

Medisch Plan

■ Medisch Plan Arbeiders Bouwsector

- Gezondheidszorgen

Medisch Plan Arbeiders van de Bouwsector

In voege op 01/01/2010

1. Definities

1.1 *Reglement Medisch Plan*

Het reglement Medisch Plan Arbeiders van de Bouwsector (verder genoemd het Medisch Plan) wordt gevormd door onderhavige voorwaarden en door de eventuele bijlagen.

1.2 *Inrichter*

Fonds voor bestaanszekerheid van de werklieden uit het Bouwbedrijf, Koningsstraat 132 bus 1, 1000 Brussel

1.3 *Beheerder*

De verzekeringsmaatschappij AG Insurance n.v. Emile Jacqmainlaan, 53 B-1000 Brussel. Onderneming toegelaten onder code nr. 0079 RPR 040.494.894, hierna genoemd "AG Employee Benefits".

1.4.1 *CAO*

De Collectieve arbeidsovereenkomst van 17 december 2009 tot invoering van een sectoraal Medisch Plan voor de bouwvakarbeiders.

1.5 *Aangeslotene*

De arbeider/arbeidster ressorterend onder het paritair comité 124 en beantwoordend aan de aansluitingsvoorwaarden bepaald in de artikels 3 tot en met 7 van de CAO van 17 december 2009 tot invoering van een sectoraal Medisch Plan voor de bouwvakarbeiders.

1.6 *Verpleeginstelling*

De instellingen die wettelijk zijn erkend als ziekenhuizen, waar gebruik wordt gemaakt van wetenschappelijk beproefde diagnostische en therapeutische middelen. Uitgesloten zijn :

- de gesloten psychiatrische instellingen;
- de medico-pedagogische instellingen;
- de instellingen voor de loutere huisvesting van bejaarden, herstellenden of kinderen, tenzij revalidatiecentrum erkend als ziekenhuis;
- de rustoorden, ziekenhuizen of gedeelten van ziekenhuizen die een "bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis" verkregen hebben

1.7 *Ziekenhuisopname*

een verblijf in een verpleeginstelling voor zover er ten minste één overnachting in rekening werd gebracht of wanneer de geneeskundige verstrekking aanleiding geeft tot een terugbetaling in het kader van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV), op basis van een mini- of een maxi forfait, dagziekenhuisforfait, forfait chronische pijn of een ander hiermee gelijkgesteld forfait (One day clinic), met uitzondering van het gipskamerforfait

1.8 *Ambulante geneeskundige zorgen*

De geneeskundige zorgen verstrekt of voorgeschreven door een arts zonder dat er een ziekenhuisopname is, en opgenomen in de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte Ziekte- en invaliditeitsverzekering (Z.I.V.).

1.9 *Ongeval*

Een schielijk en abnormaal voorval dat rechtstreeks veroorzaakt is door de plotselinge werking van een uitwendige kracht, vreemd aan de wil van de aangeslotene, en dat een lichamelijk letsel tot gevolg heeft.

1.10 *Ziekte*

Elke niet door een ongeval veroorzaakte aantasting van de gezondheid van de aangeslotene, met objectieve symptomen, erkend door een arts die de wettelijke toelating heeft om zijn kunde te beoefenen, hetzij in België, hetzij in het land waar de aangeslotene zich bevindt op het ogenblik dat de ziekte wordt vastgesteld.

1.11 *Wettelijke tussenkomst*

Elke terugbetaling vastgelegd in :

- de Belgische sociale wetgeving van toepassing op de loontrekkenden, namelijk die betreffende de verplichte Ziekte-en Invaliditeitsverzekering (ZIV), de arbeidsongevallen of de ongevallen op de weg van en naar het werk en de beroepsziekten;
- de overeenkomsten met betrekking tot de sociale zekerheid van de loontrekkenden die bindend zijn voor België en bepaalde andere landen.

1.12 *Prothese*

Een apparaat dat een orgaan of een van de ledematen geheel of gedeeltelijk vervangt. Elk overgeplant of geënt orgaan wordt met een prothese gelijkgesteld.

1.13 *Orthopedisch apparaat*

Een apparaat bestemd om lichamelijke afwijkingen te corrigeren.

1.14 *Geneesmiddel*

Elk product dat uitsluitend in de apotheek verkocht wordt, dat met een curatief doel voorgeschreven wordt door een arts, en als dusdanig geregistreerd en erkend in België.

1.15 *Referentiejaar*

De periode tussen de aanvangsdatum van het Medisch Plan en de datum van de eerste jaarlijkse vervaldag en daarna, elke nieuwe periode van één jaar die daarop volgt.

1.16 *Vrijstelling*

Deel van de terugbetaalbare kosten dat ten laste blijft van de aangeslotene en waarvan het bedrag wordt bepaald in punt 7 van het Medisch Plan.

1.17 *Schadegeval*

Elke gebeurtenis waarvoor de tussenkomsten van het Medisch Plan kunnen worden aangesproken.

