klinische biologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 24 en 24 bis;
- de toeslag urgentie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 26;
- orthopedisch technologen in de bandagisterie/orthesiologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 27/1
- orthopedisch technologen in de prothesiologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 28/1
- orthopedisch technologen in de schoentechologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 29/1
- de anatomo-pathologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 32;
- de genetik: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 33 en 33bis;
- de interventionele verstrekkingen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 34;
- de logopedie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 36
- zorg op afstand: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 37
- de verstrekkingen van de pseudonomenclatuur voor het verstrekken van individuele sessies en/of groepsessies door een klinisch psycholoog, orthopedagoog, arts, andere hulpverlener of zorgverstreker in het kader van 'Eerstelijns en gespecialiseerde psychologische zorg in een netwerk voor geestelijke gezondheidszorg'. Deze zorgverleners zijn aangesloten bij een 'Netwerk geestelijke gezondheidszorg' dat de overeenkomst met het 'Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering' betreffende de financiering van de psychologische functies in de eerste lijn via netwerken en lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden ondertekend heeft.

Per verzekerde wordt een franchise van 30 euro toegepast op de totale terugbetaling voor het wettelijk remgeld van alle prestaties uit eenzelfde kalenderjaar. De franchise kan op 1 januari van elk kalenderjaar aangepast worden aan het indexcijfer der consumptieprijzen of aan de algemene medische index die geldt voor de ambulante ziektekostenverzekeringen als deze het indexcijfer der consumptieprijzen overschrijdt, zoals bepaald in het K.B. van 1 februari 2010 zoals gewijzigd door het K.B. van 18 maart 2016 tot vaststelling van de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 204, §3 van de verzekeringswet van 4 april 2014.

De aanpassing aan de consumptieprijsindex gebeurt op basis van de verhouding tussen de index van de maand juni van de twee voorgaande jaren.

Terugbetaling

De terugbetaling wordt gegeven:

- Hetzij op basis van de bij het gezondheidsfonds ingediende getuigschriften voor verstrekte hulp of van aflevering;
- Hetzij op basis van de door de zorgverstreker via de regeling betalende derde ingediende prestaties in het kader van de tegemoetkoming door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De berekening van de terugbetalingen gebeurt uitsluitend op basis van de wettelijke tarieven opgenomen in de nomenclatuur van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en op basis van het tarief dat wordt toegepast voor wie een globaal medisch dossier heeft bij de huisarts.

De terugbetalingen gebeuren driemaandelijks.

B. Tandzorg

Ongeacht of er al dan niet een wettelijke terugbetaling voor bestaat, voorziet CM-MediKo Plan in een terugbetaling voor onderstaande tandzorgen die op medisch voorschrift worden uitgevoerd:

Parodontologie:

De kosten (andere dan het wettelijk remgeld) van parodontologische prestaties (zie begripsomschrijvingen) tot 600 euro per verzekerde, voor alle prestaties uitgevoerd in eenzelfde kalenderjaar.

Tandprothesen en tandimplantaten:

De kosten voor de aankoop en het plaatsen van tandprothesen en tandimplantaten tot 600 euro per verzekerde, voor alle prestaties uitgevoerd in eenzelfde kalenderjaar. Herstellingen en rebaseringen van tandprothesen worden vergoed volgens de waarborg remgeld (zie 8.2 A).

Orthodontie:

De kosten (andere dan het wettelijk remgeld) van een orthodontische behandeling bij een tandarts-specialist in de orthodontie of een tandarts die hiervoor erkend is door het RIZIV tot maximaal 600 euro per behandelingsplan (zie begripsomschrijvingen).

De vergoeding bedraagt maximaal 600 euro voor alle behandelingsplannen samen, gestart voor de 18de verjaardag en maximaal 600 euro voor alle behandelingsplannen samen, gestart na de 18de verjaardag.

Orthodontische behandelingen waarvan de uitvoering van het behandelingsplan (voor orthodontische behandelingen betekent dit het plaatsen van het eerste orthodontisch apparaat binnen het behandelingsplan) is gestart tijdens of voorafgaand aan de wachttijd, worden – ook na het verstrijken van de wachttijd – niet vergoed:

- Voor behandelingen met RIZIV-terugbetaling geldt de datum waarop het 'forfait voor apparatuur bij het begin van de behandeling' (zie begripsomschrijvingen) wordt geattesteerd als datum van plaatsing van het eerste apparaat.

Algemene voorwaarden CM-MediKo Plan

- Voor behandelingen zonder RIZIV-terugbetaling moet de datum van de plaatsing van het eerste apparaat binnen het behandelingsplan en de omschrijving van het geplaatste apparaat duidelijk vermeld worden op het aangifteformulier en/of het behandelingsplan.

Enkel prestaties (andere dan het remgeld) die vallen op dezelfde datum van of na de plaatsing van het eerste apparaat binnen het behandelingsplan zijn vergoedbaar binnen deze waarborg.

Bovenstaande terugbetalingen in tandzorgen kunnen gecumuleerd worden met de eventuele terugbetaling binnen de waarborg wettelijk remgeld zoals voorzien in hoofdstuk 8.2 A.

Tandzorgen met een louter esthetisch karakter zoals het bleken van tanden, aanbrengen van facetten en soortgelijke verstrekkingen worden niet vergoed.

Terugbetaling

De terugbetaling wordt gegeven:

- Hetzij op basis van het 'aangifteformulier tandzorgen' dat terug te vinden is op www.cm.be/formulieren. Dit document wordt door de zorgverstreker en de verzekerde volledig ingevuld en ondertekend;
- Hetzij op basis van de factuur of het getuigschrift voor verstrekte hulp, afgeleverd door de zorgverstreker, dat dezelfde informatie bevat als het bovenvermelde attest;
- Voor orthodontische behandelingen zonder RIZIV-terugbetaling: het gedetailleerde behandelingsplan, opgemaakt en ondertekend door de hiervoor door het RIZIV-erkende verstreker. Dit document kan op voorhand of samen met de eerste vraag tot terugbetaling aan de verzekeraar bezorgd worden.

Bij het ontbreken van informatie op de gevraagde documenten kan de verzekeraar bijkomende inlichtingen of bewijsstukken vragen.

Overstap vanuit een gelijkaardige tandenverzekering

- Bij overstap naar CM-MediKo Plan vanuit een tandenverzekering met gelijkaardige waarborgen tandzorgen als die van CM-MediKo Plan, worden de wachttijden die gelden voor alle door CM-MediKo Plan gedekte tandzorgen, verminderd met het aantal volledige maanden van ononderbroken onmiddellijk voorafgaande aansluiting bij die andere verzekering.
- Reeds opgestarte orthodontische behandelingen komen enkel voor een terugbetaling vanuit de specifieke waarborg orthodontie in aanmerking in zoverre de verzekerde kan aantonen dat het eerste orthodontisch apparaat van het initiële behandelingsplan niet werd geplaatst binnen de eerste twaalf maanden na aansluiting bij de vorige verzekeraar.

C. Oogzorg

Corrigerende glazen en contactlenzen

Ongeacht of er al dan niet een wettelijke terugbetaling voor bestaat, voorziet CM-MediKo Plan in een tegemoetkoming voor de aankoop van corrigerende glazen of contactlenzen

tot 120 euro per verzekerde voor alle prestaties van eenzelfde kalenderjaar. Brilmonturen en zonnebrillen worden niet vergoed.

Intra-oculaire lenzen en ambulante heelkundige correcties van het gezichtsvermogen.

Ongeacht of er al dan niet een wettelijke terugbetaling voor bestaat, voorziet CM-MediKo Plan in een terugbetaling voor intra-oculaire lenzen en ambulante heelkundige correcties van het gezichtsvermogen zoals laserbehandelingen of keratotomie tot 250 euro per verzekerde voor alle prestaties van eenzelfde kalenderjaar.

Terugbetaling

De terugbetaling wordt gegeven:

- Hetzij op basis van de factuur van de opticien, desgevallend vergezeld van het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering;
- Hetzij op basis van de gedetailleerde ereloonnota van de arts in geval van heelkundige correcties, desgevallend vergezeld van het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering;
- Hetzij op basis van het volledig ingevulde en door de verstreker ondertekende 'aanvraagformulier lasertherapie en lensimplantaten' dat terug te vinden is op www.cm.be/formulieren.

Deze documenten vermelden minstens de naam van de rechthebbende, het RIZIV-nummer van de zorgverstreker, de naam van de verstrekking of aflevering of, indien van toepassing, de nomenclatuurcode, de prestatie- of afleveringsdatum en het door de patiënt te betalen bedrag.

D. Hoorapparaten

CM-MediKo Plan voorziet in een terugbetaling tot 600 euro voor de aankoop van een monofoon hoorapparaat en tot 1.200 euro samen voor de aankoop van een stereofoon hoorapparaat zoals omschreven in de begripsomschrijvingen. Enkel hoorapparaten verstrekt op medisch voorschrift, afgeleverd door een RIZIV-erkend audioloog en waarvoor de verzekerde recht heeft op terugbetaling vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, komen in aanmerking voor vergoeding.

Batterijen of ander toebehoren voor de hoorapparaten worden niet vergoed.

Terugbetaling

De terugbetaling wordt gegeven:

- Hetzij op basis van het getuigschrift van aflevering ('bijlage 12') dat door de audioloog wordt opgemaakt en door de verzekerde of verstreker aan CM werd bezorgd;
- Hetzij op basis van de factuur van de audioloog die het hoorapparaat verstrekt.

Deze documenten vermelden minstens de naam van de rechthebbende, het RIZIV-nummer van de zorgverstreker, de merknaam van het hoorapparaat en/of de nomenclatuurcode, de datum van aflevering, het door de patiënt te betalen bedrag, de terugbetaling vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en het persoonlijk aandeel (remgeld en supplement).

E. Reisvaccins

CM-MediKo Plan voorziet in een terugbetaling tot 25 euro per verzekerde voor alle in eenzelfde kalenderjaar aangekochte vaccins tegen gele koorts, hepatitis A, buiktyfus, Japanse encefalitis, tekenencefalitis, polio, meningitis A, W en Y.

Terugbetaling

De terugbetaling wordt gegeven:

- Hetzij op basis van het door de verstreker volledig ingevulde en ondertekende 'aanvraagformulier reisvaccinaties' dat terug te vinden is op www.cm.be/formulieren;
- Hetzij op basis van het door de verstreker ondertekende BVAC-attest op naam van de verzekerde dat door de apotheker wordt afgeleverd in het kader van de terugbetaling door een bijkomende verzekering;
- Hetzij op basis van de factuur van een andere RIZIV-erkende instantie die het vaccin verstrekt.

Deze documenten vermelden minstens de naam van de rechthebbende, de naam van het aangekochte vaccin, de eventuele CNK-code van het vaccin, de datum van aflevering en het door de patiënt te betalen bedrag.

F. Bevallingsforfait

CM-MediKo Plan voorziet in een forfait van 250 euro in de kosten bij een bevalling van de verzekerde.

Terugbetaling

De terugbetaling wordt gegeven op basis van het geboorte-attest dat door de gemeente wordt verstrekt.

G. Voedings- en dieetadvies

Ongeacht of er al dan niet een wettelijke terugbetaling voor bestaat, voorziet CM-MediKo Plan in een terugbetaling tot 40 euro per verzekerde voor kosten van alle prestaties binnen eenzelfde kalenderjaar, die te maken hebben met het verkrijgen van voedings- of dieetadvies van een RIZIV-erkend diëtist.

Terugbetaling

De terugbetaling wordt gegeven:

- Hetzij op basis van het door de diëtist ingevulde en ondertekende 'aanvraagformulier voedings- en dieetadvies' dat terug te vinden is op www.cm.be/formulieren;
- Hetzij op basis van de factuur van de diëtist of het getuigschrift voor verstrekte hulp, afgeleverd door de zorgverstreker dat dezelfde informatie bevat als het bovenvermelde formulier.

9

Uitsluitingen

De hierna vermelde kosten worden niet door CM-MediKo Plan vergoed.

- Kosten die betrekking hebben op volgende prestaties en hun gevolgen en verwickelingen:
 - (louter) esthetische zorgen of behandeling, verjongingskuren of zorgen met esthetisch oogmerk;
 - preventieve opsporingsonderzoeken;
 - kuurbehandelingen (bijvoorbeeld thermalisme, thalassotherapie en hygiënodiëetkuur);
 - borstvergrotingen;
 - behandelingen en geneesmiddelen waarvan het nut niet wetenschappelijk is bewezen.
- Kosten ten gevolge van een (burger)oorlog of een ramp.
- Kosten ten gevolge van onlusten, oproer en politiek, ideologisch of sociaal geïnspireerde collectieve daden van geweld. Deze uitsluiting is niet van toepassing als de verzekerde aantoonbaar:
 - dat hij/zij er niet actief aan heeft deelgenomen;
 - dat hij/zij zich in staat van wettige zelfverdediging bevond;
 - dat hij/zij is opgetreden met het oog op redding van personen, dieren of goederen, als deze niet het voorwerp uitmaken van voornoemde feiten.
- Kosten ten gevolge van een feit of een opeenvolging van feiten waar radioactieve, giftige, explosieve of andere gevaarlijke eigenschappen van brandstoffen of producten of radioactieve afvalstoffen de oorzaak van zijn, evenals de kosten die rechtstreeks voortspuiten uit ioniserende stralingen en ontstaan zijn door een ramp. Bestralingen en behandelingen met dergelijke producten ingevolge een medische behandeling zijn wel gewaarborgd.
- Prestaties die niet noodzakelijk zijn voor het herstel van de gezondheid.
- Kosten die overeenkomstig de Belgische wetgeving niet mogen worden aangerekend.
- Extra remgeld of andere toeslagen die aangerekend mogen of moeten worden voor een medische prestatie als de verzekerde de door de overheid genomen maatregelen in het kader van preventie, sensibilisering en echelonnering van de gezondheidszorg niet naleeft.

10 Verval van recht

1. Kosten ten gevolge van een opzettelijke daad, roekeloze daden, weddenschappen, uitdagingen of vrijwillige deelname aan een misdaad of wanbedrijf.
2. Kosten die het gevolg zijn van een staat van dronkenschap of alcoholintoxicatie van de verzekerde of het zonder medisch voorschrift onder invloed staan van verdovende middelen, narcotica, hallucinogenen, andere drugs of geneesmiddelen indien er tussen die omstandigheden en de ziekte of het ongeval een oorzakelijk verband bestaat.

Het bovenstaande verval van recht vindt geen toepassing wanneer bewezen wordt dat de verzekerde door onwetendheid drank of verdovende middelen gebruikte of er door een derde toe werd gedwongen.

3. Kosten ten gevolge van de beoefening van volgende gevaarlijke sporten zoals: alpinisme, basejumps, bergbeklimmen, bobsleeën, canyoning, deltavliegen, diepzeeduiken, down-hill, elastiekspringen, horse-ball, ijsklimmen, racen (motor, wagen, buitenboordmotor), paraglijding, parasailing, parapente, rafting, rodelen, schansspringen, acrobatisch skiën, skiën buiten piste, snowboard buiten piste, speleologie, ULM, valschermspringen, vechtsporten, zweefvliegen en eender welke sport als beroepsactiviteit, trainingen inbegrepen.

11 Aangifte, uitbetaling en verjaring

1. De verjaringstermijn voor het indienen van schadekosten bedraagt drie jaar vanaf het einde van de maand waarin de verzekerde deze ontvangt. Kosten die ten laste blijven van de verzekerde omdat de stukken vervallen zijn voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen worden niet vergoed.

De verjaringstermijn voor de vordering door de MOB tot terugbetaling van een onverschuldigde terugbetaling bedraagt drie jaar vanaf het einde van de maand waarin de uitbetaling is gebeurd. De toegezonden stukken blijven in het bezit van de MOB.

Als nodig kan de MOB bijkomende informatie vragen, die de huisarts of behandelende arts moet invullen, of kan de MOB vragen nog andere documenten te overhandigen.

2. De terugbetalingen van CM-MediKo Plan worden gestort op het rekeningnummer dat bij CM gekend is voor de terugbetaling van gezondheidszorgen, en ontslaan de MOB volledig van enige vervolging wegens verkeerde uitbetaling.
3. De terugbetaling wordt uitbetaald aan de verzekerde. Als de verzekerde overlijdt, wordt de terugbetaling uitbetaald aan de natuurlijke persoon die bewijst dat hij/zij de rekening heeft betaald.

4. De MOB heeft het recht op ieder ogenblik de juistheid of de volledigheid van de aangiften te laten onderzoeken door een door de MOB aangeduide arts en desgevallend informatie op te vragen.

In geval van medische betwisting over de medische aspecten van een schadedossier, kunnen de partijen in gemeenschappelijk overleg elk een arts aanstellen om het geschil te beslechten. Als de arts van de verzekerde en die van de MOB het onderling niet eens worden, duiden zij een derde arts aan om als scheidsrechter op te treden. Wordt men het niet eens over deze benoeming, dan wordt deze derde arts op verzoek van de meest gerede partij door de voorzitter van de bevoegde rechtbank van eerste aanleg aangeduid.

De woonplaats van de verzekerde is bepalend voor de bevoegdheid van de rechtbank. De beslissing van deze scheidsrechter is bindend.

Elke partij draagt de kosten en het honorarium van haar raadslieden. De verliezende partij draagt de kosten en het honorarium van de derde arts en de kosten van zijn/haar aanstelling.

