

Begrippen betalingsoverzicht

Deze woordenlijst verduidelijkt begrippen die vermeld worden op het betalingsoverzicht die je van CM-Hospitaalplan ontvangt.

Uit het betalingsoverzicht kunnen **geen rechten** geput worden. Enkel de bepalingen in de algemene voorwaarden zijn bindend.

Begrip	Verduidelijking	Codes vermeld op betalingsoverzicht
Algemeen grensbedrag	De totale tegemoetkoming in het kader van de waarborg 'hospitalisatie', de waarborg 'voor- en nazorg' en de bijzondere waarborgen is beperkt tot 22.000 euro per kalenderjaar per verzekerde.	A2
Betwisting Ledenverdediging	De dienst ledenverdediging van CM onderzoekt of het ziekenhuis de medische kost mocht aanrekenen.	WA2
Buiten vergoedbare periode	<ul style="list-style-type: none">Buiten gewaarborgde periode. De kosten worden niet vergoed omdat ze zich voordeden:<ul style="list-style-type: none">voor je aangesloten was;tijdens je wachttijd van drie maanden na aansluiting;tijdens je wachttijd van negen maanden na aansluiting.Buiten de periode voor- en nazorg. De kosten worden niet vergoed omdat:<ul style="list-style-type: none">ze gemaakt werden buiten de periode van één maand voor of drie maanden na de hospitalisatie;de hospitalisatie geen recht geeft op de waarborg 'voor- en nazorg'.	W1 W2 W4 W8
Buiten waarborg polis	De kosten zijn niet opgenomen in de polis en worden niet vergoed.	W13
Buiten waarborg polis tel, tv, ...	Diverse kosten die niet noodzakelijk zijn voor het herstel van de gezondheid (bv. gebruik van tv of telefoon) worden niet vergoed.	W9
Franchise eenpersoonskamer	De franchise is een deel van de kosten dat altijd ten laste blijft van de verzekerde. Ze wordt enkel toegepast op de	

Begrip	Verduidelijking	Codes vermeld op betalingsoverzicht
	<p>tegemoetkoming voor ereloon-supplementen bij opnames in een eenpersoonskamer en bedraagt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 euro bij een hospitalisatie voor een bevalling; • 100 euro per hospitalisatie bij een klassieke hospitalisatie met overnachting; • 175 euro per hospitalisatie bij een daghospitalisatie. <p>Deze franchises zijn toepasbaar per hospitalisatie met een maximum van 350 euro per kalenderjaar.</p>	
Grensbedrag bereikt	<ul style="list-style-type: none"> • De totale tegemoetkoming voor ingrepen tegen zwaarlijvigheid is steeds beperkt tot 1.000 euro per verzekerde, ongeacht het aantal behandelingen. • De totale tegemoetkoming voor borstverkleining is steeds beperkt tot 1.000 euro per verzekerde, ongeacht het aantal behandelingen 	A2
Grensbedrag buitenland	Alle kosten die buiten België werden gemaakt, worden door CM-Hospitaalplan vergoed tot maximaal 1.000 euro per kalenderjaar per verzekerde.	A2
Grensbedrag fertiliteit	Voor medisch geassisteerde vruchtbaarheidsbehandelingen (bv. kunstmatige inseminatie, in-vitrofertilisatie) kent CM- Hospitaalplan de vergoedingen toe die gedekt worden door de waarborg 'hospitalisatie' en de waarborg 'voor- en nazorg'. De totale tegemoetkoming is evenwel beperkt tot 1.000 euro per verzekerde, ongeacht het aantal vruchtbaarheidsbehandelingen.	A2
Grensbedrag psychiatrie	CM-Hospitaalplan kent de vergoedingen toe gedekt onder de waarborg 'hospitalisatie' en de waarborg 'voor- en nazorg' voor opnames 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 (S6, dienstcode 660). De tegemoetkoming voor een hospitalisatie in een psychiatrisch ziekenhuis is altijd beperkt tot 1.250 euro per verzekerde en per kalenderjaar.	A2