1.18 *Verblijfkosten*

Deze kost is samengesteld uit de prijs van de onderhoudsdag, het supplement aangerekend voor het verblijf in een gewone individuele kamer of in kamer met twee bedden en het dagelijks forfait voor de geneesmiddelen. Met een gewone individuele kamer wordt bedoeld de éénpersoonskamer (in sommige ziekenhuizen ook luxekamer genoemd), waarvan de voorzieningen en de ruimte afgestemd zijn op het toedienen van alle medische zorgen alsook het ontvangen van bezoek of het overnachten van de partner of een familielid. Vallen niet onder de notie gewone individuele kamer, de zogenaamde appartementen of studio's waarvan de faciliteiten en de oppervlakte niet in verhouding staan tot het normale comfort van een individuele ziekenhuiskamer.

1.19 *Alcoholisme*

Overmatig alcoholgebruik dat aanleiding geeft tot lichamelijke ziekten (zoals vitaminedeficiëntie, maagslijmvliesontsteking, zenuwontsteking, leverziekten,...) zonder dat er noodzakelijkerwijze sprake is van verslaving.

1.20 *Klaarblijkelijk roekeloze daad*

Een bewuste vrijwillige daad of bewuste nalatigheid, waardoor degene die ze begaan heeft zonder geldige reden wordt blootgesteld aan een gevaar waarvan hij zich bewust had moeten zijn. Deze notie wordt geïnterpreteerd volgens de geldende rechtspraak.

1.21 *Opzettelijke daad*

Hiermee wordt bedoeld dat de aangeslotene vrijwillig en bewust een gedrag heeft vertoond dat schade heeft veroorzaakt die redelijkerwijze te voorzien was. Het is niet vereist dat hij de intentie had de schade teweeg te brengen zoals ze zich in werkelijkheid heeft voorgedaan.

2. Voorwerp van het Medisch Plan

2.1. *Tussenkost ingeval van hospitalisatie*

De tussenkost heeft betrekking op de ziekenhuisopnamen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval, zwangerschap of bevalling, om een curatieve en voor het herstel van de gezondheid noodzakelijke behandeling te ondergaan.

Binnen de in punt 7. hierna vastgelegde perken (Bedrag van de prestaties) voorziet de overeenkomst in de terugbetaling van de kosten :

- van verblijf, medische erelonen, onderzoeken, behandelingen en van geneesmiddelen;
- van prothesen en orthopedische apparaten, voor zover die prestaties in aanmerking komen voor een wettelijke tussenkost; op voorwaarde dat die kosten zijn gemaakt tijdens de ziekenhuisopname en rechtstreeks in verband staan met de oorzaak ervan.

Volgende prestaties zijn eveneens gedekt :

- de kosten van het aangepast vervoer naar het ziekenhuis (ook met helikopter) voor zover een medisch getuigschrift aantoont dat de gezondheidstoestand van de aangeslotene een dringende opname in het ziekenhuis vereist;
- de verblijfskosten van de donor bij transplantatie van een orgaan of een weefsel ten gunste van de verzekerde;
- de kosten van palliatieve zorgen;
- de plastische chirurgie in het kader van herstellende chirurgie;
- de kosten van medisch materieel;
- de mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur in rekening worden gebracht.

Bij een psychische of psychiatrische aandoening en voor al de types van depressie wordt de terugbetaling van de hierboven beschreven kosten beperkt tot een al dan niet onderbroken periode van maximum twee jaar.

2.2 *Tussenkost voor ambulante geneeskundige zorgen "Pre- en posthospitalisatie"*

De tussenkost heeft betrekking op de curatieve en voor het herstel van de gezondheid noodzakelijke zorgen die verstrekt worden tijdens de maand die voorafgaat aan de dag van de ziekenhuisopname en de drie maanden na het ontslag uit het ziekenhuis en die in rechtstreeks verband staan met de oorzaak ervan.

Binnen de in punt 7. hierna vastgelegde perken (Bedrag van de prestaties) voorziet de overeenkomst in de terugbetaling van de kosten :

- van ambulante geneeskundige zorgen;
- van geneesmiddelen die voor de bovengenoemde periode zijn voorgeschreven;
- van prothesen en orthopedische apparaten, voor zover die prestaties in aanmerking komen voor een wettelijke tussenkost.

De vervoerskosten alsook de kosten van de huur en de aankoop van medisch materieel worden niet terugbetaald.

De tussenkomsten hebben betrekking op de ziekenhuisopnamen die ten vroegste op de aansluitingsdatum een aanvang nemen. De pré-hospitalisatieperiode begint ten vroegste vanaf die datum te lopen.

2.3 *Tussenkomst in de kosten voor ambulante zorgen ingeval van "Ernstige Ziekten"*

De tussenkomst heeft betrekking op de curatieve en voor het herstel van de gezondheid noodzakelijke zorgen die rechtstreeks in verband staan met één van de hierna opgesomde ernstige ziekten waarvan de diagnose behoorlijk is vastgesteld :

Aids, amyotrofe lateraal sclerose, brucellose, cerebrospinale meningitis, cholera, diabetes, difterie, encefalitis, kanker, leukemie, malaria, miltvuur, mucoviscidose, multiple sclerose, nieraandoening behandeld met dialyse, pokken, poliomyelitis, progressieve spierdystrofieën, tetanus, tuberculose, tyfus, virale hepatitis, vlektyfus en paratyfus, ziekte van Alzheimer, ziekte van Creutzfeldt Jakob, ziekte van Crohn, ziekte van Hodgkin, ziekte van Parkinson, ziekte van Pompe.