5. De verjaringstermijn voor het betwisten van de beslissingen van de MOB bedraagt drie jaar, vanaf het einde van de maand waarin de beslissing aan de verzekerde werd toegestuurd.
6. De MOB heeft het recht de gedane verklaringen en de antwoorden op haar vragen om inlichtingen te onderzoeken. De verzekerde of zijn/haar aangestelde moet de nodige maatregelen treffen om de afwerking van de aangifte door de MOB te vergemakkelijken.
7. Als de verzekerde één van de verplichtingen opgelegd door punten 1, 3 en 4 van dit artikel niet nakomt of bij bedrieglijk opzet, kan de MOB de terugbetaling weigeren.

CM-Hospitaalplan CM-Hospitaalplan Plus

1 Begripsomschrijvingen

Voor deze verzekering worden de volgende begrippen als volgt gedefinieerd.

Aangeboden diensten en verrichtingen:

het geheel van de diensten en verrichtingen die worden georganiseerd door:

- het gezondheidsfonds CM Vlaanderen;
- de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten waarbij het gezondheidsfonds is aangesloten.

Aansluitingsdatum:

de eerste dag van de maand die volgt op de ontvangst door het gezondheidsfonds van de volledig ingevulde en door de verzekeringsnemer ondertekende verzekeringsovereenkomst of de overeengekomen eerste dag van een volgende maand.

CM-Hospitaalplan:

de verzekering gevormd door deze bepalingen en de bijzondere voorwaarden. Deze maken één geheel uit.

CM-Hospitaalplan Plus

is optioneel binnen CM-Hospitaalplan en bevat verhoogde of bijkomende waarborgen. De verzekerden binnen CM-Hospitaalplan kunnen zich bijkomend voor CM-Hospitaalplan Plus verzekeren en betalen hiervoor een extra premie.

Daghospitalisatie:

medische opname waarvoor geen verpleegdag door het ziekenhuis wordt gefactureerd maar een miniforfait of dringende verzorging in een ziekenhuisbed en/of toediening van geneesmiddel of bloed/labiel bloedproduct via een intraveneus infuus, maxiforfait, chirurgisch dagziekenhuis (= forfait heelkundige dienst), forfait gipskamer, dagziekenhuisforfait groep 1 tot en met groep 7, forfait chronische pijn 1, 2 of 3, forfait manipulatie poortkatheter, maxiforfait (pediatrie) monotherapie, maxiforfait (pediatrie) combitherapie of forfait oncologische basiszorg.

Dringend ziekenvervoer:

ambulancevervoer georganiseerd na een oproep naar het eenvormig oproepstelsel 112 en volgens de wet op de dringende geneeskundige hulpverlening van 08-07-1964.

Franchise:

deel van de kosten dat altijd ten laste van de verzekerde blijft.

Gelijkaardige mutualistische verzekering:

hospitalisatieverzekering ingericht door een Belgische mutualistische entiteit die voorziet in een kostendekkende vergoeding. De MOB beschouwt de waarborg als gelijkaardig aan die van CM-Hospitaalplan wanneer honorariumsupplementen in een éénpersoonskamers tot tenminste 100% van het tarief zoals vastgesteld door het RIZIV kunnen worden terugbetaald.

De MOB beschouwt de waarborg als gelijkaardig aan die van CM-Hospitaalplan Plus wanneer honorariumsupplementen

in een éénpersoonskamer tot tenminste 200% van het tarief zoals vastgesteld door het RIZIV kunnen worden terugbetaald.

Gelijkaardige commerciële verzekering:

hospitalisatieverzekering ingericht door een Belgische commerciële verzekeraar die voorziet in een kostendekkende vergoeding.

De MOB beschouwt de waarborg als gelijkaardig aan die van CM-Hospitaalplan wanneer honorariumsupplementen in een éénpersoonskamers tot tenminste 100% van het tarief zoals vastgesteld door het RIZIV kunnen worden terugbetaald.

De MOB beschouwt de waarborg als gelijkaardig aan die van CM-Hospitaalplan Plus wanneer honorariumsupplementen in een éénpersoonskamer tot tenminste 200% van het tarief zoals vastgesteld door het RIZIV kunnen worden terugbetaald.

Geneesmiddel:

ieder product dat uitsluitend in een apotheek wordt afgeleverd, dat is voorgeschreven door een arts en dat als farmaceutische specialiteit of magistrale bereiding is geregistreerd door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn/haar bevoegdheid heeft. Worden onder andere niet als geneesmiddel beschouwd: de verbandmiddelen, de hygiëne- en dieetproducten, de verplegingsartikelen, de reactieven, de homeopathische middelen en kousen.

Gerechtigde:

natuurlijk persoon uit hoofde van wiens beroepsactiviteit of gelijkgestelde toestand rechten in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voortvloeien of kunnen voortvloeien en die in die hoedanigheid bij CM Vlaanderen is aangesloten.

Honorariumsupplement:

deel van het honorarium dat gevraagd wordt door de zorgverstrekker boven het tarief vastgelegd door het RIZIV.

Hospitalisatie:

iedere medische opname in een ziekenhuis waarvoor minstens één verpleegdag door het ziekenhuis wordt gefactureerd. Een hospitalisatie die zowel een verblijf op een gemeenschappelijke kamer als op een eenpersoonskamer omvat, wordt volledig beschouwd als een hospitalisatie op een eenpersoonskamer. Een hospitalisatie die zowel een verblijf op een tweepersoonskamer als op een eenpersoonskamer omvat, wordt volledig beschouwd als een hospitalisatie op een eenpersoonskamer. Een hospitalisatie met een transfer naar een ander ziekenhuis voor dezelfde aandoening wordt beschouwd als één hospitalisatie.

Implantaat:

elk synthetisch of lichaamsvreemd materiaal, instrument, apparaat, hulpmiddel, elke stof of elk artikel dat door de fabrikant is bestemd om:

- hetzij geheel of gedeeltelijk geïmplant te worden (in een natuurlijke opening of via een medische of chirurgische ingreep);
- hetzij een deel van het epitheelweefsel te vervangen.

Hoofdzakelijk voor het verwezenlijken van volgende doelstellingen:

- diagnose, preventie, bewaking, behandeling of verlichting van een ziekte;
- diagnose, bewaking, behandeling, verlichting of compensatie van een verwonding of handicap;
- onderzoek naar, vervanging of wijziging van de anatomie of van een fysiologisch proces.

De belangrijkste beoogde uitwerking wordt niet met farmacologische, chemische of immunologische middelen of door metabolismen bekomen, maar kan wel door dergelijke middelen of processen worden ondersteund. Een implantaat is bestemd om na de ingreep gedurende tenminste 30 dagen geïmplanteerd te blijven. Het is enkel te verwijderen door een medische handeling of chirurgische ingreep.

Kortverblijf:

een tijdelijk verblijf tijdens de dag, gecombineerd met overnachting, van de verzekerde in een door de Vlaamse overheid erkend centrum voor kortverblijf in het kader van het woonzorgdecreet of in een centrum dat voorkomt op de "Limitatieve Lijst van de door het Ziekenfonds erkende centra met tijdelijk verblijf met overnachting" opgenomen in Bijlage 8 van de statuten van CM Vlaanderen.

Kraamzorg:

de zorg en ondersteuning voor de moeder, het kind en hun gezin die voor of na een bevalling uitgevoerd worden door de door de Vlaamse overheid erkende dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg.

Niet-dringend ziekenvervoer (consultatievervoer):

vervoer op Belgisch grondgebied wanneer er een medische noodzaak is voor dit niet-dringend ziekenvervoer met het oog op het uitvoeren van verplaatsingen van een verzekerde voor een consultatie in, bij opname in, of ontslag uit een RIZIV -erkend ziekenhuis of nierdialysecentrum. Dit niet-dringend ziekenvervoer wordt vooraf aangevraagd via de intakecentrale MUTAS vzw.

Niet-dringend ziekenvervoer (reeksvervoer):

vervoer op Belgisch grondgebied wanneer er een medische noodzaak is voor dit niet-dringend ziekenvervoer met het oog op het uitvoeren van reeksvervoer van de verzekerde voor nierdialyse of voor een oncologische behandeling door de vervoerde verzekerde. Dit niet-dringend reeksvervoer wordt vooraf aangevraagd via de intakecentrale MUTAS vzw.

Niet-terugbetaalbare verstrekking:

verstrekking waarvoor er geen recht is op een terugbetaling vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Ongeval:

een plotse gebeurtenis die een objectief vast te stellen letsel veroorzaakt en waarvan de oorzaak of één van de oorzaken buiten het organisme van het slachtoffer ligt.

Orthopedisch toestel:

een toestel, apparaat of hulpmiddel dat een valide persoon niet nodig heeft en dat nodig is om aangetaste of verzwakte lichaamsdelen te steunen, dan wel het gebruik of de functies ervan te bevorderen.

Overstap naar CM-Hospitaalplan:

aansluiting bij deze verzekering met beëindiging van een onmiddellijk voorafgaande aansluiting bij een gelijkaardige commerciële hospitalisatieverzekering of gelijkaardige mutualistische hospitalisatieverzekering van een ander ziekenfonds. De beëindiging van de voorafgaande aansluiting moet bewezen worden aan de hand van een attest afgeleverd door de vorige verzekeraar dat uitdrukkelijk de begin- en einddatum aangeeft. Deze einddatum moet vallen in de periode van één dag voor, tot drie maanden na de aansluitingsdatum bij CM-Hospitaalplan.

Parafarmaceutisch product:

een product of een voorwerp dat niet beantwoordt aan de definitie van geneesmiddel en niet werd geregistreerd als geneesmiddel, maar dat mag aangerekend worden en dat aangewend wordt in de medische behandeling van een ziekte of aandoening, zoals steunkousen, halskragen... Homeopathische middelen en alle producten voor persoonlijke verzorging, hygiëne en comfort (zoals scheergel, tandpasta, maandverband, luiers...) worden niet als een parafarmaceutisch product beschouwd.

Persoon ten laste:

natuurlijk persoon die in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen niet als gerechtigde is aangesloten.

Premieperiode:

in de bijzondere voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst vastgelegde periode waarvoor de premie wordt betaald.

Premievervaldag:

de dag voorafgaand aan de premieperiode. De premie moet betaald zijn op de vervaldag.

Prothesen:

kunstledematen en toestellen om aangetaste lichaamsdelen of organen geheel of gedeeltelijk te vervangen (bijvoorbeeld: armprothesen, haarprothesen, gehoorprothesen, oogprothesen). Inwendige prothesen (bijvoorbeeld: knieprothesen, heupprothesen) maken deel uit van de implantaten (zie hoger).

Psychologische ondersteuning:

- verstrekkingen die worden aangerekend door een klinisch psycholoog of een klinisch orthopedagoog die beschikt over een visumnummer van de FOD Volksgezondheid of via de regeling van de geestelijke gezondheidszorgberoepen zoals vermeld in art. 68/1 en 68/2 van de wet van 10/07/2016.
- Verstrekkingen van de pseudonomenclatuur voor het verstrekken van individuele sessies en/of groepsessies door een klinisch psycholoog, orthopedagoog, arts of andere hulpverlener of zorgverstrekker in het kader van "Eerstelijns en gespecialiseerde psychologische zorg in een netwerk voor geestelijke gezondheidszorg". Deze zorgverleners zijn aangesloten bij een 'Netwerk Geestelijke Gezondheidszorg' dat de "Overeenkomst met het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering" betreffende de financiering van de psychologische functies in de eerstelijns via netwerken en lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden" ondertekend heeft.

Remgeld (persoonlijk aandeel):

verschil tussen het tarief zoals vastgelegd door het RIZIV en de terugbetaling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Synthesemateriaal:

elk synthetisch of lichaamsvreemd materiaal, instrument, apparaat, hulpmiddel, elke stof of elk artikel bestemd voor:

- diagnose, preventie, bewaking, behandeling of verlichting van een ziekte, verwonding of handicap;
- onderzoek, vervanging of wijziging van de anatomie of van een fysiologisch proces waarbij de belangrijkste beoogde werking op het menselijk lichaam niet met farmacologische, chemische of immunologische middelen of door het metabolisme wordt bereikt.

Het synthesemateriaal dringt gedurende de beoogde tijdsduur gedeeltelijk of volledig in het lichaam binnen door een chirurgische ingreep, via een natuurlijke lichaamsopening of door het lichaamsoppervlak heen.

Terugbetaalbare verstrekking:

verstrekking waarvoor er recht is op een terugbetaling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Thuisbevalling:

bevalling zonder hospitalisatie of daghospitalisatie.

Toetredingsleeftijd:

de bereikte leeftijd van de verzekerde op de aansluitingsdatum.

Toezicht, raadplegingen, onderzoeken, behandelingen:

medische en paramedische prestaties verstrekt of voorgeschreven door een arts en opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Verblijfskosten:

kosten samengesteld uit het kamersupplement, het persoonlijk aandeel in de verpleegdag en het forfait voor de geneesmiddelen.

Verpleegdag:

de kost die het ziekenhuis mag aanrekenen voor elke hospitalisatiedag met overnachting en voor één bijkomende hospitalisatiedag als de hospitalisatie begon voor 12 uur en het ontslag gegeven werd na 14 uur.

Verzekeraar:

de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen met erkenningsnummer 150/01, afgekort MOB.

Verzekerden:

de gerechtigden en personen ten laste die bij CM-Hospitaalplan zijn aangesloten.

Verzekeringsaanvraag:

formulier dat uitgaat van de MOB waarmee de MOB aanbiedt het risico ten laste te nemen op vraag van de verzekeringsnemer.

Verzekeringnemer:

de gerechtigde die de aansluiting bij CM-Hospitaalplan ondertekent. In geval van feitelijke scheiding kan CM-Hospitaalplan onderschreven worden zowel door de gerechtigde als door de echtgeno(o)t(e) die als persoon ten laste bij die gerechtigde is ingeschreven en dit schriftelijk verzoekt.

Verzekeringsovereenkomst:

de verzekeringsovereenkomst bestaat uit de algemene en de bijzondere voorwaarden van de verzekering.

Voorafbestaande toestand:

elke aandoening, ziekte of zwangerschap die de verzekerde heeft op het ogenblik van de aansluitingsdatum en die zich op de datum van aansluiting reeds op de één of andere manier had gemanifesteerd.

Wettelijke terugbetaling:

- voor de kosten gemaakt in België: elke terugbetaling bepaald door de Belgische wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- voor de kosten gemaakt buiten Belgisch grondgebied: elke terugbetaling bepaald hetzij door de in het betrokken land geldende wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, hetzij door de Belgische wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Wachttijd:

periode die ingaat vanaf de aansluitingsdatum, waarvoor de premie betaald moet worden, maar waarin het recht op terugbetaling nog niet is geopend. De wachttijd eindigt met het ontstaan van het recht op terugbetaling.

Ziekte:

aantasting van de gezondheid die te wijten is aan een andere oorzaak dan ongeval en die gepaard gaat met objectieve ziekteverschijnselen die de diagnose ervan onbetwistbaar maken.

Ziekenhuis:

instelling die als dusdanig wettelijk is erkend (artikel 2 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen), zijnde een instelling voor gezondheidszorg waarin op ieder ogenblik geëigende medisch-specialistische onderzoeken en/of behandelingen in het domein van de geneeskunde, de heelkunde en eventueel de verloskunde in pluridisciplinair verband kunnen verstrekt worden, binnen het nodige en aangepaste medisch, medisch-technisch, verpleegkundig, paramedisch en logistiek kader, aan patiënten die er worden opgenomen en kunnen verblijven, omdat hun gezondheidstoestand dit geheel van zorgen vereist om op een zo kort mogelijke tijd de ziekte te bestrijden of te verlichten, de gezondheidstoestand te herstellen of te verbeteren of de letsels te stabiliseren.

Worden bijgevolg onder meer niet als een ziekenhuis beschouwd: medisch-pedagogische instellingen, rust- en verzorgingshuizen, instellingen voor thermale kuren, revalidatiecentra, sanatoria en preventoria, rusthuizen voor bejaarden, psychiatrische verzorgingstehuizen, ziekenhuizen en gedeelten van ziekenhuizen die een bijzondere erkenning als RVT hebben.

2

Aansluitingsvoorwaarden

CM-Hospitaalplan kan enkel worden onderschreven door een gerechtigde. In geval van feitelijke scheiding kan CM-Hospitaalplan ook worden onderschreven door de echtgeno(o)t(e) die als persoon ten laste bij de gerechtigde is ingeschreven.

De gerechtigde die wil aansluiten bij de verzekering dient zichzelf en alle personen die bij hem/haar ten laste staan voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan te sluiten bij de verzekering, tenzij hij/zij met een attest aantoonst dat hij/zij of zijn/haar personen ten laste al bij een gelijkaardige kostendekkende verzekering is/zijn aangesloten.

In geval van feitelijke of wettelijke scheiding kunnen de kinderen ten laste desgewenst worden verzekerd via de ouder bij wie ze niet ten laste staan, in zoverre die ouder ook aansluit of is aangesloten bij deze verzekering of met een attest aantoonst dat hij/zij al bij een gelijkaardige kostendekkende verzekering is aangesloten.

Om bij CM-Hospitaalplan aan te sluiten en aangesloten te blijven, moeten de verzekerden aangesloten zijn bij CM Vlaanderen voor de aangeboden diensten en verrichtingen en in orde zijn met de CM-bijdragebetaling.

De overeenkomst zal worden beëindigd in geval van niet-betaling van deze bijdragen gedurende een periode van minstens 24 maanden, zoals omschreven in artikel 3.2.1 van de algemene voorwaarden. Deze beëindiging vindt bijgevolg plaats zelfs wanneer de verzekeringsnemer in orde was met de betaling van de premies voor de MOB.

De verzekerde die zich bijkomend wil verzekeren met CM-Hospitaalplan Plus, dient zichzelf en alle personen die bij hem ten laste staan voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan te sluiten bij CM-Hospitaalplan Plus. Er geldt een minimum aansluitingsperiode van één jaar voor CM-Hospitaalplan Plus.