Begrip	Verduidelijking	Codes vermeld op betalingsoverzicht
Kosten voor erkenningsdatum	Voor ambulante kosten in het kader van een ernstige ziekte is de diagnosedatum bepalend. Kosten die gemaakt werden binnen de maand voor de diagnosedatum en rechtstreeks verband houden met de ziekte kunnen ook worden vergoed.	W2
Materiaal zonder Riziv-tussenkost	De ziekteverzekering geeft geen tegemoetkoming voor dit materiaal. Dat is evenwel een voorwaarde om vanuit CM-Hospitaalplan een vergoeding te ontvangen.	W3
Max ernstige ziekten	De tegemoetkoming in het kader van de waarborg 'ambulante kosten ernstige ziekten' bedraagt maximaal 7.000 euro per kalenderjaar per verzekerde.	A2
Max hersteloord.	De kosten voor een herstelverblijf in een CM-zorgverblijf (Ter Duinen Nieuwpoort, Hooidonk Zandhoven en Spa Nivezé) worden vergoed. De tegemoetkoming bedraagt 50% van het dagtarief voor maximaal dertig dagen per kalenderjaar. Kamersupplementen zijn uitgesloten.	A9
Max implantaten/parafarmaceutisch prod	Niet-terugbetaalbare implantaten en parafarmaceutische producten, zoals steunkousen en halskragen, worden vergoed tot maximaal 2.500 euro per hospitalisatie.	A10
Max medicatie	Niet-terugbetaalbare geneesmiddelen worden vergoed tot maximaal 2.500 euro per hospitalisatie.	A2
Max niet-vergoedbare implantaten	Niet-terugbetaalbare implantaten en parafarmaceutische producten, zoals steunkousen en halskragen, worden vergoed tot maximaal 2.500 euro per hospitalisatie.	A10
Max synthesemateriaal	Terugbetaalbaar synthesemateriaal wordt vergoed tot maximaal 1.000 euro per hospitalisatie. De omschrijving van synthesemateriaal vind je in de algemene voorwaarden.	A2
Niet direct ivm aandoening	De waarborg 'voor- en nazorg' geldt enkel voor kosten die rechtstreeks in verband staan met de reden van opname.	
Niet in verband met reden opname	Volgens de gegevens waarover wij beschikken staat deze medische kost niet in verband met de reden van uw opname. Daardoor is er geen tegemoetkoming vanuit CM-Hospitaalplan. Indien deze kost wel in verband staat met uw opname, gelieve dan een medisch verslag te bezorgen die dat verband aantoont.	W18
Niet terugbetaalbaar door de verplichte ziekteverzekering	Aangezien de medische kost niet terugbetaalbaar is door de verplichte ziekteverzekering, is er ook geen tegemoetkoming vanuit CM-Hospitaalplan	W17
Overschrijding 100% ereloon	Indien deze ereloonsupplementen wettelijk mogen worden aangerekend, worden ze vergoed tot maximaal	A1

Begrip	Verduidelijking	Codes vermeld op betalingsoverzicht
	100% van het tarief vastgelegd door het Riziv.	
Plafond honorarium	Erelonen die wettelijk mogen worden aangerekend maar waarvoor de ziekteverzekering niet tegemoetkomt, worden vergoed tot 200 euro per hospitalisatie. Voorwaarde is dat ze niet vallen onder de algemene uitsluitingen van de verzekering.	A5
Plafond kamersupplement	Het kamersupplement op een eenpersoonskamer wordt vergoed tot maximaal 55 euro per dag.	A6
Plafond rooming-in per dag	Bij rooming-in (bij-overnachting) worden de oplegkosten voor één inslapende in de ziekenhuiskamer van een gehospitaliseerde verzekerde vergoed met een maximum van 35 euro per dag. Als oplegkosten worden aangenomen: de kosten voor verblijf op de kamer van de gehospitaliseerde, exclusief de maaltijden en eventuele afzonderlijk aangerekende diverse kosten.	A3
Prestatie buiten waarborg	Voor deze prestatie is er geen tegemoetkoming.	W5
Reeds uitbetaalde kosten	Deze kosten werden reeds uitbetaald door het ziekenfonds, CM-Hospitaalplan of een andere verzekering.	RB2 RB3 RB4 RB5 RB6
Te berekenen na aftrek Riziv	Deze kosten worden terugbetaald door de ziekteverzekering.	RB6
Terugbetaling voorzien in de verplichte ziekteverzekering	Deze kosten worden terugbetaald door de ziekteverzekering.	RB6
Verblijf deels buiten polis	Enkel een verblijf op een dienst voor neuropsychiatrie (A-dienst), een dienst voor kinderneuropsychiatrie (dienst K) of een psychiatrische dienst (T-dienst) wordt vergoed.	W7
Vergoed via maximumfactuur	Deze kosten worden niet terugbetaald door CM-Hospitaalplan omdat ze al vergoed werden via de maximumfactuur.	MAF
Ziekenvervoer	CM-Hospitaalplan geeft voor dringend ziekenvervoer een vergoeding tot maximaal 250 euro per kalenderjaar. Dit op voorwaarde dat het vervoer onmiddellijk gevolgd wordt ziekenhuisopname die door CM-Hospitaalplan gewaarborgd wordt en recht geeft op terugbetaling van de kosten voor- en nazorg.	A7 A8
Zonder Riziv-tussenkost	Tenzij uitdrukkelijk anders vermeld, vergoedt CM-Hospitaalplan enkel kosten waarvoor de ziekteverzekering tegemoetkomt.	W3