Binnen de in punt 7. hierna vastgelegde perken (Bedrag van de prestaties) voorziet de overeenkomst in de terugbetaling van de kosten :

- van ambulante geneeskundige zorgen;
- van geneesmiddelen en de huur van medisch materieel;
- van prothesen en orthopedische apparaten, voor zover die prestaties in aanmerking komen voor een wettelijke tussenkomst

De vervoerskosten worden niet terugbetaald.

3. **Aansluiting**

Worden aangesloten bij het Medisch Plan: de arbeider/arbeidster

- ressorterend onder het paritair comité 124;
- en voor zover hij/zij beantwoordt aan de aansluitingsvoorwaarden zoals bepaald in de artikels 3 tot en met 7 van de CAO van 17 december 2009 tot invoering van een sectoraal Medisch Plan voor de bouwvakarbeiders.

De aansluiting wordt beëindigd conform de bepalingen van artikel 9 van de CAO van van 17 december 2009 tot invoering van een sectoraal Medisch Plan voor de bouwvakarbeiders. De aansluiting wordt ten vroegste beëindigd op de datum meegedeeld in de kennisgeving door de inrichter aan de aangeslotene van het verlies van de collectieve dekking en van de mogelijkheid om het plan individueel voort te zetten.

4. Aanvang van het Medisch Plan

Het Medisch plan treedt in werking op 1 januari 2010.

De inrichter behoudt zich het recht voor om, in geval van een fundamentele wijziging van de wetgeving op de sociale zekerheid, van de wet op de ziekenhuizen of van enige andere wetgeving die een wezenlijke impact kan hebben op onderhavig reglement, of ingeval van significante stijging van de medische uitgaven de voorwaarden van het Medisch Plan te wijzigen.

5. Medische Formaliteiten – Wachttijden – Voorafbestaande aandoeningen

Aangezien de aansluiting verplicht is voor alle werknemers die vallen onder het toepassingsgebied van de CAO zijn er geen medische formaliteiten of wachttijden en zijn de voorafbestaande aandoeningen gedekt.

6. Keuze van geneesheer en van verpleeginrichting

De aangeslotene heeft de vrije keuze van:

- de artsen die wettelijk gemachtigd zijn te praktiseren;
- de verpleeginrichtingen;
- de kamer in een verpleeginrichting.

7. Bedrag van de prestaties

De terugbetaling door de beheerder wordt als volgt berekend :

7.1 Van het bedrag van de gemaakte kosten die binnen de tussenkomsten van het medisch plan gezondheidszorgen vallen, worden afgetrokken :

- de wettelijke tussenkomst.

OPMERKING 1: voor aangeslotenen met een domicilieadres buiten België wordt, ingeval van een ziekenhuisopname in het woonland, rekening gehouden met de wettelijke tussenkomst die geldt in het woonland, met als minimum de wettelijke Belgische tussenkomst voor dezelfde prestatie. Indien een medische prestatie of een ziekenhuisopname in het woonland geen aanleiding geeft tot wettelijke tussenkomst, dan wordt de prestatie terugbetaald op voorwaarde dat gelijkaardige prestaties erkend worden door de Belgische sociale zekerheid (RIZIV). In dit geval wordt er bij de terugbetaling rekening gehouden met een fictief bedrag ten belope van de wettelijke tussenkomst die voor dezelfde prestatie in België geldt.

OPMERKING 2: indien een aangeslotene om welke reden ook geen wettelijke tussenkomst geniet of er geen recht op heeft, wordt een fictief bedrag ten belope van de Belgische wettelijke tussenkomst afgetrokken.

- de reeds ontvangen terugbetalingen van welke aard ook.

7.2 De thuisbevalling (met inbegrip van een bevalling en/of verblijf in een geboortehuis of ieder hiermee vergelijkbare instelling) wordt forfaitair vergoed ten belope van 620,00 EUR.

7.3 In geval van hospitalisatie in het buitenland (dit is een ander land dan het woonland) geldt het recht op prestatie wanneer tegelijk aan de volgende voorwaarden wordt voldaan :

- de opname moet een dringend en onvoorzienbaar karakter hebben of de mutualiteit moet haar akkoord gegeven hebben;
- er moet een wettelijke tussenkomst zijn;
- de verzekerde mag tijdens de 12 maanden voorafgaand aan het schadegeval niet in een ander land dan het woonland verbleven hebben gedurende meer dan 3 maanden voor niet-professionele doeleinden.

Indien aan een van deze drie voorwaarden niet is voldaan, wordt de terugbetaling van de door het Medisch Plan gewaarborgde kosten beperkt tot 75,00 EUR, vermenigvuldigd met het aantal gefactureerde dagen ziekenhuisopname voor de hospitalisatiekosten. De kosten voor pré & post worden ten belope van 50% terugbetaald. De kosten i.v.m. ernstige ziekten worden niet vergoed.