3

Aanvang, duur en einde van de aansluiting

3.1 Aanvang en duur van de aansluiting

De overeenkomst komt tot stand bij ondertekening van de verzekeringsaanvraag of de bijzondere voorwaarden door de verzekeringsnemer en de eerste premiebetaling.

De overeenkomst bestaat uit twee delen:

- de algemene voorwaarden van de verzekering;
- de bijzondere voorwaarden zoals bepaald in artikel 64, §2 van de verzekeringswet van 4 april 2014.

De verzekeringsnemer heeft alsnog het recht om, binnen de veertien dagen na ontvangst door de MOB van de ondertekende verzekeringsaanvraag, de overeenkomst schriftelijk op te zeggen met onmiddellijk gevolg op het ogenblik van de kennisgeving.

De waarborg vangt aan op de aansluitingsdatum en geldt levenslang, behalve bij: opzegging van de overeenkomst door de verzekeringsnemer, het niet betalen van de premie en in het geval van fraude, zoals omschreven in deze algemene voorwaarden.

Wanneer het opzettelijk verzwijgen of het opzettelijk onjuist meedelen van gegevens over het risico de verzekeraar misleidt bij de beoordeling van dat risico is de verzekeringsovereenkomst nietig, cfr. artikel 59 van de verzekeringswet van 4 april 2014.

3.2 Einde van de aansluiting

1. Zodra een verzekerde niet langer voldoet aan één van de aansluitingsvoorwaarden, eindigt de aansluiting. De aansluiting geldt tot en met de laatste dag waarop aan alle aansluitingsvoorwaarden was voldaan.
2. Als een verzekerde persoon ten laste zelf gerechtigde wordt, kan hij/zij de verzekering als verzekeringsnemer ononderbroken verder zetten met behoud van alle rechten. Bij overgang of mutatie naar een ziekenfonds dat niet is aangesloten bij de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen, eindigt de aansluiting op de laatste dag van de maand voorafgaand aan deze van de overgang of mutatie.
3. Bij opzegging per brief door de verzekeringsnemer neemt de aansluiting een einde. Er is, onverminderd de toepassing van de bepalingen uit punt 3.1. 'Aanvang en duur van de aansluiting', een opzegtermijn van één maand die ingaat vanaf de dag die volgt op de afgifte bij de post (in geval van een aangetekend schrijven), de betekening (opzeg bij deurwaardersexploot) of de datum van het ontvangstbewijs (afgifte van een opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs). Voor CM-Hospitaalplan Plus neemt de aansluiting een einde ten vroegste op de laatste dag van de minimum aansluitingsperiode van één jaar. Wanneer de opzegging van CM-Hospitaalplan Plus samen met CM-Hospitaalplan gebeurt, geldt voor CM-Hospitaalplan Plus dezelfde opzegtermijn als deze van CM-Hospitaalplan.
4. Elke verzekeringsnemer moet de volledige premies voor zichzelf en zijn/haar personen ten laste betalen vóór de vervaldag. Bij niet-betaling of onvolledige betaling van de premies stuurt de verzekeraar een aangetekende brief naar de verzekeringsnemer cfr. artikel 69 tot en met 72 van de verzekeringswet van 4 april 2014. Als de verzekeringsnemer nalaat de achterstallige premie te betalen binnen de vijftien dagen volgend op de afgiftedatum van de aangetekende brief op de post, wordt de dekking geschorst vanaf de vijftiende kalenderdag volgend op die afgiftedatum.

Als de verzekeringsnemer binnen de vijftien dagen, vanaf de eerste dag van de schorsing, de premie nog steeds niet heeft betaald wordt de verzekeringsovereenkomst stopgezet op de vijftiende dag na de eerste dag van de schorsing.

Er is geen recht op vergoeding van schadegevallen die zich voordoen tijdens de schorsingsperiode. Tijdens de schorsingsperiode blijven de premies verschuldigd.

Als de verzekeringsovereenkomst wordt stopgezet kan men pas opnieuw aansluiten als aan alle aansluitingsvoorwaarden is voldaan en eventuele premieachterstallen uit het verleden zijn betaald. Daarbij moet een nieuwe wachttijd worden volbracht rekening houdend met punt 4.1. 'Algemene wachttijd'. Tevens is de bijzondere waarborg voor voorafbestaande toestand zoals omschreven in punt 8.3. 'Bijzondere waarborgen' opnieuw van toepassing.

Verzekerden die CM-Hospitaalplan Plus stopzetten of waarvoor CM-Hospitaalplan Plus wordt stopgezet door de MOB om redenen zoals beschreven in deze algemene voorwaarden, kunnen pas opnieuw aansluiten bij CM-Hospitaalplan Plus na een periode van minstens één jaar die ingaat vanaf de datum van beëindiging van CM-Hospitaalplan Plus. Daarbij gelden dezelfde voorwaarden als voor een nieuwe aansluiting voor CM-Hospitaalplan Plus.

5. Bij overlijden van de verzekeringsnemer kunnen zijn/haar personen ten laste de verzekering ononderbroken verderzetten met behoud van alle rechten in zoverre ze zelf verzekeringsnemer worden, of ten laste komen van een andere verzekeringsnemer.

4

Wachttijden

4.1 Algemene wachttijd

Het recht op terugbetaling gaat in na een algemene wachttijd van drie maanden te rekenen vanaf de aansluitingsdatum.

Deze algemene wachttijd is niet van toepassing:

- voor hospitalisaties die het gevolg zijn van een ongeval;
- voor hospitalisaties ten gevolge van volgende acute infectieziekten: bof, buiktyfus, cholera, difterie, dysenterie, encefalitis, febris recurrens, hersenvliesontsteking, kinderverlamming, kinkhoest, malaria, mazelen, miltvuur, paratyfus, pokken, rode hond, roodvonk, tetanus, tyfus, vlektyfus en waterpokken.

De wachttijd wordt verminderd met de periode van ononderbroken onmiddellijk voorafgaande aansluiting:

- bij overstap vanuit een gelijkaardige hospitalisatieverzekering;
- bij overgang van persoon ten laste naar verzekeringsnemer of omgekeerd.

Een hospitalisatie die aanvangt voor of tijdens de wachttijd en die eventueel voortduurt na de wachttijd, is niet gewaarborgd.

Wie reeds aangesloten is bij CM-Hospitaalplan en kiest voor CM-Hospitaalplan Plus zal voor de aanvullende en bijkomende waarborgen van CM-Hospitaalplan Plus een extra wachttijd van drie maanden doorlopen vanaf de aansluitingsdatum bij CM-Hospitaalplan Plus. Tijdens deze wachttijd van 3 maanden voor CM-Hospitaalplan Plus blijven de waarborgen en contractuele voorwaarden van CM-Hospitaalplan van toepassing.

4.2 Bijzondere wachttijd

Voor vruchtbaarheidsbehandelingen gaat het recht op terugbetaling in na een wachttijd van negen maanden te rekenen vanaf de aansluitingsdatum. Deze wachttijd wordt verminderd met de periode van ononderbroken onmiddellijk voorafgaande aansluiting:

- bij overstap vanuit een gelijkaardige mutualistische hospitalisatieverzekering;
- bij overgang van persoon ten laste naar verzekeringsnemer of omgekeerd.

Een hospitalisatie die aanvangt voor of tijdens de wachttijd en die eventueel voortduurt na de wachttijd, is niet gewaarborgd.

Wie reeds aangesloten is bij CM-Hospitaalplan en kiest voor CM-Hospitaalplan Plus zal voor de waarborg vruchtbaarheidsbehandelingen binnen CM-Hospitaalplan Plus een extra bijzondere wachttijd van negen maanden doorlopen vanaf de aansluitingsdatum bij CM-Hospitaalplan Plus. Tijdens deze bijzondere wachttijd van 9 maanden voor vruchtbaarheidsbehandelingen binnen CM-Hospitaalplan Plus blijven de waarborgen en contractuele voorwaarden van CM-Hospitaalplan van toepassing.

5

Premies

Maandpremies CM-Hospitaalplan 2026 per verzekerde:

Bij aansluiting vóór de 60^{ste} verjaardag

Van 0 tot en met 19 jaar*	→	4,46 euro
Van 20 tot en met 24 jaar	→	4,46 euro
Van 25 tot en met 34 jaar	→	10,29 euro
Van 35 tot en met 49 jaar	→	10,29 euro
Van 50 tot en met 59 jaar	→	11,98 euro
Van 60 tot en met 64 jaar	→	20,60 euro
Van 65 tot en met 69 jaar	→	21,93 euro
Vanaf 70 jaar	→	32,53 euro

Bij aansluiting tussen de 60^{ste} en 66^{ste} verjaardag

Van 60 tot en met 64 jaar	→	26,79 euro
Van 65 tot en met 69 jaar	→	28,48 euro
Vanaf 70 jaar	→	39,05 euro

Bij aansluiting na de 66^{ste} verjaardag

Van 66 tot en met 69 jaar	→	32,88 euro
Vanaf 70 jaar	→	48,83 euro

* Kinderen die ten laste staan bij een verzekeringsnemer die is aangesloten bij CM-Hospitaalplan zijn tot en met het derde kalenderjaar na hun geboortjaar vrijgesteld van premiebetaling.

Maandpremies CM-Hospitaalplan Plus 2026 per verzekerde:

Bij aansluiting vóór de 60^{ste} verjaardag

Van 0 tot en met 19 jaar*	→ 5,66 euro
Van 20 tot en met 24 jaar	→ 7,92 euro
Van 25 tot en met 34 jaar	→ 19,19 euro
Van 35 tot en met 49 jaar	→ 22,57 euro
Van 50 tot en met 59 jaar	→ 25,53 euro
Van 60 tot en met 64 jaar	→ 39,53 euro
Van 65 tot en met 69 jaar	→ 51,14 euro
Vanaf 70 jaar	→ 72,71 euro

Bij aansluiting tussen de 60^{ste} en 66^{ste} verjaardag

Van 60 tot en met 64 jaar	→ 49,51 euro
Van 65 tot en met 69 jaar	→ 63,53 euro
Vanaf 70 jaar	→ 87,27 euro

Bij aansluiting na de 66^{ste} verjaardag

Van 66 tot en met 69 jaar	→ 71,73 euro
Vanaf 70 jaar	→ 102,27 euro

* Kinderen die ten laste staan bij een verzekeringsnemer die is aangesloten bij CM-Hospitaalplan Plus zijn tot en met het derde kalenderjaar na hun geboortjaar vrijgesteld van premiebetaling.

Voordeeltarief 2026 per maand voor leden ouder dan 60 jaar die overstappen van CM-Hospitaalplan naar CM-Hospitaalplan Plus per verzekerde*:

Wanneer je aansloot bij CM-Hospitaalplan voor de 60^{ste} verjaardag en overstapt naar CM-Hospitaalplan Plus tussen de 60^{ste} en 66^{ste} verjaardag

Van 60 tot en met 64 jaar	→ 43,32 euro
Van 65 tot en met 69 jaar	→ 56,98 euro
Vanaf 70 jaar	→ 80,75 euro

Wanneer je aansloot bij CM-Hospitaalplan voor de 60^{ste} verjaardag en overstapt naar CM-Hospitaalplan Plus na de 66^{ste} verjaardag

Van 66 tot en met 69 jaar	→ 60,78 euro
Vanaf 70 jaar	→ 85,97 euro

Wanneer je aansloot bij CM-Hospitaalplan tussen de 60^{ste} en 66^{ste} verjaardag en overstapt naar CM-Hospitaalplan Plus na de 66^{ste} verjaardag

Van 66 tot en met 69 jaar	→ 67,33 euro
Vanaf 70 jaar	→ 92,49 euro

* Dit voordeeltarief geldt enkel in de beschreven situaties. In alle andere situaties wordt de maandpremie die terug te vinden is onder 'Maandpremies CM-Hospitaalplan Plus 2026' betaald.

Verzekerden die aangesloten zijn bij CM-Hospitaalplan of CM-Hospitaalplan Plus en CM-MediKo Plan krijgen een korting van 5% op de overeenkomstige premie van CM-Hospitaalplan voor de periode waarin men bij beide verzekeringen is aangesloten.

In het kalenderjaar van aansluiting worden de premies bepaald op basis van de toetredingsleeftijd.

Wie aangesloten is bij CM-Hospitaalplan en kiest voor CM-Hospitaalplan Plus betaalt een extra premie op basis van de bereikte leeftijd op de aansluitingsdatum voor CM-Hospitaalplan Plus.

Nadien zijn de premies afhankelijk van de toetredingsleeftijd en van de bereikte leeftijd op 31 december van het kalenderjaar voorafgaand aan de premieperiode.

In geval van een voorafgaande en ononderbroken aansluiting bij CM-Hospitaalplan wordt bij het stopzetten van CM-Hospitaalplan Plus en het verderzetten van de aansluiting bij CM-Hospitaalplan Plus bij het bepalen van de premie rekening gehouden met de leeftijd op de initiële aansluitingsdatum bij CM-Hospitaalplan.

De premies kunnen op 1 januari van elk jaar aangepast worden aan het indexcijfer der consumptieprijzen of aan de medische indexen die gelden voor de private ziekteverzekeringsovereenkomsten indien deze het indexcijfer der consumptieprijzen overschrijden, zoals bepaald in het K.B. van 1 februari 2010 zoals gewijzigd door het K.B. van 9 april 2024 tot vaststelling van de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 204, §3 van de verzekeringswet van 4 april 2014.

CM-Hospitaalplan is verbonden aan de index van het waarborgtype tweepersoonskamer. De indexering is gelinkt aan de leeftijd.

De aanpassing aan de consumptieprijsindex gebeurt op basis van de verhouding tussen de index van de maand juni, van de twee voorgaande jaren.

Daarnaast mogen de premies slechts worden verhoogd in uitzonderlijke omstandigheden die omschreven zijn in artikel 504 van de controlewet van 13 maart 2016 en mits goedkeuring door de Controledienst voor de Ziekenfondsen.

Kinderen die ten laste staan bij een verzekeringsnemer die is aangesloten bij CM-Hospitaalplan, zijn tot en met het derde kalenderjaar na hun geboortjaar vrijgesteld van premiebetaling.

De premies zijn door de verzekeringsnemer verschuldigd vanaf de aansluitingsdatum en voor elke begonnen maand. Niet-betaling van de premies leidt, in overeenstemming met de bepaling zoals omschreven in punt 4 van hoofdstuk 3.2 'Einde van de aansluiting', tot stopzetting van de verzekering.

De periodiciteit voor de premiebetaling is afhankelijk van de tussen de verzekeringsnemer en verzekeraar overeengekomen betaalwijze.

Onverschuldigde premies worden automatisch en binnen de dertig dagen na het einde van de aansluiting teruggestort.

Als het aantal personen ten laste meer bedraagt dan drie, bedragen de premies vanaf de vierde aangesloten persoon ten laste de helft van de premie van de premiecategorie tot en met 19 jaar. De rangorde wordt bepaald volgens de leeftijd,

waarbij de oudste persoon ten laste als eerste persoon ten laste wordt gerangschikt.

6 Geboorte en adoptie

Voor een pasgeboren of geadopteerd kind dat ten laste komt te staan van een verzekeringsnemer die op de geboortedatum of adoptiedatum bij CM-Hospitaalplan is aangesloten, gelden volgende bijzondere bepalingen:

- de geboortedatum of adoptiedatum geldt als aansluitingsdatum;
- er moet geen wachttijd doorlopen worden, er is onmiddellijk recht op terugbetaling;
- de waarborg voorafbestaande toestand zoals omschreven in punt 6 van hoofdstuk 8.3 'Bijzondere waarborgen' is niet van toepassing.

Voor een pasgeborene of geadopteerde die niet aan de vermelde voorwaarden voldoet, gelden de bepalingen van een gewone aansluiting.

7 Aanvang en einde van de waarborgen

1. Kosten gemaakt vóór de aansluitingsdatum worden niet door CM-Hospitaalplan vergoed. Een hospitalisatie die aanvangt voor de aansluitingsdatum is niet gewaarborgd.
2. Kosten gemaakt na beëindiging van de aansluiting worden niet door CM-Hospitaalplan vergoed, tenzij kosten voor hospitalisaties die begonnen voor de beëindiging van de verzekeringsovereenkomst en zonder onderbreking doorlopen na de beëindiging.
3. De verzekerde moet op verzoek van de verzekeraar alle nuttige informatie verstrekken en op de gestelde vragen antwoorden teneinde de omstandigheden en de omvang van de schade te kunnen vaststellen. Als de verzekerde vanuit bedrieglijk opzet informatie achterhoudt of onjuist verstrekt, kan de verzekeraar voor het concrete schadegeval zijn dekking weigeren. De verzekeraar behoudt zich het recht voor om onrechtmatig verkregen terugbetalingen met alle rechtsmiddelen terug te vorderen van de verzekerde die ze ontving.

8 Waarborgen

8.1 Algemene bepalingen

Voor alle waarborgen beschreven onder hoofdstuk 8 'Waarborgen', en hoofdstuk 9 'Franchise en grensbedragen' waarvoor een verschillende maximumprestatie of verschillende beperking en/of een verschillende franchise van toepassing is in CM-Hospitaalplan Plus, zal wie aansluit bij CM-Hospitaalplan Plus uitsluitend beroep kunnen doen op of onderworpen zijn aan de maximumprestatie, beperking en/of de franchise die specifiek bij CM-Hospitaalplan Plus vermeld zijn.