U vindt de beschrijving van de waarborg 'Hospitalisatie in het buitenland', die ten laste wordt genomen door de Bijstandsverlener, in punt nr 8. "Ziekenhuisopname in het buitenland en Bijstand".

- 7.4 Van het totaal van de aldus berekende kosten wordt een vrijstelling afgetrokken. De vrijstelling bedraagt 200,00 EUR per aangeslotene en per referentiejaar voor de tussenkomsten omschreven in punt 2.1 en 2.2.

Deze vrijstelling is enkel van toepassing wanneer de aangeslotene ervoor opteert om opgenomen te worden in een éénpersoonskamer.

In het bijzonder geval van een hospitalisatie zonder onderbreking die begint binnen de 15 dagen die het einde van het referentiejaar voorafgaan en die eindigt binnen de 30 eerste dagen van het nieuwe referentiejaar zal de beheerder bij een opname in een éénpersoonskamer slechts éénmaal een vrijstelling van 200,00 EUR toepassen.

Er is geen vrijstelling voor de tussenkomsten beschreven in punt 2.3.

8. Ziekenhuisopname in het buitenland en bijstand

8.1. DEFINITIES

Bevoegde medische autoriteit

De beoefenaars van de medische praktijk die erkend worden door de Belgische wetgeving of de wetgeving in voege in het betrokken land.

Bijstandsverlener (op datum van invoegetrede van huidig plan)

INTER PARTNER ASSISTANCE N.V., de Europese Groep N.V. Verzekeringmaatschappij toegelaten onder het codenummer 0487 voor toeristische verzekeringen (KB van 01.07.79 en 13.07.79 B.S. en 14.07.79) met zetel te B-1050 Brussel, Louizalaan 166, RPR 0415.591.055.

Gezondheidsvacuatie

Het ziekentransport van een zieke of gekwetste aangeslotene, eventueel bijgestaan door medisch personeel (geneesheer/verpleger), naar een verpleeginrichting in België of in het buitenland.

Een gezondheidsevacuatie zal alleen in medische noodgevallen toegepast worden en wanneer de aangepaste verzorging ter plaatse onmogelijk is.

Hotelkosten

De kosten van de kamer en het ontbijt.

Medisch incident

Een ziekte (met inbegrip van een zwangerschapsverwikkeling of bevalling) of ongeval overkomen aan een aangeslotene

Ongeval

Een plotselinge gebeurtenis, onafhankelijk van de wil van de aangeslotene, met een lichamelijk letsel of kwetsuur als gevolg, vastgesteld door een bevoegde medische autoriteit en waarvan de oorzaak of één van de oorzaken extern is aan het organisme van het slachtoffer.

Repatriëring

Het repatriëren van de aangeslotene naar de wettelijke woonplaats in België.

Ziekte

De aantasting van de fysieke of mentale gezondheid, vastgesteld door een medische autoriteit en dat objectieve symptomen met zich meebrengt; de aantasting van de gezondheid mag niet te wijten zijn aan een ongeval.

8.2. BIJSTAND AAN PERSONEN

De prestaties voor bijstand ingeval van een medisch incident zijn verworven tengevolge van ziekte of ongeval overkomen aan de aangeslotene.

8.2.1 Opzoekings- en reddingskosten

De bijstandsverlener vergoedt in geval van medisch incident de opzoekings- en reddingskosten om het leven of de fysieke integriteit van een aangeslotene te redden tot een maximumbedrag van 5.000,00 EUR per schadegeval, op voorwaarde dat de redding het gevolg is van een beslissing genomen door de bevoegde plaatselijke autoriteiten of officiële hulporganisaties. De bijstandsverlener moet uitdrukkelijk en zonder verwijl van de gebeurtenis verwittigd worden en een attest van de plaatselijke autoriteiten en hulpdiensten moet haar overgemaakt worden.

8.2.2 Medische bijstand

Indien een medisch incident overkomt aan de aangeslotene, stelt het medisch team van de bijstandsverlener zich onmiddellijk na de eerste oproep, in verbinding met de behandelende geneesheer ter plaatse teneinde tussen te kunnen komen in de beste omstandigheden, aangepast aan de toestand van de aangeslotene.

Op verzoek van de aangeslotene organiseert de bijstandsverlener de communicatie tussen de behandelende arts in het buitenland en de huisarts.

In elk geval gebeurt de organisatie van de eerste hulp door plaatselijke instanties.

8.2.3. Ter plaatse zenden van een arts

Tengevolge van een medisch incident en wanneer het team van de bijstandsverlener zulks nodig acht, mandateert de bijstandsverlener een arts of een medisch team om zich naar de aangeslotene te begeven om de te nemen maatregelen beter te beoordelen en ze te organiseren.

8.2.4. Repatriëring of vervoer tengevolge van een ziekte of een ongeval

Indien de aangeslotene gehospitaliseerd is tengevolge van een ziekte of een lichamelijk ongeval en indien het medisch team van de bijstandsverlener het nodig acht hem te vervoeren naar een medisch centrum dat beter uitgerust is, meer gespecialiseerd is of dichterbij zijn woonplaats in België, organiseert de bijstandsverlener en neemt zij ten laste de repatriëring of het transport om gezondheidsredenen van de zieke of gekwetste aangeslotene, onder medische bewaking indien nodig, en volgens de ernst van het geval. Dit transport gebeurt per :

- spoorweg (1ste klasse) ;
- licht sanitair voertuig ;
- ziekenwagen ;
- lijnvliegtuig, economische klasse met bijzondere aanpassing indien nodig ;
- sanitair vliegtuig ;

tot in het ziekenhuis in de buurt van de woonplaats van de aangeslotene in België of, indien de staat van de aangeslotene niet noopt tot hospitalisatie, tot aan zijn woonplaats.

Indien de gebeurtenis plaats heeft buiten Europa en de omliggende landen van de Middellandse Zee, zal het transport enkel per lijnvliegtuig gebeuren.

De beslissing tot transport en van de wijze waarop wordt genomen door de arts van de bijstandsverlener en zulks enkel in functie van de technische en medische belangen. De arts van de bijstandsverlener moet voor ieder transport zijn toestemming gegeven hebben.

De bijstandsverlener mag eveneens vragen aan de aangeslotene om zijn oorspronkelijk vervoerbewijs te gebruiken indien dit mogelijk is. Indien deze vraag niet gesteld is en wanneer de bijstandsverlener de terugkeer voor zijn rekening genomen heeft, is de aangeslotene verplicht om zijn niet gebruikt vervoerbewijs aan de bijstandsverlener over te maken van zodra hij terug is.

8.2.5. Terugbetaling van medische kosten tengevolge van een medisch incident in het buitenland

De bijstandsverlener neemt de kosten voortvloeiend uit de verzorging ontvangen in het buitenland voor haar rekening voor zover deze het gevolg zijn van een medisch incident en dit na tussenkomst van de prestaties van elke derde-betaler.

Deze waarborg omvat :

- de medische en heelkundige erelonen
- de door een plaatselijke arts of chirurg voorgeschreven geneesmiddelen
- de hospitalisatiekosten in zoverre de aangeslotene volgens het oordeel van de artsen van de bijstandsverlener niet mag vervoerd worden
- de kosten voor een plaatselijk traject per ziekenwagen bevolen door een arts.

Worden niet terugbetaald :

- de tussenkomsten en behandelingen van esthetische aard;
- de medische kosten aangegaan in België, of ze nu al dan niet voortvloeien uit een ongeval of een ziekte opgelopen in het buitenland;
- de kosten van preventieve geneeskunde en kuurbehandelingen;
- de behandelingen die niet erkend zijn door de Belgische sociale zekerheid;
- de kosten voor brillen, contactlenzen, medische apparaten en van prothesen in het algemeen, met uitzondering van deze die het gevolg zijn van een ziekenhuisopname in het buitenland;
- de kosten voortvloeiend uit het gebruik van verdovende middelen (tenzij op voorschrift) of uit alcoholmisbruik, de kosten als gevolg van een klaarblijkelijk roekeloze daad, weddenschap of uitdaging;
- elke vraag voor tussenkomst die niet geformuleerd werd op het ogenblik van de gebeurtenis met uitzondering van de medische kosten in het buitenland.

Voorwaarden voor terugbetaling van de medische zorgen :

- A. De ziekenhuisopname in het buitenland moet een dringend en onvoorzienbaar karakter hebben of er moet een voorafgaandelijk akkoord met de mutualiteit gesloten zijn.
- B. Deze tenlastenemingen en/of terugbetalingen komen in aanvulling op de terugbetalingen en/of tenlastenemingen bekomen door de aangeslotene of zijn rechthebbende bij de sociale zekerheid en elke andere organisatie van voorzorg waarbij hij is aangesloten.
- C. De tenlastenemingen en/of terugbetaling van de kosten voor behandeling gebeurt volgens het openbaar stelsel. De tenlasteneming en/of terugbetaling van kosten voor behandeling volgens het privé-stelsel gebeurt slechts als de technische of medische gegevens dit rechtvaardigen en nadat de medische dienst van de bijstandsverlener voorafgaandelijk zijn akkoord daaromtrent heeft gegeven.
- D. Wanneer de aangeslotene geen recht heeft op wettelijke tegemoetkomingen (kleine en/of grote risico's) bij de sociale zekerheid of bij elke andere organisatie van voorzorg, dan komt de bijstandsverlener enkel tussen in de terugbetaling van de medische kosten ten belope van 50%.

Betalingsmodaliteiten van de medische kosten :

Ingeval van ziekenhuisopname in het buitenland neemt de bijstandsverlener de medische kosten rechtstreeks ten laste. In dat geval verplicht de aangeslotene zich ertoe om binnen een termijn van 2 maand volgend op de ontvangst van de facturen, de nodige stappen te ondernemen voor de terugbetaling van deze kosten door de sociale zekerheid of door elke andere organisatie van voorzorg waarbij hij is aangesloten. De aldus bekomen bedragen worden overgemaakt aan de bijstandsverlener.

Indien de aangeslotene de kosten zelf heeft ten laste genomen, worden deze door de bijstandsverlener vergoed bij zijn terugkeer in België, na verhaal op de sociale zekerheid of bij elke andere organisatie van voorzorg en dit op voorlegging van alle originele bewijsstukken.