Tenzij uitdrukkelijk anders vermeld, vergoedt CM-Hospitaalplan enkel kosten waarvoor recht is op een terugbetaling vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Voor kosten die vallen onder de waarborgen van CM-Hospitaalplan, maar die gemaakt werden buiten Belgisch grondgebied, geldt dat de terugbetaling vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en/of de terugbetaling die voorzien is vanwege de dienst 'Dringende medische hulp, bijstand en ziektekostendekking in het buitenland' georganiseerd door de MOB Diensten en Verrichtingen CM-Vlaanderen in mindering wordt gebracht van de ingediende kosten. Aan verzekerden die tijdelijk geen recht hebben op terugbetaling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen omdat ze niet in regel zijn of de wachttijd voor deze terugbetaling nog niet hebben volbracht, wordt door CM-Hospitaalplan dezelfde terugbetaling toegekend als deze die ze zouden krijgen indien ze wel recht zouden hebben.

De terugbetalingen die betaald of nog te betalen zijn door de verplichte ziekteverzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de arbeidsongevallenverzekering, het Federaal agentschap voor beroepsrisico's of iedere andere vergoeding van een verzekering, kas, fonds, organisme of instelling waarbij de aansluiting wettelijk verplicht is, worden in mindering gebracht van ingediende kosten.

Verzekerden die al een terugbetaling kregen in uitvoering van een andere commerciële individuele of collectieve verzekering of een vergoeding ontvingen van eender welke aard, kunnen een kopie van de factuur en de onkostennota's en van de afrekening van de andere verzekeringsmaatschappij of instantie aan de MOB overmaken. CM-Hospitaalplan betaalt dan de terugbetaling die de verzekerde zou krijgen indien hij/zij geen commerciële individuele of collectieve verzekering had, maar beperkt tot het resterende bedrag ten laste van de verzekerde na tussenkomst van de andere verzekering.

De verzekerde meldt bij de schadeaangifte het bestaan van om het even welke andere verzekering die voorziet of kan voorzien in een terugbetaling van de gemaakte kosten.

Als een hospitalisatie betrekking heeft op feiten waarvoor schadeloosstelling is voorzien volgens de Belgische wetgeving, een buitenlandse wetgeving of het gemeen recht, treedt de MOB in alle rechten die de verzekerde tegenover derden kan doen gelden voor de terugbetalingen door de verzekering betaald. De verzekering kan overgaan tot terugvordering van uitbetaalde terugbetalingen bij degene die schadeloosstelling is verschuldigd krachtens de andere Belgische wetgeving, buitenlandse wetgeving of het gemeen recht. De verzekeringsmaatschappijen burgerlijke aansprakelijkheid worden gelijkgesteld met degenen die schadeloosstelling zijn verschuldigd.

8.2 Basiswaarborg

De basiswaarborg omvat de waarborg hospitalisatie, de waarborg pre- en posthospitalisatie en de waarborg ambulante kosten ernstige ziekten.

A. Waarborg hospitalisatie

Bij een hospitalisatie ten gevolge van ziekte, ongeval, bevalling of zwangerschapsverwikkeling in een algemeen ziekenhuis vergoedt CM-Hospitaalplan de hierna vermelde kosten voor medisch noodzakelijke en verantwoorde prestaties die tijdens de duur van de hospitalisatie werden gemaakt.

1. Wettelijke forfaits en remgeld voor geneeskundige verzorging en behandeling uitgevoerd of voorgeschreven door een arts worden volledig vergoed.
2. Verblijfskosten
 - het persoonlijk aandeel in de verpleegdag en het forfait voor de geneesmiddelen worden volledig vergoed, ongeacht de kamerkeuze;
 - CM-Hospitaalplan: het kamersupplement op een eenpersoonskamer wordt vergoed tot maximaal 65 euro per dag.
 - CM-Hospitaalplan Plus: het kamersupplement op een eenpersoonskamer wordt vergoed tot maximaal 95 euro per dag.

Honorariumsupplementen

- In zoverre deze supplementen wettelijk mogen worden aangerekend, worden ze vergoed tot maximum 100 % van het tarief zoals vastgelegd door het RIZIV tijdens een daghospitalisatie.
 - CM-Hospitaalplan: In zoverre deze supplementen wettelijk mogen worden aangerekend, worden ze vergoed tot maximum 150 % van het tarief zoals vastgelegd door het RIZIV tijdens een klassieke opname met overnachting.
 - CM-Hospitaalplan Plus: In zoverre deze supplementen wettelijk mogen worden aangerekend, worden ze vergoed tot maximum 200 % van het tarief zoals vastgelegd door het RIZIV, tijdens een klassieke opname met overnachting.
3. Honoraria buiten de Verplichte Verzekering Honoraria voor prestaties die wettelijk mogen worden aangerekend maar waarvoor geen terugbetaling is voorzien door de Verplichte Verzekering worden vergoed tot 200 euro per hospitalisatie in zoverre ze niet vallen onder de algemene uitsluitingen van de verzekering.
 4. De eerste terugbetaalbare prothese of het eerste terugbetaalbare orthopedisch toestel op doktersvoorschrift wordt volledig vergoed. Kosten voor aanpassingen zonder terugbetaling vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en kosten voor onderhoud, herstelling en vervanging worden niet vergoed. Voor kinderen worden ook de latere terugbetaalbare prothesen of orthopedische toestellen volledig vergoed in de mate dat de plaatsing is vereist door het groeiproces en dit tot de leeftijd van 21 jaar.
 5. Implantaten en parafarmaceutische producten:
 - terugbetaalbare implantaten worden volledig vergoed;
 - niet-terugbetaalbare implantaten en parafarmaceutische producten zoals steunkousen, halskragen ... worden, voor zover deze wettelijk mogen worden aangerekend, vergoed tot 2.500 euro per hospitalisatie.

6. Geneesmiddelen
 - terugbetaalbare geneesmiddelen worden volledig vergoed;
 - niet-terugbetaalbare geneesmiddelen worden vergoed tot 2.500 euro per hospitalisatie.
7. Terugbetaalbaar synthesemateriaal wordt vergoed tot maximum 1.000 euro per hospitalisatie.
8. Terugbetaalbaar gipsmateriaal wordt volledig vergoed.

Voor een voorafbestaande toestand, borstverkleining of ingreep ter behandeling van zwaarlijvigheid is deze waarborg hospitalisatie niet van toepassing, maar geldt de betreffende bijzondere waarborg.

B. Waarborg pre- en posthospitalisatie

CM-Hospitaalplan vergoedt bij een door CM-Hospitaalplan gewaarborgde hospitalisatie de hierna vermelde medisch noodzakelijke ambulante kosten die worden gemaakt in de periode van twee maanden vóór het begin tot vier maanden na het einde van de gewaarborgde hospitalisatie.

CM-Hospitaalplan Plus vergoedt bij een door CM-Hospitaalplan Plus gewaarborgde hospitalisatie de hierna vermelde medisch noodzakelijke ambulante kosten die worden gemaakt in de periode van twee maanden vóór het begin tot zes maanden na het einde van de gewaarborgde hospitalisatie.

1. Remgeld voor geneeskundige verzorging en behandeling uitgevoerd of voorgeschreven door een arts worden volledig vergoed.
2. De consultatieprijs voor verstrekkingen van psychologische ondersteuning wordt vergoed tot maximum 200 euro per kalenderjaar en dit met een maximum van 40 euro per sessie. Dit maximum van 200 euro per kalenderjaar geldt voor de gecumuleerde terugbetalingen van psychologische ondersteuning binnen de waarborg 'pre- en posthospitalisatie' en de waarborg 'ambulante kosten ernstige ziekten'.
3. Honorariumsupplementen Zover deze supplementen wettelijk kunnen worden aangerekend, worden ze vergoed tot maximum 100 % van het tarief zoals vastgelegd door het RIZIV.
4. De eerste terugbetaalbare prothese of het eerste terugbetaalbare orthopedisch toestel op doktersvoorschrift wordt volledig vergoed, op voorwaarde dat de plaatsing niet is gebeurd tijdens een gewaarborgde hospitalisatie. Kosten voor aanpassingen zonder terugbetaling vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en voor onderhoud, herstelling en vervanging worden niet vergoed. Voor kinderen worden ook de latere terugbetaalbare prothesen of orthopedische toestellen volledig vergoed in de mate dat de plaatsing is vereist door het groeiproces en dit tot de leeftijd van 21 jaar.

Kankerpatiënten hebben recht op een terugbetaling tot maximum 1.500 euro in de kosten voor de aankoop van een tweede haarprothese als die werd aangekocht na twee jaar te rekenen vanaf de factuurdatum van de eerste door deze verzekering terugbetaalde haarprothese.

5. Terugbetaalbare implantaten worden volledig vergoed.
6. Terugbetaalbare geneesmiddelen worden volledig vergoed.
7. Terugbetaalbaar synthesemateriaal wordt volledig vergoed.
8. Terugbetaalbaar gipsmateriaal wordt volledig vergoed.
9. Terugbetaalbaar stoma- en incontinentiemateriaal wordt volledig vergoed.
10. CM-Hospitaalplan: het wettelijk remgeld voor dringend ziekenvervoer naar het ziekenhuis wordt tot maximum 250 euro per kalenderjaar vergoed. CM-Hospitaalplan Plus: het wettelijk remgeld voor dringend ziekenvervoer naar het ziekenhuis wordt tot maximum 300 euro per kalenderjaar vergoed. De vergoeding geldt enkel op voorwaarde dat het vervoer onmiddellijk gevolgd wordt door een door CM-Hospitaalplan of CM-Hospitaalplan Plus gewaarborgde opname in het ziekenhuis.
11. CM-Hospitaalplan: Voor niet-dringend ziekenvervoer (consultatievervoer) wordt het persoonlijk aandeel vergoed tot maximum 250 euro per kalenderjaar. CM-Hospitaalplan Plus: voor niet-dringend ziekenvervoer (consultatievervoer) wordt het persoonlijk aandeel vergoed tot maximum 300 euro per kalenderjaar.
12. De kosten voor verblijf van de verzekerde in een door de Raad van Bestuur erkende hersteldienst (Ter Duinen in Nieuwpoort, Hooidonk in Zandhoven en Domaine de Nivezé in Spa) worden vergoed. De terugbetaling bedraagt 50 % van het dagtarief voor maximaal 30 dagen per kalenderjaar.
13. De kosten voor opvang en verzorging in een kortverblijf worden vergoed aan 50% van het werkelijk betaalde bedrag met een maximum van 15 euro per kortverblijfdag met overnachting, voor maximaal 28 kortverblijfdagen met overnachting per kalenderjaar.
14. De kosten voor de huur van medisch noodzakelijke hulpmiddelen die verband houden met de reden van opname worden vergoed tot maximum 125 euro per kalenderjaar. De hulpmiddelen moeten worden gehuurd bij een door de raad van bestuur erkende leverancier van medische hulpmiddelen.
15. CM-Hospitaalplan: Bij een bevalling wordt voor kraamzorg maximum 2 euro per gepresteerd uur vergoed voor een maximum van 30 gepresterde uren. CM-Hospitaalplan Plus: bij een bevalling wordt voor kraamzorg maximum 6 euro per gepresteerd uur vergoed voor een maximum van 30 gepresterde uren.

De waarborg pre- en posthospitalisatiekosten geldt enkel voor de kosten die rechtstreeks in verband staan met de gewaarborgde hospitalisatie.

Deze waarborg geldt niet in geval van:

- daghospitalisatie waarbij enkel:
 - een forfait chronische pijn 1 of 2 of 3;
 - of een forfait manipulatie poortkatheter;

- of een forfait oncologische basiszorg; werd aangerekend.
- hospitalisaties voor tandzorgen en het verwijderen van wijsheidstanden, zoals omschreven in punt 10 van hoofdstuk 8.3 'Bijzondere waarborgen'.

C. Waarborg ambulante kosten ernstige ziekten

Deze waarborg geldt voor ambulante kosten die rechtstreeks in verband staan met de volgende ernstige ziekten waarvan de diagnose wordt bevestigd:

- kwaadaardige tumoren (bijvoorbeeld kanker), hersentumoren, kwaadaardige bloedziekten (bijvoorbeeld leukemie, ziekte van Hodgkin): door anatoompathologisch onderzoek;
- neuromusculaire aandoeningen zoals omschreven in de revalidatieovereenkomst met de referentiecentra (o.a. multiple sclerose (MS), amyotrofe lateraalsclerose ...), ziekte van Parkinson, meningitis, encefalitis, poliomyelitis: door een specialist in de zenuwziekten;
- tuberculose, aids, brucellose, cholera, levercirrose ten gevolge van hepatitis, pokken, tetanus, tyfus, buiktyfus, difterie, miltvuur: door een biologisch onderzoek en een biologische of bacteriologische test;
- sarcoïdose, diabetes type I, nieraandoeningen met noodzaak tot nierdialyse, mucoviscidose, systemische sclerodermie met orgaanaantasting, ziekte van Crohn en Colitis Ulcerosa: door een specialist in de inwendige ziekten.

CM-Hospitaalplan vergoedt de hierna vermelde medisch noodzakelijke ambulante kosten:

1. Remgeld voor geneeskundige verzorging en behandeling uitgevoerd of voorgeschreven door een arts wordt volledig vergoed.
2. De consultatieprijs voor verstrekkingen van psychologische ondersteuning wordt vergoed tot maximum 200 euro per kalenderjaar en dit met een maximum van 40 euro per sessie. Dit maximum van 200 euro per kalenderjaar geldt voor de gecumuleerde terugbetalingen van psychologische ondersteuning binnen de waarborg 'pre- en posthospitalisatie' en de waarborg 'ambulante kosten ernstige ziekten'.
3. Honorariumsupplementen In zoverre deze supplementen wettelijk kunnen worden aangerekend, worden ze vergoed tot maximum 100 % van het tarief zoals vastgelegd door het RIZIV.
4. De eerste terugbetaalbare prothese of het eerste terugbetaalbare orthopedisch toestel op doktersvoorschrift wordt volledig vergoed, op voorwaarde dat de plaatsing niet is gebeurd tijdens een gewaarborgde hospitalisatie. Kosten voor aanpassingen zonder wettelijke terugbetaling vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en voor onderhoud, herstelling en vervanging worden niet vergoed. Voor kinderen worden ook de latere terugbetaalbare prothesen of orthopedische toestellen volledig vergoed in de mate dat de plaatsing is vereist door het groeiproces en dit tot de leeftijd van 21 jaar. Kankerpatiënten hebben recht op een terugbetaling tot maximum 1.500 euro in de kosten voor de aankoop van een tweede haarprothese als die werd aangekocht na twee jaar te rekenen vanaf de factuurdatum van de eerste

- door deze verzekering terugbetaalde haarprothese.
5. Terugbetaalbare implantaten worden volledig vergoed.
 6. Terugbetaalbare geneesmiddelen worden volledig vergoed.
 7. Terugbetaalbaar synthesemateriaal wordt volledig vergoed.
 8. Terugbetaalbaar gipsmateriaal wordt volledig vergoed.
 9. Terugbetaalbaar stoma- en incontinentiemateriaal wordt volledig vergoed.
 10. Huur van medisch noodzakelijke hulpmiddelen wordt volledig vergoed.
 11. CM-Hospitaalplan: Voor niet-dringend ziekenvervoer met het oog op het uitvoeren van reeksvervoer voor nierdialyse of voor een oncologische behandeling, wordt het persoonlijk aandeel vergoed tot maximum 250 euro per kalenderjaar.
CM-Hospitaalplan Plus: Voor niet-dringend ziekenvervoer met het oog op het uitvoeren van reeksvervoer voor nierdialyse of voor een oncologische behandeling, wordt het persoonlijk aandeel vergoed tot maximum 300 euro per kalenderjaar.

De vergoeding is voorzien voor een verplaatsing van of naar de woning of verblijfplaats en van of naar een medische instelling (RIZIV-erkend ziekenhuis of nierdialysecentrum) en dit voor:

- reeksvervoer in het kader van nierdialyse;
- reeksvervoer in het kader van een oncologische behandeling.

De kosten vanaf de diagnosedatum en tot de tweede kalendermaand voor de diagnosedatum kunnen voor vergoeding in aanmerking worden genomen.

8.3 Bijzondere waarborgen

De bijzondere waarborgen omvatten de terugbetalingen voor de hierna vermelde specifieke kosten.

1. Bij-overnachting (rooming-in)
CM-Hospitaalplan: De oplegkosten voor één inslapende in de ziekenhuiskamer van een gehospitaliseerde verzekerde worden vergoed met een maximum van 40 euro per dag. Als oplegkosten worden aangenomen de kosten voor verblijf op de kamer van de gehospitaliseerde, inclusief de maaltijden maar exclusief eventuele andere afzonderlijk aangerekende diverse kosten.
CM-Hospitaalplan Plus: De oplegkosten voor één inslapende in de ziekenhuiskamer van een gehospitaliseerde verzekerde worden vergoed met een maximum van 60 euro per dag. Als oplegkosten worden aangenomen de kosten voor verblijf op de kamer van de gehospitaliseerde, inclusief de maaltijden maar exclusief eventuele andere afzonderlijk aangerekende diverse kosten.
2. Donoren
De verblijfskosten verbonden aan het donorschap dat

voor de behandeling van de verzekerde (= de receptor) medisch is vereist, worden volledig vergoed op voorwaarde dat de donor zich bewust laat hospitaliseren met het oog op het donorschap en er geen andere financiële terugbetaling is voorzien.

3. Vruchtbaarheidsbehandelingen
De kosten voor medisch geassisteerde vruchtbaarheidsbehandelingen (bijvoorbeeld kunstmatige inseminatie of in vitro fertilisatie) die worden uitgevoerd tijdens een hospitalisatie of daghospitalisatie, worden door CM-Hospitaalplan vergoed onder de waarborg hospitalisatie. Ambulante kosten in het kader van medisch geassisteerde vruchtbaarheidsbehandelingen worden, ongeacht of er tijdens die behandeling(en) een hospitalisatie of daghospitalisatie plaatsvond, vergoed zoals voorzien binnen de waarborg pre- en posthospitalisatie.

In zijn totaliteit en ongeacht het aantal vruchtbaarheidsbehandelingen is de terugbetaling binnen de waarborg vruchtbaarheidsbehandelingen evenwel beperkt tot maximum 1.500 euro per verzekerde.

Bij een vruchtbaarheidsbehandeling zijn de bepalingen inzake voorafbestaande toestand niet van toepassing. Voor vruchtbaarheidsbehandelingen gaat het recht op terugbetaling in na een wachttijd van negen maanden te rekenen vanaf de aansluitingsdatum. Deze wachttijd wordt verminderd met de periode van ononderbroken onmiddellijk voorafgaande aansluiting:

- bij overstap vanuit een gelijkaardige mutualistische hospitalisatieverzekering;
- bij overgang van persoon ten laste naar gerechtigde of omgekeerd.

Een hospitalisatie die aanvangt tijdens de wachttijd en die voortduurt na de wachttijd, is niet gewaarborgd.

4. Thuisbevalling
CM-Hospitaalplan vergoedt bij een thuisbevalling de hierna vermelde medisch noodzakelijke ambulante kosten die worden gemaakt in de periode van twee maanden voor en vier maanden na de bevalling. CM-Hospitaalplan Plus vergoedt bij een thuisbevalling de hierna vermelde medisch noodzakelijke ambulante kosten die worden gemaakt in de periode van twee maanden voor en zes maanden na de bevalling:

 - remgeld voor geneeskundige verzorging en behandeling uitgevoerd of voorgeschreven door een arts wordt volledig vergoed;
 - honorariumsupplementen, zover deze supplementen wettelijk kunnen worden aangerekend, worden vergoed tot maximum 100 % van het tarief zoals vastgelegd door het RIZIV;
 - terugbetaalbare geneesmiddelen worden volledig vergoed.
 - CM-Hospitaalplan: kraamzorg wordt met een maximum van 2 euro per gepresteerd uur vergoed voor een maximum van 30 gepresteerde uren.
CM-Hospitaalplan Plus: kraamzorg wordt met een maximum van 6 euro per gepresteerd uur vergoed voor een maximum van 30 gepresteerde uren.

Deze vergoeding geldt enkel voor kosten die rechtstreeks in verband staan met de gewaarborgde thuisbevalling. Voor de kosten van medisch-technische hulpmiddelen of materiaal

wordt een forfait van 100 euro toegekend.

5. Opnames in een psychiatrisch ziekenhuis
CM-Hospitaalplan kent de vergoedingen toe voorzien onder de waarborg hospitalisatie en de waarborg pre- en posthospitalisatie voor hospitalisaties in volgende diensten: in een dienst voor kinderneuropsychiatrie (K, dienstcode 340), dagverpleging in een K-dienst (K1, dienstcode 350), nachtverpleging in een K-dienst (K2, dienstcode 360), in een dienst voor neuropsychiatrie (A, dienstcode 370), dagverpleging in een A-dienst (A1, dienstcode 380), nachtverpleging in een A-dienst (A2, dienstcode 390), in een psychiatrische dienst (T, dienstcode 410), dagverpleging in een T-dienst (T1, dienstcode 420), nachtverpleging in een T-dienst (T2, dienstcode 430), in een dienst intensieve behandeling psychiatrische patiënten (IB, dienstcode 480), of in een dienst psychogeriatrische aandoeningen (SG, dienstcode 660).
De terugbetaling voor een hospitalisatie in een psychiatrisch ziekenhuis is altijd beperkt tot 1.500 euro per verzekerde en per kalenderjaar.
CM-Hospitaalplan Plus: de terugbetaling voor een hospitalisatie in een psychiatrisch ziekenhuis is altijd beperkt tot 2.000 euro per verzekerde en per kalenderjaar.
6. Voorafbestaande toestand
Hospitalisaties ten gevolge van een voorafbestaande aandoening of ziekte worden tijdens de eerste drie jaren van aansluiting vergoed als volgt:
 - bij keuze voor een gemeenschappelijke kamer of tweepersoonskamer: volgens de basiswaarborg;
 - bij keuze voor een eenpersoonskamer: volgens de basiswaarborg, maar zonder vergoeding van de aangerekende honorarium- en kamersupplementen.

Hospitalisaties ten gevolge van een voorafbestaande zwangerschap worden tijdens de eerste negen maanden van aansluiting op dezelfde wijze vergoed.

Bij overstap naar CM-Hospitaalplan vanuit een mutualistische verzekering met een gelijkaardige dekking, zoals omschreven in de begripsomschrijvingen, worden de hoger vermelde periodes van drie jaar en negen maanden verminderd met het aantal volledige maanden van ononderbroken onmiddellijk voorafgaande aansluiting bij die verzekering.

CM-Hospitaalplan Plus:
Hospitalisaties ten gevolge van een voorafbestaande zwangerschap worden tijdens de eerste negen maanden van aansluiting bij CM-Hospitaalplan Plus als een voorafbestaande zwangerschap in CM-Hospitaalplan vergoed.

Bij uitbreiding van CM-Hospitaalplan naar CM-Hospitaalplan Plus of overstap van een mutualistische verzekering gelijkaardig aan CM-Hospitaalplan naar CM-Hospitaalplan Plus, worden hospitalisaties ten gevolge van een voorafbestaande zwangerschap tijdens de eerste negen maanden vergoed volgens de waarborg van CM-Hospitaalplan, voor zover de periode voorafbestaande zwangerschap in CM-Hospitaalplan, of in de gelijkaardige mutualistische verzekering aan CM-Hospitaalplan, volledig verstreken is.

Bij uitbreiding van CM-Hospitaalplan naar CM-Hospitaalplan Plus of overstap van een mutualistische verzekering gelijkaardig aan CM-Hospitaalplan naar CM-Hospitaalplan Plus, worden hospitalisaties ten gevolge van een voorafbestaande zwangerschap tijdens de eerste negen maanden vergoed op dezelfde wijze als een voorafbestaande zwangerschap in CM-Hospitaalplan, voor zover de periode voorafbestaande zwangerschap in CM-Hospitaalplan, of in de gelijkaardige mutualistische verzekering aan CM-Hospitaalplan, nog niet volledig verstreken is.

7. Borstverkleiningen
Hospitalisaties die betrekking hebben op borstverkleiningen en de uit deze ingrepen voortvloeiende gevolgen en complicaties worden tijdens de eerste drie jaar van aansluiting vergoed als volgt:
 - bij keuze voor een gemeenschappelijke kamer of tweepersoonskamer: volgens de basiswaarborg
 - bij keuze voor een éénpersoonskamer: volgens de basiswaarborg; maar zonder vergoeding van de aangerekende honorarium- en kamersupplementen.

Na de eerste drie jaar van aansluiting worden de kosten vergoed volgens de basiswaarborg.
CM-Hospitaalplan: De terugbetaling is in haar totaliteit en ongeacht het aantal behandelingen altijd beperkt tot 1.500 euro per verzekerde.
CM-Hospitaalplan Plus: De terugbetaling is in haar totaliteit en ongeacht het aantal behandelingen altijd beperkt tot 2.000 euro per verzekerde.

Bij overstap naar CM-Hospitaalplan vanuit een mutualistische verzekering met een gelijkaardige dekking zoals omschreven in de begripsomschrijvingen, wordt de hoger vermelde periode van drie jaar verminderd met het aantal volledige maanden van ononderbroken onmiddellijk voorafgaande aansluiting bij die verzekering.

8. Preventieve borstamputaties
Hospitalisaties die betrekking hebben op preventieve borstamputaties en de uit deze ingrepen voortvloeiende gevolgen en complicaties worden tijdens de eerste drie jaar van aansluiting vergoed als volgt:
 - bij keuze voor een gemeenschappelijke kamer of twee-persoonskamer: volgens de basiswaarborg.
 - bij keuze voor een éénpersoonskamer: volgens de basiswaarborg, maar zonder vergoeding van de aangerekende honorarium- en kamersupplementen.

Na de eerste drie jaar van aansluiting worden de kosten vergoed volgens de basiswaarborg.

Bij overstap naar CM-Hospitaalplan vanuit een mutualistische verzekering met een gelijkaardige dekking zoals omschreven in de begripsomschrijvingen, wordt de hoger vermelde periode van drie jaar verminderd met het aantal volledige maanden van ononderbroken onmiddellijk voorafgaande aansluiting bij die verzekering.

9. Ingrepen ter behandeling van zwaarlijvigheid
Hospitalisaties die betrekking hebben op behandelingen van zwaarlijvigheid (bijvoorbeeld liposucties, gastroplasties, gastric banding ...) en de uit deze ingrepen

voortvloeiende gevolgen en complicaties worden tijdens de eerste drie jaar van aansluiting vergoed als volgt:

- bij keuze voor een gemeenschappelijke kamer of tweepersoonskamer: volgens de basiswaarborg.
- bij keuze voor een éénpersoonskamer: volgens de basiswaarborg, maar zonder vergoeding van de aangerekende honorarium- en kamersupplementen.

Na de eerste drie jaar van aansluiting worden de kosten vergoed volgens de basiswaarborg.

CM-Hospitaalplan: De terugbetaling is in haar totaliteit en ongeacht het aantal behandelingen altijd beperkt tot 1.500 euro per verzekerde.

CM-Hospitaalplan Plus: De terugbetaling is in haar totaliteit en ongeacht het aantal behandelingen altijd beperkt tot 2.000 euro per verzekerde.

Bij overstap naar CM-Hospitaalplan vanuit een mutualistische verzekering met een gelijkaardige dekking zoals omschreven in de begripsomschrijvingen, wordt de hoger vermelde periode van drie jaar verminderd met het aantal volledige maanden van ononderbroken onmiddellijk voorafgaande aansluiting bij die verzekering.

10. Tandzorgen en verwijderen van wijsheidstanden
Terugbetaalbare tandzorgen en het verwijderen van wijsheidstanden worden enkel vergoed volgens de waarborg hospitalisatie.
Daarnaast kent CM-Hospitaalplan de volledige basiswaarborg toe voor:
 - terugbetaalbare tandzorgen die het gevolg zijn van:
 - een door CM-Hospitaalplan gewaarborgde hospitalisatie ten gevolge van een ongeval of van een ziekte die op zichzelf geen tandheelkundige verzorging of behandeling vereist;
 - een door CM-Hospitaalplan gewaarborgde ernstige ziekte.
 - de tandimplantaten voorzien in artikel 14 I van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen waarvoor een goedkeuring is verleend door het College van artsen-directeurs.

11. Second-O (tweede medisch advies)
Verzekerden kunnen een beroep doen op de dienstverlening tweede medisch advies, verleend door een externe partner waarmee de MOB een overeenkomst heeft afgesloten. Het tweede medisch advies wordt gegeven door artsen-specialisten behorend tot het netwerk van deze partner. De dienstverlening geldt voor verzekerden die de algemene wachttijd hebben volbracht en te kampen hebben met een ernstige aandoening waarbij er door een arts-specialist al een diagnose is gesteld of behandeling is voorgesteld.

Per dossier rekent de MOB aan de verzekerde 30 euro aan. Dit bedrag kan jaarlijks worden aangepast volgens de evolutie van de consumptieprijsindex op basis van de verhouding tussen de index van de maand juni van de

twee voorgaande jaren.

9 Franchise en grensbedragen

9.1 Franchise eenpersoonskamer

CM-Hospitaalplan past geen algemene franchise toe. Er wordt enkel een franchise toegepast op de terugbetaling voor honorariumsupplementen bij verblijf op een eenpersoonskamer:

- tijdens een daghospitalisatie bedraagt deze franchise 175 euro per hospitalisatie;
- CM-Hospitaalplan: tijdens een klassieke hospitalisatie met overnachting bedraagt deze franchise 100 euro per hospitalisatie.

CM-Hospitaalplan Plus: tijdens een klassieke opname met overnachting bedraagt deze franchise 0 euro als er honorariumsupplementen tot 150% van het tarief zoals vastgelegd door het RIZIV worden aangerekend.

Tijdens een klassieke opname met overnachting bedraagt deze franchise 100 euro als er honorariumsupplementen hoger dan 150% van het tarief zoals vastgelegd door het RIZIV worden aangerekend.

Deze franchises zijn toepasbaar per hospitalisatie met een maximum van 350 euro per kalenderjaar.

De franchises worden niet toegepast voor hospitalisaties omwille van een bevalling.

De franchise is slechts eenmalig van toepassing voor een hospitalisatie die ononderbroken is en twee kalenderjaren bestrijkt.

9.2 Algemene grensbedragen

De totale terugbetaling in het kader van:

- de waarborg hospitalisatie;
- de waarborg pre- en posthospitalisatie;
- de bijzondere waarborgen;

CM-Hospitaalplan: is beperkt tot 25.000 euro per kalenderjaar en per verzekerde.

CM-Hospitaalplan Plus: is beperkt tot 40.000 euro per kalenderjaar en per verzekerde.

De terugbetaling in het kader van de waarborg ambulante kosten ernstige ziekten is beperkt tot 7.000 euro per kalenderjaar en per verzekerde.

9.3 Bijzondere grensbedragen

Alle buiten Belgisch grondgebied gemaakte kosten worden, indien ze door CM-Hospitaalplan vergoed worden, vergoed tot maximum 1.000 euro per kalenderjaar en per verzekerde.

De prestaties gefactureerd in vreemde valuta worden in aanmerking genomen op basis van de gemiddelde officiële koers van deze valuta op de dag van facturering.

10 Uitsluitingen

De hierna vermelde kosten worden niet door CM-Hospitaalplan vergoed.

1. Kosten die betrekking hebben op volgende prestaties en hun gevolgen en verwikkelingen:
 - (louter) esthetische zorgen of behandeling, verjongingskuren of zorgen met esthetisch oogmerk;
 - preventieve opsporingsonderzoeken;
 - kuurbehandelingen (bijvoorbeeld thermalisme, thalassotherapie en hygiënodiëetkuur);
 - borstvergrotingen;
 - behandelingen en geneesmiddelen waarvan het nut niet wetenschappelijk is bewezen;
 - alle tandprothesen of tandimplantaten en alle daaraan verbonden prestaties, andere dan deze vermeld onder punt 10 van hoofdstuk 8.3 'Bijzondere waarborgen'.
2. Kosten ten gevolge van een (burger)oorlog of een ramp.
3. Kosten ten gevolge van onlusten, oproer en politiek, ideologisch of sociaal geïnspireerde collectieve daden van geweld. Deze uitsluiting is niet van toepassing als de verzekerde aantoonbaar:
 - dat hij/zij er niet actief aan heeft deelgenomen;
 - dat hij/zij zich in staat van wettige zelfverdediging bevond;
 - dat hij/zij is opgetreden met het oog op redding van personen, dieren of goederen, als deze niet het voorwerp uitmaken van voornoemde feiten.
4. Kosten ten gevolge van een feit of een opeenvolging van feiten waar radioactieve, giftige, explosieve of andere gevaarlijke eigenschappen van brandstoffen of producten of radioactieve afvalstoffen de oorzaak van zijn, evenals de kosten die rechtstreeks voortvloeien uit ioniserende stralingen en ontstaan zijn door een ramp. Bestralingen en behandelingen met dergelijke producten ingevolge een medische behandeling zijn wel gewaarborgd.
5. Prestaties die niet noodzakelijk zijn voor het herstel van de gezondheid.
6. Kosten voor doelbewuste medische behandelingen in het buitenland waarvoor geen toestemming werd gegeven door de adviserend arts van het gezondheidsfonds.
7. Kosten die overeenkomstig de Belgische wetgeving niet mogen worden aangerekend.

11 Verval van recht

1. Kosten ten gevolge van een opzettelijke daad, roekeloze daden, weddenschappen, uitdagingen of vrijwillige deelname aan een misdad of wanbedrijf.

2. Kosten die het gevolg zijn van een staat van dronkenschap of alcoholintoxicatie van de verzekerde of het zonder medisch voorschrift onder invloed staan van verdovende middelen, narcotica, hallucinogenen, andere drugs of geneesmiddelen, indien er tussen die omstandigheden en de ziekte of het ongeval een oorzakelijk verband bestaat.

Het bovenstaande verval van recht vindt geen toepassing wanneer bewezen wordt dat de verzekerde door onwetendheid drank of verdovende middelen gebruikte of er door een derde toe werd gedwongen.

3. Kosten ten gevolge van de beoefening van volgende gevaarlijke sporten zoals: alpinisme, basejumps, bergbeklimmen, bobsleeën, canyoning, deltavliegen, diepzee-duiken, down-hill, elastiekspringen, horse-ball, ijsklimmen, racen (motor, wagen, buitenboordmotor), paragliding, parasailing, parapente, rafting, rodelen, schansspringen, acrobatisch skiën, skiën buiten piste, snowboard buiten piste, speleologie, ULM, valschermspringen, vechtsporten, zweefvliegen en eender welke sport als beroepsactiviteit, trainingen inbegrepen.

12 Aangifte

1. De gewaarborgde kosten worden vergoed na voorlegging van het door de MOB ter beschikking gestelde aangifteformulier samen met de onkostennota's, de afrekening van de terugbetalingen vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en ieder bewijs van terugbetaling in uitvoering van een andere verzekering.

De verjaringstermijn voor het indienen van deze stukken bedraagt drie jaar vanaf het einde van de maand waarin de verzekerde deze ontvangt. Kosten die ten laste blijven van de verzekerde omdat de stukken vervallen zijn voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen worden niet vergoed.