8.2.6. Het opsturen van geneesmiddelen, prothesen en brillen

Wanneer de aangeslotene zich, ingevolge een medisch incident, bevindt zonder de noodzakelijke geneesmiddelen, prothese of bril en indien gelijkaardige of dezelfde geneesmiddelen, prothese of bril ter plaatse niet gevonden kunnen worden, maar wel in België, dan organiseert de bijstandsverlener het zoeken, verzenden en ter beschikking stellen ervan op voorschrift van een bevoegde medische autoriteit, dit na voorafgaandelijk akkoord van haar medische dienst.

Hun aankoopprijs, eventueel vermeerderd met de douanekosten, blijft ten laste van de verzekerde, tenzij dit valt onder de waarborg van dit contract.

8.2.7. Bezoek aan een aangeslotene opgenomen in een buitenlands ziekenhuis

Indien de aangeslotene wordt opgenomen in het buitenland ten gevolge van een medisch incident en de door de bijstandsverlener gemandateerde artsen adviseren om hem de eerste 5 dagen niet te vervoeren, dan organiseert en neemt de bijstandsverlener voor haar rekening :

- hetzij een reis (heen en terug) van een familielid of van een aanverwant, verblijvend in België, om zich bij de zieke of de gekwetste te vervoegen.
De hotelkosten ter plaatse van deze persoon zijn voor rekening van de bijstandsverlener tot een maximumbedrag van 65,00 EUR per dag, dit gedurende maximum 10 dagen, en na voorlegging van de originele bewijsstukken.
- hetzij, de kosten voor het verlengen van het verblijf van een persoon die de aangeslotene begeleidt, ten belope van hetzelfde bedrag en onder dezelfde voorwaarden.

8.2.8. Repatriëring na overlijden van een aangeslotene tijdens een reis

Bij overlijden van een aangeslotene in het buitenland en indien de familie beslist tot teraardebestelling in België, zal de bijstandsverlener het vervoer organiseren van het stoffelijk overschot en neemt zij ten laste :

- de kosten van de lijkverzorging
- de kosten van de kisting ter plaatse
- de kosten van de kist voor 620,00 EUR maximum
- de kosten voor de repatriëring van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar de plaats van teraardebestelling in België.

De kosten voor de begrafenisplechtigheid en de teraardebestelling in België worden niet door de bijstandsverlener ten laste genomen.

Indien de familie kiest voor een teraardebestelling ter plaatse in het buitenland zal de bijstandsverlener dezelfde prestaties organiseren en de kosten ten laste nemen zoals reeds hierboven vermeld.

Daarenboven organiseert en neemt de bijstandsverlener ook de reis (heen en terug) ten laste van een familielid met woonplaats in België per trein 1ste klasse (afstand naar woonplaats kleiner dan 1000 km) of per lijnvliegtuig economische klasse (afstand naar woonplaats groter dan 1000 km) om zich op de plaats van de teraardebestelling te begeven.

Ingeval van crematie ter plaatse in het buitenland met ceremonie in België, neemt de bijstandsverlener de repatriëring van de asurn ten laste. De tussenkomst van de bijstandsverlener is in elk geval beperkt tot de kosten van de repatriëring van het stoffelijk overschot naar België.

De keuze van de firma's die tussenkomen in de procedure van repatriëring behoort uitsluitend toe aan de bijstandsverlener.

De bijstandsverlener zal eveneens in dit geval de niet-gebruikte vervoerbewijzen, die haar eigendom worden, mogen opvragen.

8.3. Melding van een ziekenhuisopname in het buitenland

In geval van ziekenhuisopname in het buitenland dient de melding te gebeuren binnen de 24 uur op het telefoonnummer +32(2)078/15.11.70 (24u/24u).

9. Wat dient er bij schadegeval gedaan te worden ?

Elke aangeslotene bij het Medisch Plan kan, in geval van hospitalisatie in België, beroep doen op het systeem van de derdebetaler georganiseerd door de "service center" Medi-Assistance.

De derdebetaler bij een hospitalisatie kan worden aangevraagd via het nummer vermeld op de Medi-Assistancekaart of via de website van de beheerder (www.agemployeefbenefits.be).

De verzekerde kan bovendien het advies vragen over :

- de waarborgen van zijn contract;
- de eventuele tenlasteneming door de beheerder;
- de eventuele regeling via derdebetalersregeling met het ziekenhuis;

Als aangeslotene en begunstigde van Medi-Assistance, ontvangt de aangeslotene een Medi-Assistancekaart. Op deze kaart staat heel wat nuttige informatie, zoals het telefoonnummer van het servicecenter waarnaar de aangeslotene kan bellen. Op basis van de gegevens die op zijn kaart staan, zal de contactpersoon hem alle informatie kunnen verschaffen over zijn waarborgen (of van de persoon voor wie hij belt). Hij kan ook bevestigen of de beheerder de hospitalisatiekosten ten laste neemt en de derdebetaler toekent. Het servicecenter stuurt hiervan een bevestiging naar de aangeslotene. Ook het ziekenhuis ontvangt een kopie van de brief. Zo kan het administratieve dossier worden aangemaakt. Bij aankomst in het ziekenhuis overhandigt

de aangeslotene de ondertekende bevestigingsbrief aan het onthaal. Het ziekenhuis stuurt de factuur naar de beheerder. De factuur wordt rechtstreeks door de beheerder geregeld, en de aangeslotene hoeft ook geen voorschot te betalen aan het ziekenhuis. Enkel de betaling van de contractuele vrijstelling kan bij de opname gevraagd worden. Indien dit het geval is, zal de bevestigingsbrief dit vermelden.

De kosten die niet door de overeenkomst gedekt zijn (vrijstelling, comfortkosten zoals telefoon, drank,...) blijven ten laste van de aangeslotene. De beheerder zal deze kosten indien nodig na de hospitalisatie recupereren bij de aangeslotene.

De procedure verandert niet bij dringende hospitalisatie. De aangeslotene zelf, een verwant of een personeelslid van het ziekenhuis, neemt contact op met het servicecenter Medi-Assistance van de beheerder en dit tijdens het verblijf in het ziekenhuis. Als aan de voorwaarden voldaan is, zal Medi-Assistance de bevestigingsbrief via e-mail of fax naar het ziekenhuis sturen, met bevestiging van de terugbetaling en de derdebetaler. Dit zal gebeuren de eerste werkdag die volgt op de aanvraag.

Indien de procedure van derdebetaler niet van toepassing is, worden de volgende bepalingen toegepast op het geheel van de waarborgen van de overeenkomst:

De beheerder moet door middel van de hiertoe bestemde formulieren in kennis worden gesteld van het schadegeval. De aangeslotene moet de aangifte binnen dertig dagen na het voorval of zo spoedig als redelijkerwijze mogelijk is, indienen.

De beheerder behoudt zich het recht voor zijn tussenkomst te weigeren of te beperken indien de aangifte buiten die termijn is gedaan. De beheerder zal van dat recht geen gebruik maken indien de aangifte zo spoedig als redelijkerwijze mogelijk is, rekening houdend met de omstandigheden.

Op ieder ogenblik mag de beheerder de juistheid van de aangiften en van de antwoorden op zijn aanvragen tot inlichtingen nagaan.

10. Modaliteiten van uitbetaling

De terugbetaling, van de ambulante medische kosten opgelopen tijdens de pre- en posthospitalisatieperiode van een gedekte opname en de kosten in het kader van de waarborg "zware ziekten", gebeurt binnen de 10 werkdagen, na ontvangst van de kostennota's en van de andere documenten die voor de berekening ervan noodzakelijk zijn. De beheerder kan elk aanvullend document eisen dat noodzakelijk wordt geacht.

De kosten voor ziekenhuisopnamen waarvoor geen derdebetaler geldt, worden terugbetaald binnen de 10 werkdagen na ontvangst van de factuur en voor zover het shadedossier volledig is.

De bewijsstukken moeten in het bezit zijn van de beheerder binnen de 3 jaar, te rekenen vanaf de datum van de geneeskundige verstrekking.

De beheerder behoudt zich het recht voor de tussenkomst te weigeren of te beperken als die termijn niet in acht wordt genomen.

De voorgelegde bewijsstukken worden eigendom van de beheerder.

De inrichter en de aangeslotene mogen geheel noch gedeeltelijk afzien van verhaal tegen derden die aansprakelijk zijn voor een ziekte of een ongeval.

Door het feit zelf dat de terugbetaling door beheerder verschuldigd is, of reeds verricht is, treedt deze laatste in de plaats van de aangeslotene op om verhaal uit te oefenen tegen aansprakelijke

derden of tegen een ziekenhuis of verstrekker, wanneer de gefactureerde kostprijs de normale grenzen van het redelijke overschrijdt.

11. Welke risico's zijn niet gedekt?

De niet-gedekte risico's houden verband met een zware fout:

11.1. Deze risico's zijn die welke:

- het gevolg zijn van een opzettelijke daad of een poging tot zelfmoord van de aangeslotene, of van een klaarblijkelijk roekeloze daad door de aangeslotene, behalve in geval van redding van personen of goederen
- het gevolg zijn van de vrijwillige deelneming van de aangeslotene aan een misdaad of een wanbedrijf
- rechtstreeks of onrechtstreeks het gevolg zijn van alcoholisme, toxicomanie of misbruik van geneesmiddelen
- zich voordoen terwijl de aangeslotene in staat van dronkenschap of alcoholintoxicatie is, of zich onder invloed bevindt van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs.

11.2. De volgende kosten worden eveneens uitgesloten van tussenkomst:

- esthetische zorgen of behandeling, of zorgen met esthetisch oogmerk, met of zonder functionele stoornissen, behoudens voorafgaand akkoord van de adviserende arts van de beheerder;
- kuurbehandelingen, bijvoorbeeld: thermalisme, thalassotherapie, hygiëno-dieetkuur;
- de bijstand, de oppas of het onderhoud van de aangeslotene;
- anticonceptie behandelingen (zoals sterilisatie)
- de medisch ondersteunende vruchtbaarheidsbehandeling (zoals kunstmatige inseminatie, in-vitrofertilisatie);
- check-ups, preventieve opsporingsonderzoeken.