De verjaringstermijn voor de vordering door de MOB tot terugbetaling van een onverschuldigde terugbetaling bedraagt drie jaar vanaf het einde van de maand waarin de uitbetaling is gebeurd.

De toegezonden stukken blijven in het bezit van de MOB. Indien nodig kan de MOB bijkomende informatie vragen via een daartoe bestemd formulier, dat de huisarts of de behandelende arts moet invullen of kan de MOB vragen nog andere documenten te overhandigen.

2. De betalingen worden uitgevoerd conform de bepalingen op het aangifteformulier en ontslaan de MOB volledig van enige vervolging wegens verkeerde uitbetaling.
3. De terugbetaling wordt uitbetaald aan de verzekerde. In geval van overlijden van de verzekerde, wordt de terugbetaling uitbetaald aan de natuurlijke persoon die bewijst dat hij/zij de ziekenhuisrekening heeft betaald.

4. De MOB heeft het recht op ieder ogenblik de juistheid of de volledigheid van de aangiften te laten onderzoeken door een door de MOB aangewezen arts en desgevallend bijkomende informatie op te vragen.

CM-Hospitaalfix en CM-Hospitaalfix Extra

1

Begripsomschrijvingen

Voor deze verzekeringen worden de volgende begrippen als volgt gedefinieerd.

Aangeboden diensten en verrichtingen:

het geheel van de diensten en verrichtingen die worden georganiseerd door:

- het gezondheidsfonds CM Vlaanderen;
- de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten waarbij het gezondheidsfonds is aangesloten.

Aansluitingsdatum:

eerste dag van de maand die volgt op de ontvangst door het gezondheidsfonds van de volledig ingevulde en door de verzekeringnemer ondertekende verzekeringsovereenkomst, of de eerste dag van een overeengekomen volgende maand.

CM-Hospitaalplan:

verzekering die wordt ingericht door de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen en die kosten bij een hospitalisatie, binnen de voorwaarden en bepalingen van deze verzekering, waarborgt.

CM-Hospitaalfix:

forfaitaire hospitalisatieverzekering die voorziet in een vast bedrag van 12,37 euro per verpleegdag.

CM-Hospitaalfix Extra:

forfaitaire hospitalisatieverzekering die voorziet in een vast bedrag van 25 euro per verpleegdag of daghospitalisatie.

Daghospitalisatie:

iedere medische opname in een ziekenhuis waarvoor een forfait heelkundige dienst (= chirurgisch dagziekenhuis), een maxiforfait, een dagziekenhuisforfait groep één tot en met groep zeven, een maxiforfait (pediatrie) monotherapie of een maxiforfait (pediatrie) combitherapie wordt aangerekend. Worden niet vergoed: miniforfaits, forfaits chronische pijn 1, 2 of 3, forfait gipskamer, forfait manipulatie poortkatheter of een forfait oncologische basiszorg.

Gelijkaardige mutualistische verzekering:

hospitalisatieverzekering ingericht door een Belgische mutualistische entiteit die een forfaitaire vergoeding toekent. De MOB beschouwt de waarborg als gelijkaardig aan die van CM-Hospitaalfix of CM-Hospitaalfix Extra wanneer deze voorziet in een forfaitaire terugbetaling en het aantal vergoedbare dagen, het uit te keren dagbedrag en de premie gelijkaardig zijn aan die van CM-Hospitaalfix, respectievelijk CM-Hospitaalfix Extra.

Gerechtigde:

natuurlijk persoon uit hoofde van wiens beroepsactiviteit of gelijkgestelde toestand rechten in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voortvloeien of kunnen voortvloeien en die in die hoedanigheid bij CM Vlaanderen is aangesloten.

In geval van medische betwisting, kunnen de partijen in gemeenschappelijk overleg elk een arts aanstellen om het geschil te beslechten. Als de arts van de verzekerde en die van de MOB het onderling niet eens worden, zullen zij een derde arts aanduiden om als scheidsrechter op te treden.

5. Wordt men het niet eens over deze benoeming, dan wordt deze derde arts op verzoek van de meest gereede partij door de voorzitter van de bevoegde rechtbank van eerste aanleg aangeduid.
De woonplaats van de verzekerde is bepalend voor de bevoegdheid van de rechtbank. De beslissing van deze scheidsrechter is bindend. Elke partij draagt de kosten en het honorarium van haar raadslieden. De verliezende partij draagt de kosten en het honorarium van de derde arts en de kosten van zijn/haar aanstelling.
6. De verjaringstermijn voor het betwisten van de beslissingen van de MOB bedraagt drie jaar, vanaf het einde van de maand waarin de beslissing aan de verzekerde werd toegestuurd.
7. De MOB heeft het recht de gedane verklaringen en de antwoorden op haar vragen om inlichtingen te onderzoeken. De verzekerde of zijn/haar aangestelde moet de nodige maatregelen treffen om de afwerking van de aangifte door de MOB te vergemakkelijken.
8. Als de verzekerde één van de verplichtingen opgelegd door punten 1, 3 en 4 van dit artikel niet nakomt, of bij bedrieglijk opzet, kan de MOB de terugbetaling weigeren.

Hoe doe je een aangifte?

Hospitalisatie

Je moet pas een aangifte doen van zodra je je hospitalisatiefactuur ontvangt.

Een hospitalisatie aangeven bij CM-Hospitaalplan of CM-Hospitaalplan Plus gebeurt op basis van een aangifteformulier én de ziekhuisfactuur. Je kan de aangifte ook online doen.

Je aangifteformulier wordt doorgestuurd naar de dienst schadebeheer van CM-verzekeringen voor verdere beoordeling, berekening en betaling. Je ontvangt daarvan ofwel een overzicht van de terugbetaling in de kosten, ofwel een vraag naar bijkomende informatie, ofwel een gemotiveerde weigering tot vergoeding.

CM-verzekeringen stort geen bedragen rechtstreeks aan het ziekenhuis. Je kunt de ziekenhuisfacturen aan CM bezorgen, ook al werden ze nog niet met het ziekenhuis vereffend.

Bewaar bij het bezorgen van de factuur altijd zélf het betalingsdocument.

Pre- en posthospitalisatie

De medische kosten van de voor- en nazorg hoeft je niet binnen te brengen bij de verzekeringen van CM. Als je hiervoor toestemming gaf, gebeurt bij de waarborg hospitalisatie de terugbetaling van deze ambulante medische kosten automatisch.

Van die terugbetalingen moet je geen afrekenstaten meer opsturen. We maken een eerste berekening van deze kosten vier maanden na je hospitalisatie. Om een volledig overzicht te hebben is het belangrijk dat je de medische attesten zo snel mogelijk opstuurt naar CM.

Alle aan je hospitalisatie gerelateerd remgeld en doorgegeven vergoedbare supplementen worden mee verrekend in je terugbetaling vanuit CM-Hospitaalplan of CM-Hospitaalplan Plus. Bij ziekenhuisfacturen en eventuele rekeningen van dringend ziekenvervoer, facturen van een herstelverblijf in de CM-zorgverblijven of huur van medisch noodzakelijke hulpmiddelen gebeurt de terugbetaling niet automatisch. Bezorg ons deze documenten samen met het formulier 'Aanvraag niet-automatische terugbetaling ambulante kosten' ter attentie van de verzekeringen van CM.

Als je geen toestemming gaf voor een automatische terugbetaling van deze kosten dien je alle kosten samen met het formulier 'Aanvraag niet-automatische terugbetaling ambulante kosten' te bezorgen aan de verzekeringen van CM.

Ambulante kosten ernstige ziekten

Bezorg, voor een initiële erkenning, volgende twee zaken aan je gezondheidsfonds:

Formulier aanvraag waarborg ambulante kosten ernstige ziekten, ingevuld en ondertekend door je huisarts of specialist én ondertekend door jezelf.

Een recent medisch verslag van je specialist.

Na verloop van tijd zal je een verlenging voor deze erkenning moeten aanvragen. Hiervoor bezorgt de verzekeringen van CM je tijdig de nodige documenten.

Mits je toestemming gaf op het aangifteformulier gebeurt de terugbetaling drie- of twaalfmaandelijks. Dit op basis van het overzicht van de kosten die in de verplichte verzekering werden terugbetaald en dat we voor jou opvragen bij je gezondheidsfonds.

Bij ziekenhuisfacturen en eventuele rekeningen van dringend ziekenvervoer, facturen van een herstelverblijf in de CM-zorgverblijven of huur van medisch noodzakelijke hulpmiddelen (enkel bij een erkenning ernstige ziekten) gebeurt de terugbetaling niet automatisch. Bezorg ons deze documenten samen met het formulier 'Aanvraag niet-

Online aangifte van een hospitalisatie

Ontving je de factuur van je ziekenhuisopname? Doe de aangifte online, zo kunnen wij ze sneller verwerken.



Surf naar www.cm.be/hospitalisatie-aangeven of scan deze QR-code

Verzekeringnemer:

de gerechtigde die de aansluiting bij de verzekering ondertekent. In geval van feitelijke scheiding kan de verzekering onderschreven worden zowel door de gerechtigde als door de echtgeno(o)t(e) die als persoon ten laste bij die gerechtigde is ingeschreven en dit schriftelijk verzoekt.

Verzekeringsovereenkomst:

de verzekeringsovereenkomst bestaat uit de algemene voorwaarden van de verzekering en de bijzondere voorwaarden.

Wachttijd:

periode die ingaat vanaf de aansluitingsdatum en waarvoor de premie dient te worden betaald, maar waarin het recht op terugbetaling nog niet is geopend. De wachttijd eindigt met het ontstaan van het recht op terugbetaling.

Wettelijke terugbetaling:

- voor de kosten gemaakt in België: elke terugbetaling bepaald door de Belgische wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- voor de kosten gemaakt buiten Belgisch grondgebied: elke terugbetaling bepaald, hetzij door de in het betreffende land geldende verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, hetzij door de Belgische wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Ziekenhuis:

instelling die als dusdanig wettelijk is erkend (artikel 2 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen), zijnde een instelling voor gezondheidszorg waarin op ieder ogenblik geëigende medisch-specialistische onderzoeken en/of behandelingen in het domein van de geneeskunde, de heelkunde en eventueel de verloskunde in pluridisciplinair verband kunnen verstrekt worden, binnen het nodige en aangepaste medisch, medisch-technisch, verpleegkundig, paramedisch en logistiek kader, aan patiënten die er worden opgenomen en kunnen verblijven, omdat hun gezondheidstoestand dit geheel van zorgen vereist om op een zo kort mogelijke tijd de ziekte te bestrijden of te verlichten, de gezondheidstoestand te herstellen of te verbeteren of de letsels te stabiliseren. Worden bijgevolg onder meer niet als een ziekenhuis beschouwd: medisch-pedagogische instellingen, rust- en verzorgingshuizen, instellingen voor thermale kuren, revalidatiecentra, sanatoria en preventoria, rusthuizen voor bejaarden, psychiatrische verzorgingstehuizen, ziekenhuizen en gedeelten van ziekenhuizen die een bijzondere erkenning als RVT hebben.

2 Aansluitingsvoorwaarden

De verzekering kan enkel worden onderschreven door een gerechtigde. In geval van feitelijke scheiding kan de verzekering ook worden onderschreven door de echtgeno(o)t(e) die als persoon ten laste bij die gerechtigde is ingeschreven.

De gerechtigde die wil aansluiten bij de verzekering dient zichzelf en alle personen die bij hem/haar ten laste staan voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan te sluiten bij de verzekering, tenzij hij/zij met een attest aantoonst dat hij/zij of zijn/haar personen ten laste al bij een gelijkaardige forfaitaire verzekering is/zijn aangesloten.

In geval van feitelijke of wettelijke scheiding kunnen de kinderen ten laste desgewenst worden verzekerd via de ouder bij wie ze niet ten laste staan, in zoverre deze ouder zelf ook aansluit of aangesloten is bij de verzekering, of met een attest aantoonst dat hij al bij een gelijkaardige forfaitaire verzekering is aangesloten.

Om bij de verzekering aan te sluiten en aangesloten te blijven, moeten de verzekerden aangesloten zijn bij CM Vlaanderen voor de aangeboden diensten en verrichtingen en in orde zijn met de CM-bijdragebetaling.

Het cumuleren van CM-Hospitaalfix met CM-Hospitaalfix Extra is uitgesloten.

De overeenkomst zal worden beëindigd in geval van niet-betaling van deze bijdragen gedurende een periode van minstens 24 maanden, zoals omschreven in artikel 3.2.1 van de algemene voorwaarden. Deze beëindiging vindt bijgevolg plaats zelfs wanneer de verzekeringsnemer in orde was met de betaling van de premies voor de MOB.

3 Aanvang, duur en einde van de aansluiting

3.1 Aanvang en duur van de aansluiting

De overeenkomst komt tot stand bij de ondertekening van de verzekeringsaanvraag of de bijzondere voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst door de verzekeringsnemer en de eerste premiebetaling.

De overeenkomst bestaat uit twee delen:

- de algemene voorwaarden van de verzekering;
- de bijzondere voorwaarden die vermeld worden op de verzekeringsaanvraag zoals bepaald in artikel 64, §2 van de wet betreffende de verzekeringen van 4 april 2014.

De verzekeringsnemer heeft het recht om, binnen de veertien dagen na ontvangst door de MOB van de ondertekende verzekeringsaanvraag, de overeenkomst schriftelijk op te zeggen met onmiddellijk gevolg op het ogenblik van de kennisgeving.

De waarborg vangt aan op de aansluitingsdatum en geldt levenslang behalve bij opzegging van de overeenkomst door de verzekeringsnemer, het niet betalen van de premie en in het geval van fraude, zoals omschreven in deze algemene voorwaarden.

Wanneer het opzettelijk verzwijgen of het opzettelijk onjuist meedelen van gegevens over het risico de verzekeraar misleidt bij de beoordeling van dat risico is de verzekeringsovereenkomst nietig cfr. artikel 59 van de wet betreffende de verzekeringen van 4 april 2014.

3.2 Einde van de aansluiting

1. Zodra een verzekerde niet langer voldoet aan één van de aansluitingsvoorwaarden, eindigt de aansluiting. De aansluiting geldt tot en met de laatste dag waarop aan alle aansluitingsvoorwaarden was voldaan.
2. Als een verzekerde persoon ten laste zelf gerechtigde wordt, kan hij/zij de verzekering als verzekeringnemer ononderbroken verder zetten met behoud van alle rechten. Bij overgang of mutatie naar een ziekenfonds dat niet is aangesloten bij de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen, eindigt de aansluiting op de laatste dag van de maand voorafgaand aan deze van de overgang of mutatie.
3. Bij opzegging per brief door de verzekeringnemer neemt de aansluiting een einde. Er is, onverminderd de toepassing van de bepalingen uit punt 3.1 'Aanvang duur en einde van de aansluiting', een opzegtermijn van één maand die ingaat vanaf de dag die volgt op de afgifte ter post (in geval van een aangetekend schrijven), de betekening (opzeg bij deurwaardersexploot) of de datum van het ontvangstbewijs (afgifte van een opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs).
4. Elke verzekeringsnemer moet de volledige premie voor zichzelf en zijn/haar personen ten laste betalen vóór de vervaldag. Bij niet-betaling of onvolledige betaling van de premie stuurt de verzekeraar een aangetekende brief naar de verzekeringsnemer cfr. artikel 69 tot en met 72 van de verzekeringswet van 4 april 2014. Als de verzekeringsnemer nalaat de achterstallige premie te betalen binnen de vijftien dagen volgend op de afgiftedatum van de aangetekende brief op de post, wordt de dekking geschorst vanaf de vijftiende kalenderdag volgend op die afgiftedatum.

Als de verzekeringsnemer binnen de vijftien dagen, vanaf de eerste dag van de schorsing, de premie nog altijd niet heeft betaald wordt de verzekeringsovereenkomst stopgezet op de vijftiende dag na de eerste dag van de schorsing.

Er is geen recht op vergoeding van schadegevallen die zich voordoen tijdens de schorsingsperiode. Tijdens de schorsingsperiode blijven de premies verschuldigd.

In geval de verzekeringsovereenkomst wordt stopgezet kan men pas opnieuw aansluiten als aan alle aansluitingsvoorwaarden is voldaan en eventuele premieachterstallen uit het verleden zijn betaald. Daarbij moet een nieuwe wachttijd worden volbracht.

5. Bij overlijden van de verzekeringsnemer kunnen zijn/haar personen ten laste de verzekering ononderbroken verderzetten met behoud van alle rechten, in zoverre ze zelf verzekeringsnemer worden of ten laste komen van een andere verzekeringsnemer.

4 Wachttijden

Het recht op terugbetaling gaat in na een wachttijd van drie maanden, te rekenen vanaf de aansluitingsdatum.

De wachttijd wordt verminderd met de periode van ononderbroken onmiddellijk voorafgaande aansluiting:

- bij overstap vanuit een kostendekkende mutualistische hospitalisatieverzekering;
- bij overstap vanuit een gelijkaardige forfaitaire mutualistische of commerciële hospitalisatieverzekering;
- bij overgang van persoon ten laste naar gerechtigde of omgekeerd.

Wie aangesloten is bij CM-Hospitaalfix en overstapt naar CM-Hospitaalfix Extra moet een nieuwe wachttijd van drie maanden doorlopen. Tijdens deze wachttijd behoudt de verzekerde het recht op de terugbetaling van CM-Hospitaalfix van waaruit hij overstapt.

Een opname die aanvangt voor of tijdens de wachttijd en die eventueel voortduurt na de wachttijd, is niet gewaarborgd.