Volgende behandelingen worden slechts terugbetaald na voorafgaandelijk akkoord van de adviserende arts van de beheerder en mits voorlegging van het medisch verslag dat de noodzaak van de ingreep aantoon, de gebruikte techniek en het bestek :

- borstreconstructies, welke ook de oorzaak ervan is;
- behandelingen van de mandibulae of kaaksbeenderen ;
- bariatrische chirurgie

12. Zijn oorlogsfeiten gedekt?

Ziekten of ongevallen die veroorzaakt zijn door oorlogsfeiten of door burgeroorlog zijn van tussenkomst uitgesloten.

13. Is oproer gedekt?

Ziekten of ongevallen veroorzaakt door oproer of burgerlijke ongeregelheden, of politiek, ideologisch of sociaal geïnspireerde collectieve daden van geweld zijn van tussenkomst uitgesloten.

Er wordt evenwel tussengekomen indien de aangeslotene aantoont :

- of dat hij er niet actief heeft aan deelgenomen
- of dat hij zich in staat van wettelijke zelfverdediging bevond
- of dat hij is opgetreden met het oog op de redding van personen of goederen

De medische kosten veroorzaakt door deelname aan stakingen of arbeidsconflicten zijn gewaarborgd, behoudens deze die het gevolg zijn van een opzettelijke daad of een vrijwillige deelname aan een misdrijf.

Het Medisch Plan waarborgt de schadegevallen door terrorisme op dezelfde wijze als voorzien in de bepalingen van de wet van 1 april 2007 betreffende de verzekering tegen schade veroorzaakt door terrorisme.

14. Einde van de aansluiting en van de prestaties

14.1 De aansluiting en de tussenkomsten eindigen conform de bepalingen van artikel 9 van de CAO van 17 december 2009 tot invoering van een sectoraal Medische Plan voor de bouwvakarbeiders. De aansluiting wordt ten vroegste beëindigd op de datum meegedeeld in de kennisgeving door de inrichter aan de aangeslotene van het verlies van de collectieve dekking en van de mogelijkheid om het plan individueel voort te zetten.

In geval van wedertewerkstelling of werkhervatting binnen de periode van 6 maanden, blijft de dekking gewoon doorlopen en is geen bijkomende anciënniteitsvoorwaarde vereist in het kader van de wedertewerkstelling of werkhervatting

14.2 Nochtans worden de hospitalisatie- en posthospitalisatiekosten terugbetaald die tijdens de gewaarborgde periode worden gedaan, gedurende maximum 180 dagen, na de beëindiging van de aansluiting, voor een op dat ogenblik gehospitaliseerde aangeslotene.

15. Territoriale begrenzing

Het Medisch Plan geldt over de hele wereld.

16. Verval van tussenkomst

De individueel betrokken aangeslotene zal verval van tussenkomst oplopen :

- indien valse certificaten worden voorgelegd of indien valse verklaringen worden gedaan of feiten, die de beslissing van de beheerder zouden hebben beïnvloed, bewust werden verzwegen;
- indien door vrijwillige vertraging of het nalaten een ziektegeval tijdig aan de beheerder te melden, het niet meer mogelijk wordt met zekerheid na te gaan of een schadegeval al dan niet binnen de bepalingen van het Medisch Plan vallen.

17. Bescherming persoonsgegevens

De inrichter behoudt zich het recht voor om het beheer van dit contract en/of van de schadegevallen aan een derde toe te vertrouwen. Tussen de inrichter en de beheerder wordt een beheersovereenkomst gesloten waarin ondermeer en inzonderheid de verbintenissen van de beheerder als verwerker van de persoonsgegevens worden geregeld conform de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

18. Geschillen

Eventuele betwistingen van een door de beheerder meegedeelde beslissing moeten hem binnen 30 dagen na de mededeling schriftelijk worden bevestigd.

Na verloop van die termijn wordt de beslissing als aanvaard beschouwd.

Betwistingen van medische aard worden voorgelegd aan de behandelende arts van de aangeslotene enerzijds en aan de adviserende arts van de beheerder anderzijds.

Indien beide artsen het niet eens zijn, wijzen ze in gemeen overleg een derde arts aan.

Bij gebrek aan overeenstemming over deze aanduiding, zal de derde arts op verzoek van de meest gereede partij worden aangewezen door de voorzitter van de rechtbank van eerste aanleg te Brussel.

De beslissing van de derde arts wordt uitgevoerd, behoudens bij de rechtbank ingesteld verhaal.

Elke partij draagt de kosten en erelonen van haar arts.

De kosten van de aanwijzing en de erelonen van de derde arts worden door beide partijen, elk voor de helft, gedragen.

19. Wetgeving van toepassing

De Belgische wetgeving is van toepassing.

20. Woonstkeuze

De woonplaats van de inrichter en van de beheerder is van rechtswege gekozen op hun maatschappelijke zetel en voor de aangeslotene op de laatste woonplaats meegedeeld door de inrichter en bij schadegeval gecontroleerd door de beheerder.

21. Financiering

Het Medisch Plan wordt volledig gefinancierd door de inrichter.