5 Premies

Overzicht van de maandpremies 2026 per verzekerde:

Bij aansluiting vóór de 60 ^{ste} verjaardag	Fix 12,37 euro/dag	Fix Extra 25 euro/dag
Van 0 tot en met 17 jaar* →	0,23 euro	0,63 euro
18 tot en met 24 jaar →	0,34 euro	0,84 euro
25 tot en met 59 jaar →	2,00 euro	5,32 euro
60 tot en met 64 jaar →	3,48 euro	6,60 euro
65 tot en met 69 jaar →	5,28 euro	13,68 euro
70 tot en met 74 jaar →	6,06 euro	14,25 euro
Vanaf 75 jaar →	6,93 euro	19,67 euro

Bij aansluiting tussen de 60^{ste} en 66^{ste} verjaardag

60 tot en met 64 jaar →	4,18 euro	7,90 euro
65 tot en met 69 jaar →	6,33 euro	16,41 euro
70 tot en met 74 jaar →	7,28 euro	17,09 euro
Vanaf 75 jaar →	8,32 euro	23,61 euro

Bij aansluiting tussen de 66^{ste} en 76^{ste} verjaardag

66 tot en met 69 jaar →	7,93 euro	20,51 euro
70 tot en met 74 jaar →	9,09 euro	21,37 euro
Vanaf 75 jaar →	10,41 euro	29,50 euro

Bij aansluiting na de 76^{ste} verjaardag

Vanaf 76 jaar →	13,18 euro	37,37 euro
-----------------	-------------------	-------------------

* Kinderen die ten laste staan bij een verzekeringsnemer die is aangesloten bij CM-Hospitaalfix of CM-Hospitaalfix Extra zijn tot en met het tweede kalenderjaar na hun geboortjaar vrijgesteld van premiebetaling.

In het kalenderjaar van aansluiting wordt de premie bepaald op basis van de toetredingsleeftijd. Nadien is de premie afhankelijk van de toetredingsleeftijd en van de bereikte leeftijd op 31 december van het kalenderjaar voorafgaand aan de premieperiode.

De premie kan op 1 januari van elk jaar aangepast worden aan het indexcijfer der consumptieprijzen zoals bepaald in het K.B. van 1 februari 2010 zoals gewijzigd door het K.B. van 9 april 2024 tot vaststelling van de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 204, §3 van de verzekeringswet van 4 april 2014.

De aanpassing aan de consumptieprijsindex gebeurt top basis van de verhouding van de index van de maand juni van de twee voorgaande jaren.

Daarnaast mag de premie slechts worden verhoogd in uitzonderlijke omstandigheden die omschreven zijn in artikel 504 van de controlewet van 13 maart 2016 en mits goedkeuring door de Controledienst voor de Ziekenfondsen.

Kinderen die ten laste staan bij een verzekeringsnemer die is aangesloten bij CM-Hospitaalfix of CM-Hospitaalfix Extra, zijn tot en met het tweede kalenderjaar na hun geboortjaar vrijgesteld van premiebetaling.

De premie is door de verzekeringsnemer verschuldigd vanaf de aansluitingsdatum en voor elke begonnen maand. Niet-betaling van de premie leidt, in overeenstemming met de bepaling zoals omschreven in punt 3.1 'Aanvang duur en einde van de aansluiting' tot stopzetting van de verzekering.

De periodiciteit voor de premiebetaling is afhankelijk van de tussen de verzekeringsnemer en verzekeraar overeengekomen betaalwijze.

Onverschuldigde premies worden automatisch en binnen de dertig dagen na het einde van de aansluiting teruggestort.

Als het aantal personen ten laste meer bedraagt dan drie, is vanaf de vierde aangesloten persoon ten laste geen premie verschuldigd. De rangorde wordt bepaald volgens de leeftijd, waarbij de oudste persoon ten laste als eerste persoon ten laste wordt gerangschikt.

6 Geboorte en adoptie

Voor een pasgeboren of geadopteerd kind dat ten laste komt te staan van een verzekeringsnemer die op de geboortedatum of adoptiedatum bij de verzekering is aangesloten, gelden volgende bijzondere bepalingen:

- de geboortedatum of adoptiedatum geldt als aansluitingsdatum;
- er moet geen wachttijd doorlopen worden, er is onmiddellijk recht op terugbetaling.

Voor een pasgeborene of geadopteerde die niet aan deze voorwaarden voldoet, gelden de bepalingen van een gewone aansluiting.

7 Aanvang en einde van de waarborgen

1. Hospitalisatiedagen die hebben plaatsgevonden vóór de aansluitingsdatum worden niet vergoed.
2. Hospitalisatiedagen die hebben plaatsgevonden na beëindiging van de aansluiting worden niet vergoed.
3. De verzekerde die voor 1 januari 2015 aangesloten was bij CM-Hospitaalfix of CM-Hospitaalfix Extra en daar ontslag neemt om aan te sluiten bij CM-Hospitaalplan behoudt tijdelijk recht op terugbetalingen van CM-Hospitaalfix of CM-Hospitaalfix Extra, tijdens de nog te vervullen wachttijd voor CM-Hospitaalplan.
4. De verzekerde moet op verzoek van de verzekeraar alle nuttige informatie verstrekken en op de gestelde vragen antwoorden teneinde de omstandigheden en de omvang van de schade te kunnen vaststellen. Als de verzekerde vanuit bedrieglijk opzet informatie achterhoudt of onjuist verstrekt, kan de verzekeraar voor het concrete schadegeval zijn dekking weigeren.

8 Waarborgen

A. CM-Hospitaalfix

De terugbetaling bedraagt voor CM-Hospitaalfix 12,37 euro per verpleegdag die door het ziekenhuis werd aangerekend.

CM-Hospitaalfix vergoedt enkel verpleegdagen waarvoor recht is op een terugbetaling vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Voor verzekerden ouder dan 65 jaar is het aantal dagen waarvoor een terugbetaling wordt toegekend, beperkt tot 180 dagen per kalenderjaar per verzekerde, en dit vanaf de eerste januari van het kalenderjaar dat volgt op het jaar waarin men de leeftijd van 65 jaar heeft bereikt.

Bij hospitalisatie in een psychiatrisch ziekenhuis wordt enkel een terugbetaling toegekend voor het verblijf in een dienst voor neuropsychiatrie (A-dienst - dienstcode 37), een dienst voor kinderneuropsychiatrie (K-dienst - dienstcode 34) of een psychiatrische dienst (T-dienst - dienstcode 41). Het aantal vergoedbare dagen voor deze diensten is beperkt tot 30 per kalenderjaar per verzekerde.

B. CM-Hospitaalfix Extra

De terugbetaling bedraagt vanuit CM-Hospitaalfix Extra 25 euro per verpleegdag die door het ziekenhuis werd aangerekend. CM-Hospitaalfix Extra voorziet ook in een terugbetaling van 25 euro bij daghospitalisatie (zoals omschreven in de begripsomschrijving).

CM-Hospitaalfix Extra vergoedt enkel verpleegdagen en daghospitalisatie waarvoor recht is op een terugbetaling vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Voor verzekerden ouder dan 65 jaar is het aantal dagen waarvoor een terugbetaling wordt toegekend, beperkt tot 180 per kalenderjaar per verzekerde, en dit vanaf de eerste januari van het kalenderjaar dat volgt op het jaar waarin men de leeftijd van 65 jaar heeft bereikt.

Per kalenderjaar worden de eerste 30 dagen in onderstaande diensten in een algemeen ziekenhuis vergoed aan 25 euro per dag, de andere dagen aan 12,37 euro per dag:

- diensten voor cardiopulmonaire, locomotorische, neurologische, chronische of psychogeriatrische aandoeningen of een dienst voor chronische polyopathieën met verlengde medische zorgen (Sp-diensten);
- acute diensten voor neuropsychiatrie (A-diensten - dienstcode 37), kinderneuropsychiatrie (K-diensten - dienstcode 34) of psychiatrische diensten (T-diensten - dienstcode 41).

Bij hospitalisatie in een psychiatrisch ziekenhuis wordt enkel een terugbetaling toegekend voor het verblijf in een dienst voor neuropsychiatrie (A-diensten - dienstcode 37), kinderneuropsychiatrie (K-diensten - dienstcode 34) of psychiatrische diensten (T-diensten - dienstcode 41). Het aantal vergoedbare dagen voor deze diensten is beperkt tot 30 per kalenderjaar per verzekerde.

9 Uitsluitingen

De verzekering kent geen terugbetaling toe voor:

1. hospitalisaties die het gevolg zijn van een arbeidsongeval of beroepsziekte, tenzij de verzekerde nog een kamer- of honorariumsupplement moet betalen, dat niet wordt terugbetaald door de verzekering voor arbeidsongevallen en beroepsziekten;
2. hospitalisaties die het gevolg zijn van oorlogsdaden of rampen;
3. geplande hospitalisaties buiten Belgisch grondgebied, waarvoor geen toestemming werd gegeven door de adviserend arts van het gezondheidsfonds;
4. alle forfaits die niet vermeld zijn in de begripsomschrijving daghospitalisatie.

10 Uitbetaling, subrogatie, verjaring

De terugbetaling wordt automatisch uitbetaald na de kennisgeving door het ziekenhuis aan het gezondheidsfonds van de ontslagdatum uit het ziekenhuis. Deze automatische uitbetaling is niet van toepassing voor hospitalisaties buiten Belgisch grondgebied en in het kader van een arbeidsongeval of beroepsziekte waarbij nog een supplement ten laste blijft van de verzekerde. In de beide gevallen dient de verzekerde de factuur aan het gezondheidsfonds over te maken. Bij hospitalisaties van langere duur kunnen uitbetalingen tijdens de hospitalisatie worden aangevraagd.

De terugbetaling wordt uitbetaald aan de verzekerde. In geval van overlijden van de verzekerde, wordt de terugbetaling uitbetaald aan de natuurlijke persoon die bewijst dat hij/zij de ziekenhuisrekening heeft betaald.

In geval een hospitalisatie betrekking heeft op feiten waarvoor schadeloosstelling is voorzien krachtens een andere Belgische wetgeving, een buitenlandse wetgeving of het gemeen recht, treedt de MOB in alle rechten die de verzekerde tegenover derden kan doen gelden voor de terugbetalingen door de verzekering betaald.

De verzekering kan overgaan tot terugvordering van uitbetaalde terugbetalingen bij degene die schadeloosstelling is verschuldigd krachtens de andere Belgische wetgeving, buitenlandse wetgeving of het gemeen recht. De verzekeringsmaatschappijen burgerlijke aansprakelijkheid worden gelijkgesteld met degenen die schadeloosstelling zijn verschuldigd.

De verjaringstermijn voor de vordering door de verzekerde tot betaling van de terugbetaling bedraagt drie jaar vanaf het einde van de maand waarin de verzekerde de ziekenhuisfactuur ontvangt.

De verjaringstermijn voor de vordering door de MOB tot terugbetaling van een onverschuldigde terugbetaling bedraagt drie jaar vanaf het einde van de maand waarin de uitbetaling is gebeurd.

Aan verzekerden die tijdelijk geen recht hebben op terugbetaling vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen omdat ze niet in regel zijn of de wachttijd voor deze terugbetaling nog niet hebben volbracht, wordt dezelfde terugbetaling toegekend als deze die ze zouden krijgen indien ze wel recht zouden hebben.

Diverse bepalingen

1

Elke klacht met betrekking tot de verzekerings-overeenkomst kan in eerste instantie gericht worden aan de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen, hetzij per brief naar Haachtsesteenweg 579, 1031 Brussel; hetzij via e-mail naar verzekeringen@cm.be; hetzij via www.cm.be/klachten.

Eventueel kun je nog een klacht richten aan:

- de ombudsman van CM, Haachtsesteenweg 579, 1031 Brussel - of via e-mail naar cm.ombud@cm.be;
- de ombudsman verzekeringen vzw, de Meeûsplantsoen 35, 1000 Brussel - www.ombudsman-insurance.be

2

Voor alle geschillen zijn de rechtbanken van het arrondissement waar de verzekerde is gedomicilieerd, bevoegd. De verjaringstermijn voor het betwisten van de beslissingen van de MOB bedraagt drie jaar, vanaf het einde van de maand waarin de beslissing aan de verzekerde werd toegestuurd.

3

Onverminderd de bevoegdheid van de rechtbanken, kunnen de bij een ontstaan geschil betrokken partijen beslissen dit bij scheidrechterlijke overeenkomst aan een scheidsgerecht te onderwerpen volgens de procedure die door het Gerechtelijk Wetboek is vastgesteld.

4

Wijzigingen aan de inhoud van deze verzekeringen of van de premies worden aan de verzekerden kenbaar gemaakt en gepubliceerd in de ledenbladen en op de website www.cm.be.

5

Alle kosten, belastingen en rechten geheven of te heffen uit hoofde van deze aansluiting zijn ten laste van de verzekeringsnemer.

6

Ongeacht de lidstaat waar de verzekerde zijn of haar gewone verblijfplaats heeft, is het Belgisch recht van toepassing.

7

De verzekeringsnemer verbindt zich ertoe elke adreswijziging dadelijk aan de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen te melden. De voor de verzekeringnemer bestemde mededelingen zijn geldig gedaan op het laatste door de MOB gekende adres.

8

Aansluiting en uitsluiting van leden bij de MOB Onverminderd hetgeen hieronder is bepaald, worden de leden die aangesloten zijn bij de diensten en verrichtingen van het bij de MOB aangesloten gezondheidsfonds lid van de MOB van zodra zij tegen betaling van de gevraagde premie aangesloten zijn bij een verzekering die door de MOB wordt aangeboden.

De MOB houdt een lijst bij van haar leden, per aangesloten gezondheidsfonds, met vermelding van: hun naam, voornamen, identificatienummer bij het Rijksregister van de natuurlijke personen, hoedanigheid van titularis of persoon ten laste in hun gezondheidsfonds wat de verplichte verzekering betreft, en beroepscategorie. Men verliest de hoedanigheid van lid van de Maatschappij van Onderlinge Bijstand van zodra men niet langer als lid is aangesloten bij de diensten en verrichtingen van het gezondheidsfonds dat bij de MOB is aangesloten of van zodra men niet langer is aangesloten bij een verzekering die door de MOB wordt aangeboden. Naargelang zijn toestand m.b.t. het niveau van de betaling van de bijdragen aan zijn bij de MOB aangesloten ziekenfonds voor de aanvullende verzekering, kan een lid:

- hetzij een lid zijn dat een voordeel van de aanvullende verzekering kan genieten; Dit betreft een lid dat in regel is met de bijdragen van de aanvullende verzekering.
- hetzij een lid zijn van wie de mogelijkheid om een voordeel van de aanvullende verzekering te genieten, is opgeschort; Onder deze categorie van lid wordt verstaan: een lid dat niet in regel is met de bijdragen van de aanvullende verzekering, voor een periode die niet verder teruggaat dan de 23e maand die voorafgaat aan de maand waarin de gebeurtenis heeft plaatsgevonden die, krachtens de statuten van het bij de MOB aangesloten ziekenfonds, aanleiding kan geven tot uitkering van het voordeel van de aanvullende verzekering.
- hetzij een lid zijn van wie de mogelijkheid om een voordeel van de aanvullende verzekering te genieten, is opgeheven. Onder deze categorie van lid wordt verstaan: een lid dat niet in regel is met de bijdragen van de aanvullende verzekering voor een periode die 24 maanden overstijgt.

De persoon die als persoon ten laste bij een lid is ingeschreven en die de mogelijkheid verkrijgt om uit hoofde van dit lid de voordelen van die diensten te genieten in functie van de beschikbare middelen, wordt ingedeeld volgens hetzelfde type als de gerechtigde ten laste van dewelke de persoon is ingeschreven.

Gevolg van de niet-betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering op de mogelijkheid om lid te worden van de MOB:

- Indien de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van de aanvullende verzekering is opgeschort, kan men nog aansluiten bij de MOB.

- Indien de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van de aanvullende verzekering is opgeheven, kan men niet aansluiten bij de MOB.

Gevolg van de niet-betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering op de mogelijkheid om lid te blijven van de MOB:

- Indien de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van de aanvullende verzekering is opgeschort, kan men lid blijven van de MOB.
- Indien de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van de aanvullende verzekering is opgeheven, kan men niet langer lid blijven van de MOB.

Onder "aanvullende verzekering" wordt verstaan: de diensten bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook de diensten bedoeld in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering, georganiseerd door het aangesloten gezondheidsfonds, door de landsbond en door de maatschappij van onderlinge bijstand waarbij het gezondheidsfonds is aangesloten.

Een lid waarvan de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van de aanvullende verzekering werd opgeheven, kan opnieuw genieten van de voordelen van de aanvullende verzekering na het volbrengen van een wachttijd van 24 maanden tijdens dewelke het lid de bijdragen van de aanvullende verzekering betaalt zonder dat hij effectief van een voordeel van de aanvullende verzekering kan genieten. In geval van een lid dat zich in een behartenswaardige situatie bevindt in de zin van het Koninklijk besluit van 7 maart 1991 tot uitvoering van artikel 2, §§ 2 en 3, artikel 14, § 3, en artikel 19, derde en vierde lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, geldt een verkorte wachttijd. Tijdens deze wachttijd voor de aanvullende verzekering kan men ook opnieuw aansluiten bij de MOB.

Indien gedurende deze wachttijd een vertraging van zes maanden bestaat in de betaling van de bijdragen voor de aanvullende verzekering verliest men terug het recht om lid te zijn van de MOB. Deze periode van zes maanden wordt opgeschort:

- wanneer de persoon die niet in regel is met de betaling van de bedoelde bijdragen zich in een toestand van collectieve schuldregeling of van faillissement bevindt;
- gedurende de periode waarin de persoon 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 diensten van de aanvullende verzekering.

Deze algemene voorwaarden beschrijven de statutaire bepalingen van de verzekeringen CM-MediKo Plan, CM-Hospitaalplan, CM-Hospitaalplan Plus, CM-Hospitaalfix en CM-Hospitaalfix Extra, aangeboden door de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen geldig vanaf 1 januari 2026.

Bij twijfel of betwisting gelden enkel de statuten.

De MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen, is een onderneming onder toezicht van en toegelaten door de Controledienst voor de Ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen bij beslissing(en) 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 met volgend door de Controledienst toegekend codenummer: 150/01.

CM-MediKo Plan

Leeftijd	Handelspremie	Kosten begrepen in de handelspremie		Taksen en bijdragen	Totale jaarpremie 2026
		Acquisitiekosten	Administratiekosten		
Bij aansluiting vóór de 60^{ste} verjaardag					
Van 0 tot en met 9 jaar*	156,48	10,80	8,64	0,00	156,48
Van 10 tot en met 19 jaar	209,52	14,40	11,64	0,00	209,52
Van 20 tot en met 34 jaar	220,20	15,12	12,24	0,00	220,20
Van 35 tot en met 49 jaar	271,32	18,72	15,00	0,00	271,32
Van 50 tot en met 64 jaar	301,44	20,76	16,68	0,00	301,44
Van 65 tot en met 74 jaar	342,84	23,64	18,96	0,00	342,84
Vanaf 75 jaar	376,68	25,92	20,88	0,00	376,68
Bij aansluiting tussen de 60^{ste} en 66^{ste} verjaardag					
Van 60 tot en met 64 jaar	361,68	24,84	20,04	0,00	361,68
Van 65 tot en met 74 jaar	411,48	28,32	22,80	0,00	411,48
Vanaf 75 jaar	452,04	31,08	25,08	0,00	452,04
Bij aansluiting tussen de 66^{ste} en 70^{ste} verjaardag					
Van 66 tot en met 74 jaar	445,80	30,72	24,72	0,00	445,80
Vanaf 75 jaar	489,72	33,72	27,12	0,00	489,72
Bij aansluiting na de 70^{ste} verjaardag					
Van 70 tot en met 74 jaar	514,32	35,40	28,56	0,00	514,32
Vanaf 75 jaar	565,20	38,88	31,32	0,00	565,20

*Kinderen die ten laste staan bij een verzekeringsnemer die is aangesloten bij CM-MediKo Plan zijn tot en met het derde kalenderjaar na hun geboortjaar vrijgesteld van premiebetaling.

CM-Hospitaalplan

Leeftijd	Handelspremie	Kosten begrepen in de handelspremie		Taksen en bijdragen	Totale jaarpremie 2026
		Acquisitiekosten	Administratiekosten		
Bij aansluiting vóór de 60^{ste} verjaardag					
Tot en met 19 jaar*	48,65	2,40	4,44	4,87	53,52
Van 20 tot en met 24 jaar	48,65	2,40	4,44	4,87	53,52
Van 25 tot en met 34 jaar	112,25	5,64	10,32	11,23	123,48
Van 35 tot en met 49 jaar	112,25	5,64	10,32	11,23	123,48
Van 50 tot en met 59 jaar	130,69	6,60	12,12	13,07	143,76
Van 60 tot en met 64 jaar	224,73	11,28	20,76	22,47	247,20
Van 65 tot en met 69 jaar	239,24	12,00	22,08	23,92	263,16
Vanaf 70 jaar	354,87	17,76	32,76	35,49	390,36
Bij aansluiting tussen de 60^{ste} en 66^{ste} verjaardag					
Van 60 tot en met 64 jaar	292,25	14,64	27,00	29,23	321,48
Van 65 tot en met 69 jaar	310,69	15,60	28,68	31,07	341,76
Vanaf 70 jaar	426,00	21,36	39,36	42,60	468,60
Bij aansluiting na de 66^{ste} verjaardag					
Van 66 tot en met 69 jaar	358,69	18,00	33,12	35,87	394,56
Vanaf 70 jaar	532,69	26,76	49,20	53,27	585,96

* Kinderen die ten laste staan bij een verzekeringsnemer die is aangesloten bij CM-Hospitaalplan zijn tot en met het derde kalenderjaar na hun geboortjaar vrijgesteld van premiebetaling.

CM-Hospitaalplan Plus

Leeftijd	Handelspremie	Kosten begrepen in de handelspremie		Taksen en bijdragen	Totale jaarpremie 2026
		Acquisitiekosten	Administratiekosten		
Bij aansluiting vóór de 60^{ste} verjaardag					
Tot en met 19 jaar*	61,75	3,12	5,76	6,17	67,92
Van 20 tot en met 24 jaar	86,40	4,32	7,92	8,64	95,04
Van 25 tot en met 34 jaar	209,35	10,56	19,32	20,93	230,28
Van 35 tot en met 49 jaar	246,22	12,36	22,68	24,62	270,84
Van 50 tot en met 59 jaar	278,51	14,04	25,68	27,85	306,36
Van 60 tot en met 64 jaar	431,24	21,60	39,84	43,12	474,36
Van 65 tot en met 69 jaar	557,89	27,96	51,48	55,79	613,68
Vanaf 70 jaar	793,20	39,84	73,20	79,32	872,52
Bij aansluiting tussen de 60^{ste} en 66^{ste} verjaardag					
Van 60 tot en met 64 jaar	540,11	27,12	49,92	54,01	594,12
Van 65 tot en met 69 jaar	693,05	34,80	63,96	69,31	762,36
Vanaf 70 jaar	952,04	47,76	87,84	95,20	1.047,24
Bij aansluiting na de 66^{ste} verjaardag					
Van 66 tot en met 69 jaar	782,51	39,24	72,24	78,25	860,76
Vanaf 70 jaar	1.115,67	56,04	102,96	111,57	1.227,24

* Kinderen die ten laste staan bij een verzekeringsnemer die is aangesloten bij CM-Hospitaalplan zijn tot en met het derde kalenderjaar na hun geboortjaar vrijgesteld van premiebetaling.

Bij overstap in 2026 van CM-Hospitaalplan naar CM-Hospitaalplan Plus

Leeftijd	Handelspremie	Kosten begrepen in de handelspremie		Taksen en bijdragen	Totale jaarpremie 2026
		Acquisitiekosten	Administratiekosten		
Wanneer je aansloot bij CM-Hospitaalplan voor de 60^{ste} verjaardag en overstapt naar CM-Hospitaalplan Plus voor de 60^{ste} verjaardag					
Tot en met 19 jaar*	61,75	3,12	5,76	6,17	67,92
Van 20 tot en met 24 jaar	86,40	4,32	7,92	8,64	95,04
Van 25 tot en met 34 jaar	209,35	10,56	19,32	20,93	230,28
Van 35 tot en met 49 jaar	246,22	12,36	22,68	24,62	270,84
Van 50 tot en met 59 jaar	278,51	14,04	25,68	27,85	306,36
Wanneer je aansloot bij CM-Hospitaalplan voor de 60^{ste} verjaardag en overstapt naar CM-Hospitaalplan Plus tussen de 60^{ste} en 66^{ste} verjaardag					
Van 60 tot en met 64 jaar	472,58	23,76	43,68	47,26	519,84
Van 65 tot en met 69 jaar	621,60	31,20	57,36	62,16	683,76
Wanneer je aansloot bij CM-Hospitaalplan voor de 60^{ste} verjaardag en overstapt naar CM-Hospitaalplan Plus na de 66^{ste} verjaardag					
Van 66 tot en met 69 jaar	663,05	33,24	61,20	66,31	729,36
Vanaf 70 jaar	937,85	47,04	86,64	93,79	1.031,64
Wanneer je aansloot bij CM-Hospitaalplan tussen de 60^{ste} en 66^{ste} verjaardag en overstapt naar CM-Hospitaalplan Plus tussen de 60^{ste} en 66^{ste} verjaardag.					
Van 60 tot en met 64 jaar	540,11	27,12	49,92	54,01	594,12
Van 65 tot en met 69 jaar	693,05	34,80	63,96	69,31	762,36
Vanaf 70 jaar	952,04	47,76	87,84	95,20	1.047,24
Wanneer je aansloot bij CM-Hospitaalplan tussen de 60^{ste} en 66^{ste} verjaardag en overstapt naar CM-Hospitaalplan Plus na de 66^{ste} verjaardag					
Van 66 tot en met 69 jaar	734,51	36,84	67,80	73,45	807,96
Vanaf 70 jaar	1.008,98	50,64	93,12	100,90	1.109,88
Wanneer je aansloot bij CM-Hospitaalplan na de 66^{ste} verjaardag en overstapt naar CM-Hospitaalplan Plus na de 66^{ste} verjaardag					
Van 66 tot en met 69 jaar	782,51	39,24	72,24	78,25	860,76
Vanaf 70 jaar	1.115,67	56,04	102,96	111,57	1.227,24

* Kinderen die ten laste staan bij een verzekeringsnemer die is aangesloten bij CM-Hospitaalplan zijn tot en met het derde kalenderjaar na hun geboortejaar vrijgesteld van premiebetaling.

CM-Hospitaalfix: dagvergoeding = € 12,37

Leeftijd	Handelspremie	Kosten begrepen in de handelspremie		Taksen en bijdragen	Totale jaarpremie 2026
		Acquisitiekosten	Administratiekosten		
Bij aansluiting vóór de 60^{ste} verjaardag					
Tot en met 17 jaar *	2,76	0,24	0,12	0,00	2,76
Van 18 tot en met 24 jaar	4,08	0,48	0,24	0,00	4,08
Van 25 tot en met 59 jaar	24,00	2,52	1,32	0,00	24,00
Van 60 tot en met 64 jaar	41,76	4,44	2,28	0,00	41,76
Van 65 tot en met 69 jaar	63,36	6,84	3,48	0,00	63,36
Van 70 tot en met 74 jaar	72,72	7,80	3,96	0,00	72,72
Vanaf 75 jaar	83,16	8,88	4,56	0,00	83,16
Bij aansluiting tussen de 60^{ste} en 66^{ste} verjaardag					
60 tot en met 64 jaar	50,16	5,40	2,76	0,00	50,16
65 tot en met 69 jaar	75,96	8,16	4,20	0,00	75,96
70 tot en met 74 jaar	87,36	9,36	4,80	0,00	87,36
Vanaf 75 jaar	99,84	10,68	5,52	0,00	99,84
Bij aansluiting tussen de 66^{ste} en 76^{ste} verjaardag					
66 tot en met 69 jaar	95,16	10,20	5,16	0,00	95,16
70 tot en met 74 jaar	109,08	11,64	6,00	0,00	109,08
Vanaf 75 jaar	124,92	13,44	6,84	0,00	124,92
Bij aansluiting na de 76^{ste} verjaardag					
Vanaf 76 jaar	158,16	16,92	8,64	0,00	158,16

* Kinderen die ten laste staan bij een verzekeringsnemer die is aangesloten bij CM-Hospitaalfix zijn tot en met het tweede kalenderjaar na hun geboortejaar vrijgesteld van premiebetaling.

CM-Hospitaalfix Extra: dagvergoeding = € 25

Leeftijd	Handelspremie	Kosten begrepen in de handelspremie		Taksen en bijdragen	Totale jaarpremie 2026
		Acquisitiekosten	Administratiekosten		
Bij aansluiting vóór de 60^{ste} verjaardag					
Tot en met 17 jaar*	6,87	0,48	0,36	0,69	7,56
Van 18 tot en met 24 jaar	9,16	0,60	0,48	0,92	10,08
Van 25 tot en met 59 jaar	58,04	4,08	3,00	5,80	63,84
Van 60 tot en met 64 jaar	72,00	5,04	3,72	7,20	79,20
Van 65 tot en met 69 jaar	149,24	10,44	7,56	14,92	164,16
Van 70 tot en met 74 jaar	155,45	10,80	7,92	15,55	171,00
Vanaf 75 jaar	214,58	15,00	10,92	21,46	236,04
Bij aansluiting tussen de 60^{ste} en 66^{ste} verjaardag					
Van 60 tot en met 64 jaar	86,18	6,00	4,44	8,62	94,80
Van 65 tot en met 69 jaar	179,02	12,48	9,12	17,90	196,92
Van 70 tot en met 74 jaar	186,44	12,96	9,48	18,64	205,08
Vanaf 75 jaar	257,56	18,00	13,20	25,76	283,32
Bij aansluiting tussen de 66^{ste} en 76^{ste} verjaardag					
Van 66 tot en met 69 jaar	223,75	15,60	11,40	22,37	246,12
Van 70 tot en met 74 jaar	233,13	16,20	11,88	23,31	256,44
Vanaf 75 jaar	321,82	22,44	16,44	32,18	354,00
Bij aansluiting na de 76^{ste} verjaardag					
Vanaf 76 jaar	407,67	28,44	20,76	40,77	448,44

* Kinderen die ten laste staan bij een verzekeringsnemer die is aangesloten bij CM-Hospitaalfix Extra zijn tot en met het tweede kalenderjaar na hun geboortjaar vrijgesteld van premiebetaling.

Merk op dat als je verschillende verzekeringsovereenkomsten gaat vergelijken, je niet enkel de geraamde kosten en lasten van de overeenkomsten met elkaar mag vergelijken, maar ook andere elementen in aanmerking moet nemen, zoals de reikwijdte van de waarborgen, het bedrag van eventuele franchises of de uitsluitingsclausules.

De (hierboven) opgegeven ramingen geven een beter zicht op het premiegedeelte dat wordt aangewend voor de dekking van het risico dat door de verzekeringsovereenkomst wordt gedekt. Het saldo van de premie, na aftrek van de taksen en bijdragen alsook van de acquisitie- en administratiekosten, bestaat immers uit het gedeelte van de premie dat wordt aangewend om de contractueel vastgelegde prestaties te verrichten en uit de andere kosten dan hierboven vermeld (waaronder de samengevoegde en onderling gedeelde kosten van de schadegevallen en het beheer ervan).

Deze ramingen zijn berekend op grond van de boekhoudkundige gegevens van het laatste boekjaar van de verzekeringsonderneming, als goedgekeurd door haar algemene vergadering.

1 Zorgplicht

In het kader van de zorgplicht moeten de dienstverleners informatie inwinnen bij hun cliënten. De omvang van die informatie verschilt naargelang van het soort verzekeringsovereenkomst en van de verleende dienst.

Voorafgaandelijk aan het sluiten van een verzekeringsovereenkomst dient de dienstverlener te informeren naar de verlangens en behoeften van zijn cliënten.

De MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen biedt drie verschillende verzekeringen aan uit de tak 2 "ziekte" met elk zeer specifieke kenmerken zodat de behoeften en verlangens van het cliënteel duidelijk kunnen worden bepaald. Het betreft de volgende producten:

- CM-Hospitaalplan en CM-Hospitaalplan Plus, een kostendekkende hospitalisatieverzekering die een terugbetaling voorziet in de kosten bij hospitalisatie inclusief de voor- en nazorg en bij ernstige ziekten.
- CM-MediKo Plan, beschermt de verzekerden tegen hoge kosten buiten het ziekenhuis.
- CM-Hospitaal Fix en CM-Hospitaalfix Extra, is een forfaitaire hospitalisatieverzekering die voorziet in een dagvergoeding van respectievelijk 12,37 euro en 25 euro per verpleegdag.

2 Beleid inzake belangenconflicten

Bij het verrichten van verzekeringsbemiddelingsdiensten kunnen zich belangenconflicten voordoen die de belangen van cliënten schaden.

Voor de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen staat naast een goede prijs kwaliteitsverhouding van de aangeboden verzekeringen en een uitmuntende dienstverlening de bescherming van de belangen van haar verzekerden centraal. De MOB verzekeringen CM-Vlaanderen heeft voor de bescherming van de belangen van haar verzekerden een beleid uitgeschreven voor het voorkomen van belangenconflicten. Dit beleid beschrijft de verschillende vormen van belangenconflicten die zich kunnen voordoen en de manier waarop de conflicten worden voorkomen en beheerd.

Het belangenconflictenbeleid van de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen kan je raadplegen op www.cm.be/verzekeringen of opvragen in een CM-gezondheidspunt.

3 Erkenning en wijze van communicatie

Erkenning
Hoger vermelde verzekeringen worden aangeboden door de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen, Haachtsesteenweg 579, PB40, 1031 Brussel - verzekeringsonderneming toegelaten onder codenummer 150/01 om tak 2 'ziekte' en tak 18 'hulpverlening' te beoefenen. De MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen doet voor de bemiddeling een beroep op CM Vlaanderen dat erkend is als verzekeringsagent onder volgend erkenningsnummer:

CM Vlaanderen (120): 1016c
De NBB (Nationale Bank van België) en de CDZ (Controledienst voor de Ziekenfondsen en de landsbonden van de ziekenfondsen) zijn de controleautoriteiten van de verzekeringsonderneming en van de verzekeringstussenpersonen.

NBB
De Berlaimontlaan 12 - 1000 Brussel
www.nbb.be

CDZ
Sterrekundelaan 1 - 1210 Brussel
www.ocm-cdz.be

Communicatie

Daar de producten van de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen enkel worden aangeboden via CM Vlaanderen, gebeurt alle communicatie met onze verzekerden enkel in het Nederlands. Alle documenten zijn bijgevolg alleen beschikbaar in het Nederlands.

De communicatie met onze verzekerden kan via volgende kanalen gebeuren:

- per brief en per e-mail
- per telefoon
- in de CM-gezondheidspunten van CM Vlaanderen dat optreedt als verzekeringsagent van de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen

