

TARIFAIRE VERZEKERINGSVOORWAARDEN

DKV Hospi Select

EDITIE 01.2018

De Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden (T.V.V.)

zijn opgesteld in uitvoering van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden (A.V.V.).

1. Verzekeringsplan (= A.V.V. 5)

Het verzekeringsplan is DKV Hospi Select.

2. Verzekeringsgeval volgens DKV Hospi Select (= A.V.V. 6)

2.1. Ziekenhuisopname

2.1.1. Het verzekeringsgeval wordt gevormd door de opname en behandeling in een ziekenhuis ingevolge het optreden van een ziekte, een bevalling of een ongeval voor zover minstens één verpleegdag effectief in rekening wordt gebracht.

2.1.2. Het verzekeringsgeval wordt eveneens gevormd door de opname en de behandeling in een ziekenhuis, ingevolge het optreden van een ziekte, een bevalling of een ongeval voor zover een daghospitalisatie effectief in rekening wordt gebracht. Onder daghospitalisatie wordt verstaan de opname in een dagziekenhuis met:

- een 'forfait chirurgisch dagziekenhuis' of
- een 'maxiforfait' of
- een 'forfait gipskamer' of
- een 'dagziekenhuisforfait - groep 1 tot en met 7' of
- een 'forfait chronische pijn 1, 2 of 3' of
- een 'forfait manipulatie poortkatheter' of
- een 'dringende verzorging in een ziekenhuisbed en/of toediening van geneesmiddel of van bloed/labiel bloedproduct via een intraveneus infuus'.

Deze opsomming is limitatief.

2.1.3. Een thuisbevalling wordt gelijkgesteld met een bevalling in een ziekenhuis.

2.2. Ambulante behandeling in de pre- en posthospitalisatieperiode
Het verzekeringsgeval vangt aan 30 dagen vóór de opname in het ziekenhuis (= prehospitalisatieperiode) en eindigt 120 dagen na het verlaten van het ziekenhuis (= posthospitalisatieperiode), maar ten laatste bij het begin van een nieuw verzekeringsgeval.

2.3. Ambulante behandeling 'Zware Ziekten'
Het verzekeringsgeval wordt eveneens gevormd door de ambulante behandeling van de hieronder vermelde zware ziekten: kanker, leukemie, de ziekte van Parkinson, de ziekte van Hodgkin, de ziekte van Pompe, de ziekte van Crohn, de ziekte van Alzheimer, AIDS, diabetes, tuberculose, multiple sclerose, amyotrofische laterale sclerose, cerebrospinale meningitis, poliomyelitis, progressieve spierdystrofie, encephalitis, tetanus, virale hepatitis, malaria, vlektyfus, tyfus, paratyfus, difterie, cholera, miltvuur, mucoviscidose, nieraandoening die een dialysebehandeling vergt, brucellose, de ziekte van Creutzfeldt-Jacob en ebola.

Het verzekeringsgeval vangt aan met de instelling van een medische behandeling en eindigt wanneer er geen noodzaak tot behandelen meer is.

De verzekeraar kan het recht op uitkering ondergeschikt maken aan het voorleggen van de medische stukken die de gestelde diagnose objectiveren.

3. Vergoedingscriteria

Worden terugbetaald in het kader van een verzekeringsgeval, de medische kosten die cumulatief:

- 3.1. een curatief, diagnostisch of palliatief karakter hebben;
- 3.2. medisch noodzakelijk zijn;
- 3.3. verstrekt zijn door erkende zorgverstrekkers;
- 3.4. op therapeutisch vlak voldoende beproefd zijn;
- 3.5. gemaakt zijn tijdens de duur van het verzekeringsgeval.

In het kader van de hierboven vermelde voorwaarden, garandeert de verzekeraar aan de verzekerde de therapeutische vrijheid van zorgverstrekkers en ziekenhuis. De keuze van dit ziekenhuis kan, naargelang dit ziekenhuis al dan niet is opgenomen in de lijst 'Partner Ziekenhuizen' overeenkomstig 10 T.V.V., in éénpersoonskamer gedifferentieerde terugbetalingsmodaliteiten tot gevolg hebben, zoals voorzien in de huidige T.V.V.

4. Gedekte kosten

4.1. Ziekenhuisopname

Worden terugbetaald per verzekeringsgeval omschreven onder 2.1.1., 2.1.2. en 2.1.3. T.V.V., en volgens de modaliteiten gedefinieerd in 4.2., 4.3. en 4.4. T.V.V. na de wettelijke, statutaire of elke andere tussenkomst van het ziekenfonds, en na aftrek van de persoonlijke bijdrage (zie 6 T.V.V.):

- 4.1.1. de verblijfskosten;
- 4.1.2. de verblijfs- en logementskosten van één van de ouders in dezelfde kamer als deze van het verpleegde kind voor zover de ouder verzekerd is bij de verzekeraar en het kind de leeftijd van 20 jaar niet bereikt heeft;
- 4.1.3. de kosten van medische prestaties;
- 4.1.4. de kosten van paramedische prestaties;
- 4.1.5. de kosten van farmaceutische producten, verband- en medisch materiaal;

- 4.1.6. de kosten van medische hulpmiddelen;
 - 4.1.7. de chirurgiekosten;
 - 4.1.8. de verdoovingskosten;
 - 4.1.9. de kosten voor het gebruik van de operatiekamer, de arbeidskamer en de gipskamer;
 - 4.1.10. de kosten van medische protheses, met uitzondering van de tandprotheses waarvan de dekking is voorzien in 4.7.2.2. T.V.V.;
 - 4.1.11. de kosten van kunstledematen;
 - 4.1.12. de vervoerkosten per ziekenwagen van en naar het ziekenhuis in België en de overbrenging naar een ander ziekenhuis in België;
 - 4.1.13. de vervoerkosten per helikopter in België van de plaats van het ongeval naar het ziekenhuis voor zover dit vervoer medisch noodzakelijk is en voor zover geen ander vervoermiddel gebruikt kan worden;
 - 4.1.14. de mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur in rekening worden gebracht;
 - 4.1.15. de kosten voor kraamhulp na de bevalling, binnen de grenzen opgenomen in een tussen de kraamzorginstelling en de verzekeraar afgesloten overeenkomst. Deze grenzen, die ongewijzigd blijven nadat het contract is afgesloten, worden meegedeeld op de site www.dkv.be en kunnen op eenvoudig verzoek worden verkregen van de verzekeraar. Het betreft de door deze instelling gefactureerde kosten voor de zorgen die thuis verstrekt worden door de bevoegde kraamverzorger aan de moeder, de pasgeborene en het gezin;
 - 4.1.16. de verblijfskosten van de donor met een maximum van € 1.250 bij een medisch noodzakelijke transplantatie van een orgaan of een weefsel ten gunste van de in het ziekenhuis opgenomen verzekerde.
 - 4.1.17. Indien de wettelijke ziekteverzekering op één of meerdere van de hierna genoemde posten van de ziekenhuisfactuur niet tussenkomt:
 - de kosten van farmaceutische producten, verband- en medisch materiaal (4.1.5. T.V.V.);
 - de kosten van medische hulpmiddelen (4.1.6. T.V.V.);
 - de kosten van medische protheses (4.1.10. T.V.V.);
 - de kosten van kunstledematen (4.1.11. T.V.V.).
 is de som van alle betrokken kosten terugbetaalbaar ten belope van een bedrag van € 10.000 per verzekeringsjaar en per verzekerde, na aftrek van de statutaire en/of elke andere tussenkomst van het ziekenfonds.
Boven dit bedrag worden de betrokken kosten terugbetaald aan 50%, na aftrek van de statutaire of elke andere tussenkomst van het ziekenfonds.
Indien de begindatum van het onderschreven verzekeringsplan niet samenvalt met de jaarlijkse vervaldatum, wordt bovenstaand principe toegepast in evenredigheid met het aantal maanden gelegen tussen de begindatum van het onderschreven verzekeringsplan en de jaarlijkse vervaldatum van het verzekeringscontract.
Het bovenstaand principe is van toepassing één keer op het verzekeringsgeval dat zich op ononderbroken wijze over 2 opeenvolgende verzekeringsjaren uitstrekt.
Indien de wettelijke ziekteverzekering op geen enkele post van de ziekenhuisfactuur tussenkomt, wordt het terugbetalingspercentage voor het verzekeringsgeval herleid met 50% na aftrek van de statutaire of elke andere tussenkomst van het ziekenfonds.
- 4.2. De verzekeraar betaalt terug aan 100%, de kosten omschreven onder 4.1. T.V.V. in het geval van een verblijf in een ziekenhuis opgenomen in de lijst 'Partner Ziekenhuizen' (zie 10 T.V.V.) ten belope van de voorziene plafonds in 4.1.16 en 4.1.17. T.V.V.
 - 4.3. In het geval van een verblijf in een éénpersoonskamer in een ziekenhuis dat niet opgenomen is in de lijst 'Partner Ziekenhuizen' (zie 10 T.V.V.), betaalt de verzekeraar aan 80% de kamer- en ereloonsupplementen terug, met betrekking tot de kosten omschreven onder 4.1.1., 4.1.2., 4.1.3., 4.1.4., 4.1.7., 4.1.8., 4.1.9., 4.7.1. T.V.V. en aan 100% of ten belope van de voorziene plafonds, de andere posten van de hospitalisatiefactuur.
Onder ereloonsupplement verstaat men het verschil tussen het conventioneel tarief van een geneeskundige verstrekking (gedefinieerd door het RIZIV) en het bedrag dat werkelijk aangerekend is aan de patiënt.
Onder kamersupplement verstaat men een supplement bovenop de verpleegdagprijs (gedefinieerd door het RIZIV).
 - 4.4. De verzekeraar betaalt ten belope van tweemaal de RIZIV-bijdrage terug de kosten omschreven onder 4.1. T.V.V. in het geval van een verblijf in een ziekenhuis gelegen in de Europese Unie (met uitzondering van de Overzeese Gebieden) indien dit verblijf in het buitenland beantwoordt aan de voorwaarden omschreven onder 8 T.V.V.

- 4.5. Ambulante behandeling in de pre- en posthospitalisatieperiode (verzekeringsgeval omschreven onder 2.2 T.V.V.)
Worden terugbetaald na de wettelijke, statutaire of elke andere tussenkomst van het ziekenfonds, voor zover ze in rechtstreeks verband staan met de oorzaak van de behandeling in het ziekenhuis en gemaakt zijn tijdens de pre- en posthospitalisatieperiode:

aan 100 %:

- 4.5.1. de kosten van medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging;
- 4.5.2. de kosten van homeopathische behandeling, de kosten van acupunctuur-, osteopathie- en chiropraxiebehandeling;
- 4.5.3. de kosten van paramedische prestaties voorgeschreven door een arts en voorafgaandelijk door de verzekeraar toegelaten. Zijn aan geen enkele voorafgaande toelating onderworpen: verpleegkundige zorgen, kinesitherapie en fysiotherapie;
- 4.5.4. de kosten van medische hulpmiddelen voorgeschreven door een arts en voorafgaandelijk door de verzekeraar toegelaten. Zijn aan geen enkele voorafgaande toelating onderworpen: brilglazen of contactlenzen (en bij vervanging op voorwaarde dat de dioptrie met minstens 0,5 is gewijzigd), hoorapparaten, breukbanden, spataderkousen, orthopedische zolen, gipsschelpen, lumbostaat, spalken en krukken. De behoorlijk bewezen kosten zijn gedekt, met uitsluiting van de onderhouds- en herstellingskosten, de kosten van de hulpmiddelen strekkend tot het gebruik ervan en de wisselstukken;
- 4.5.5. de kosten van medische protheses, met uitzondering van tandprotheses waarvan de dekking is voorzien onder 4.7.2.2. T.V.V.;
- 4.5.6. de kosten van een pruik in het kader van een oncologische behandeling met een maximum van € 1.250, op voorwaarde dat de wettelijke ziekteverzekering tussenkomt;
- 4.5.7. de kosten van de kunstledematen.

aan 80 %:

- 4.5.8. de kosten van allopathische en homeopathische geneesmiddelen, van verband- en medisch materiaal, indien voorgeschreven door een arts, met uitsluiting van voedingsmiddelen, voedings-supplementen, vitamines en mineralen, hygiënische en cosmetische producten en elk type van product dat in de handel vrij verkrijgbaar is.

Indien de wettelijke ziekteverzekering niet tussenkomt, wordt het terugbetalingspercentage voor het verzekeringsgeval herleid met 50% na aftrek van de statutaire of elke andere tussenkomst van het ziekenfonds.

- 4.6. Ambulante behandeling 'Zware Ziekten' (verzekeringsgeval omschreven onder 2.3 T.V.V.)

Worden terugbetaald de som van alle betrokken kosten ten belope van een bedrag van € 10.000 per verzekeringsjaar en per verzekerde, na aftrek van de statutaire en/of elke andere tussenkomst van het ziekenfonds en voor zover zij in rechtstreeks verband staan met de behandeling van de gediagnosticeerde zware ziekte:

aan 100 %:

- 4.6.1. de kosten van medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging;
- 4.6.2. de kosten van homeopathische behandeling, de kosten van acupunctuur-, osteopathie- en chiropraxiebehandeling;
- 4.6.3. de kosten van paramedische prestaties voorgeschreven door een arts en voorafgaandelijk door de verzekeraar toegelaten. Zijn aan geen enkele voorafgaande toelating onderworpen: verpleegkundige zorgen, kinesitherapie en fysiotherapie;
- 4.6.4. de kosten van medische hulpmiddelen voorgeschreven door een arts en voorafgaandelijk door de verzekeraar toegelaten. Zijn aan geen enkele voorafgaande toelating onderworpen: brilglazen of contactlenzen (en bij vervanging op voorwaarde dat de dioptrie met minstens 0,5 is gewijzigd), hoorapparaten, breukbanden, spataderkousen, orthopedische zolen, gipsschelpen, lumbostaat, spalken en krukken. De behoorlijk bewezen kosten zijn gedekt, met uitsluiting van de onderhouds- en herstellingskosten, de kosten van de hulpmiddelen strekkend tot het gebruik ervan en de wisselstukken;
- 4.6.5. de kosten van medische protheses, met uitzondering van tandprotheses waarvan de dekking is voorzien onder 4.7.2.2 T.V.V.;
- 4.6.6. de kosten van een pruik in het kader van een oncologische behandeling met een maximum van € 1.250, op voorwaarde dat de wettelijke ziekteverzekering tussenkomt;
- 4.6.7. de kosten van de kunstledematen.

aan 80 %:

- 4.6.8. de kosten van allopathische en homeopathische geneesmiddelen, van verband- en medisch materiaal, indien voorgeschreven door een arts, met uitsluiting van voedingsmiddelen, voedings-supplementen, vitamines en mineralen, hygiënische en cosmetische producten en elk type van product dat in de handel vrij verkrijgbaar is.

Boven dit bedrag van € 10 000 worden de betrokken kosten terugbetaald aan 50%, na aftrek van de statutaire of elke andere tussenkomst van het ziekenfonds.

Indien de begindatum van het onderschreven verzekeringsplan niet samenvalt met de jaarlijkse vervaldatum, wordt bovenstaand principe toegepast in evenredigheid met het aantal maanden gelegen tussen de begindatum van het onderschreven verzekeringsplan en de jaarlijkse vervaldatum van het verzekeringscontract.

Indien de wettelijke ziekteverzekering niet tussenkomt, wordt het terugbetalingspercentage voor het verzekeringsgeval herleid met 50% na aftrek van de statutaire of elke andere tussenkomst van het ziekenfonds

- 4.7. Tandheelkundige behandelingen

4.7.1. Worden terugbetaald per verzekeringsgeval, omschreven onder 2.1 T.V.V., volgens de modaliteiten omschreven onder 4.2, 4.3 en 4.4 T.V.V. en na tussenkomst van de wettelijke, statutaire of elke andere tussenkomst van het ziekenfonds: de kosten van tandextractie onder algemene verdoving in een ziekenhuis. Indien de wettelijke ziekteverzekering op geen enkele post van de ziekenhuisfactuur tussenkomt, wordt het terugbetalingspercentage voor het verzekeringsgeval herleid met 50% na aftrek van de statutaire of elke andere tussenkomst van het ziekenfonds.

4.7.2. Worden terugbetaald per verzekeringsgeval, omschreven onder 2.1, 2.2 en 2.3 T.V.V.:

- na verloop van een wachttijd van 12 maanden;
 - na voorafgaandelijke goedkeuring door de verzekeraar van het behandelingsplan;
 - overeenkomstig de modaliteiten omschreven :
 - onder 4.2, 4.3 en 4.4 T.V.V., voor de verzekeringsgevallen omschreven onder 2.1 T.V.V.;
 - onder 4.5 T.V.V. voor de verzekeringsgevallen omschreven onder 2.2 T.V.V.;
 - onder 4.6 T.V.V. voor de verzekeringsgevallen omschreven in 2.3 van de T.V.V.
 - met een maximum van € 750 per verzekerde en per verzekeringsjaar, met inachtnaam van de datum van de verstrekte prestatie:
- 4.7.2.1. de tandbehandelingskosten met uitzondering van alle kosten in verband met een orthodontische behandeling,
- 4.7.2.2. de kosten van tandprotheses en van tandmateriaal, met inbegrip van bruggen, kronen en tandimplantaten,
- 4.7.2.3. elke preprothetische chirurgische ingreep (sinuslift of andere) met het oog op tandprothetisch herstel.

5. Premie (A.V.V. 15-28-29)

Tijdens de duur van het verzekeringscontract wordt de premie aangepast op de jaarlijkse vervaldatum in functie van de op deze datum door verzekerde bereikte leeftijdscategorie en aan het op deze datum vigerende tarief voor deze leeftijds-categorie. De leeftijd wordt berekend door van het lopende jaar het geboortjaar af te trekken.

Cumulatief kan, overeenkomstig de artikels 29.2 t.e.m. 29.10 A.V.V., eveneens besloten worden tot een aanpassing van de premie na de afsluiting van het contract, op basis van de evolutie van de consumptieprijsindex of van de specifieke medische indexen of op basis van een beslissing van de toezichthoudende overheden.

6. Persoonlijke bijdrage (= A.V.V.12)

Een persoonlijke bijdrage, waarvan het bedrag, gekozen door de verzekerde, is bepaald in de polis, wordt toegepast ongeacht of de opname in een 'Partner Ziekenhuis' plaatsvindt of niet :

- 6.1. per verzekeringsgeval onder 2.1.1 en 2.1.2 T.V.V.
- 6.2. per verzekerde,
- 6.3. enkel bij opname in een éénpersoonskamer.

7. Verzekerbaarheid (= A.V.V.16)

- 7.1. Verzekerbaar zijn de natuurlijke personen, die tegelijk:
- 7.1.1. bij onderschrijving van het verzekeringsplan de leeftijd van 70 jaar niet hebben bereikt;
- 7.1.2. hun woonplaats en hun vaste en gebruikelijke verblijfplaats in België hebben;
- 7.1.3. onderworpen zijn aan de Belgische sociale zekerheid en ervan genieten;
- 7.1.4. aanvaard zijn op basis van medische en verzekeringstechnische criteria.
- 7.2. Pasgeborenen zijn verzekeraar, zonder risicobeoordeling, vanaf de geboorte voor zover het verzekeringsplan wordt afgesloten binnen de 60 dagen volgend op de geboorte.
- 7.3. Studenten van 18 tot en met 25 jaar die voor een periode van maximum 6 maanden in de lidstaten van de Europese Unie (met uitzondering van de overzeese gebieden) verblijven, in het kader van hun studie, op voorwaarde dat ze verder genieten van de Belgische sociale zekerheid en dat ze een attest van de verblijfsduur in het buitenland overhandigen aan de verzekeraar van de onderwijsinstantie in het buitenland en/of van de oorspronkelijk onderwijsinstantie alsook een kopie van hun Europese ziekteverzekerskaart.

8. Territorialiteit

De verzekeringswaarborg is geldig in België.
De verzekeringswaarborg is eveneens geldig in de landen die lid zijn van de Europese Unie (met uitzondering van de overzeese gebieden) voor een medisch noodzakelijke en onvoorziene ziekenhuisopname in het buitenland.

De verzekeringswaarborg is ook geldig volgens de modaliteiten omschreven onder 4.4. T.V.V., in de lidstaten van de Europese Unie (met uitzondering van de overzeese gebieden) voor een medisch noodzakelijke en geplande ziekenhuisopname in het buitenland, op voorwaarde dat er voorafgaandelijk een schriftelijk akkoord – d.m.v. een document S2 – is verkregen van het ziekenfonds.

De overzeese gebieden zijn deze door de Europese Unie gedefinieerd.

9. Einde van de verzekeringswaarborg (= A.V.V. 24)

Indien het verzekeringsgeval, omschreven onder T.V.V. 2.1 en 2.2, voortduurt na de einddatum van het verzekeringsplan, wordt de terugbetaling van de kosten na deze einddatum gewaarborgd tot het einde van het verzekeringsgeval.

Het verzekeringsgeval omschreven onder T.V.V. 2.3 eindigt automatisch op de einddatum van het verzekeringsplan.

10. 'Partner Ziekenhuizen'

10.1. Lijst van de 'Partner Ziekenhuizen'

De lijst van de 'Partner Ziekenhuizen' wordt meegedeeld aan de verzekeringnemer bij uitgifte van de polis.

Elk jaar, op 1 januari, wordt de lijst van de 'Partner Ziekenhuizen' geactualiseerd. Deze lijst is op elk moment beschikbaar op de website www.dkv.be. De lijst kan op eenvoudig verzoek worden verkregen van de verzekeraar.

De nieuwe lijst is van toepassing op elk verzekeringsgeval waarvan de datum van opname in het ziekenhuis samenvalt met of volgt op de datum van inwerkingtreding van de nieuwe lijst.

Bij verblijf in een niet Partner-Ziekenhuis, kan de nieuwe lijst gevolgen hebben enerzijds op het vergoedingspercentage wanneer de verzekerde een éénpersoonskamer heeft gekozen (T.V.V. 4.3.) en anderzijds op de (niet-)toepassing van de betalingsmethode Medi-Card® (T.V.V. 11.1)

10.2. Criteria gehanteerd voor het opstellen van de lijst van de 'Partner Ziekenhuizen'

Op 1 januari 2018 omvat de lijst van de 'Partner Ziekenhuizen' alle ziekenhuizen in België, zoals bepaald in artikel 10 van de A.V.V.

Vóór het einde van elk jaar en voor elk ziekenhuis opgenomen in de lijst van de 'Partner Ziekenhuizen', gaat de verzekeraar over tot de evaluatie van de criteria, voor de periode eindigend op 30 juni, met het oog op een publicatie van de geactualiseerde lijst van de 'Partner Ziekenhuizen' op de volgende eerste januari.

10.2.1. De volgende criteria dienen op cumulatieve wijze te worden gerespecteerd:

10.2.1.1. Ereloonsupplementen: de stijging van de totaalsom van de supplementen is lager dan of gelijk aan één procent. De berekening van deze stijging is gebaseerd op de verhouding tussen enerzijds de som van de supplementen gefactureerd door het ziekenhuis aan de verzekerden in het kader van de individuele verzekeringsplannen van de verzekeraar, en door deze laatste ontvangen gedurende twee opeenvolgende periodes van 12 maanden (beide lopende van 1 juli tot en met 30 juni) en anderzijds de som van de RIZIV honoraria gedurende dezelfde periodes.

Met het oog op het actualiseren van de lijst van de 'Partner Ziekenhuizen' op 1 januari 2019, worden, bij wijze van overgangmaatregel, voor ziekenhuizen die de betalingsmethode Medi-Card® gebruiken, alleen facturen die elektronisch naar de verzekeraar worden gestuurd in aanmerking genomen voor de berekening van het criterium.

Onder ereloonsupplement verstaat men het verschil tussen het conventietarief van een geneeskundige verstrekking (het RIZIV tarief) en het bedrag dat werkelijk aangerekend is aan de patiënt.

Onder RIZIV honorarium wordt verstaan het officieel tarief verbonden aan het RIZIV-nomenclatuurnummer voor een prestatie van een individuele, geconventioneerde zorgverlener, bijvoorbeeld: arts, kinesitherapeut, tandarts.

Zie de volgende formule:

$$\text{Stijging tussen } y - 1 \text{ en } y \text{ van } \left(\frac{\sum \text{Gefactureerde ereloonsupplementen}}{\sum \text{RIZIV honoraria}} \right) \leq 1\%$$

10.2.1.2. Kamersupplementen: de stijging van het gemiddelde bedrag van het supplement voor een éénpersoonskamer gedurende twee opeenvolgende periodes van 12 maanden is kleiner dan of gelijk aan de evolutie van de consumptieprijnsindex gedurende dezelfde periodes. Deze berekening gebeurt op dezelfde facturen zoals in 10.2.1.1. beschreven.

Met het oog op het actualiseren van de lijst van de 'Partner Ziekenhuizen' op 1 januari 2019, worden, bij wijze van overgangmaatregel, voor ziekenhuizen die de betalingsmethode Medi-Card® gebruiken, alleen facturen die elektronisch naar de verzekeraar worden gestuurd in aanmerking genomen voor de berekening van het criterium. Onder kamersupplement verstaat men een supplement bovenop de verpleegdagprijs (bepaald door het RIZIV).

10.2.1.3. Bijkomend aan de criteria beschreven onder T.V.V. 10.2.1.1 en 10.2.1.2., moet, vanaf 1 januari 2019, ieder 'acuut algemeen ziekenhuis' gebruik maken van de betalingsmethode Medi-Card® van DKV Belgium, alsook van het systeem van elektronische transmissie van ziekenhuisfacturen naar de verzekeraar.

Onder 'acuut algemeen ziekenhuis' verstaat men het universitaire ziekenhuis en het algemene ziekenhuis met of zonder universitaire karakter, zoals gedefinieerd door de FOD Volksgezondheid.

10.2.2. Ieder ziekenhuis dat niet meer is opgenomen in de lijst van de 'Partner Ziekenhuizen', kan opnieuw worden opgenomen ter gelegenheid van de eerstvolgende actualisatie van de lijst, op voorwaarde dat op deze datum de criteria vermeld onder T.V.V. 10.2.1 zijn vervuld en dit vanaf de eerste van twee opeenvolgende periodes van 12 maanden lopende van 1 juli tot en met 30 juni, voorafgaandelijk aan het jaar waarin het ziekenhuis is uitgesloten uit de lijst van de 'Partner Ziekenhuizen'.

Met andere woorden: de verzekeraar vergelijkt de evolutie van de door het ziekenhuis toegepaste ereloonsupplementen en kamersupplementen tussen twee periodes: enerzijds het niveau van de supplementen gedurende de eerste van de 2 opeenvolgende periodes van 12 maanden lopende van 1 juli tot en met 30 juni voorafgaandelijk aan de uitsluiting uit de lijst en anderzijds het niveau van deze supplementen voor de periode lopende van 1 juli tot en met 30 juni voorafgaand aan de datum van de eerstvolgende actualisatie.

Om opnieuw te kunnen worden opgenomen in de lijst van de 'Partner Ziekenhuizen' dient de evolutie, uitgedrukt in percentages, van de supplementen tussen deze twee periodes gelijk of lager te zijn dan de gecumuleerde groei van één procent per jaar voor de ereloonsupplementen en van de gecumuleerde groei van de evolutie van de consumptieprijnsindex voor de kamersupplementen.

10.2.3. Ieder ziekenhuis dat is opgenomen in de lijst van de 'Partner Ziekenhuizen', maar niet meer de in T.V.V. 10.2.1.1. vermelde criteria vervult, wordt geacht niet meer opgenomen te zijn in de lijst maar kan een moratorium van één bijkomend jaar genieten van zodra het zich schriftelijk verbindt om terug de regels zoals gedefinieerd door de criteria vermeld onder T.V.V. 10.2.1. na te leven en dit voor het einde van het bijkomende jaar. Dergelijke aanvraag kan slechts eenmaal per twee opeenvolgende jaren worden aanvaard. Tijdens het moratorium blijft de verzekeringsdekking in 'Partner Ziekenhuizen' van toepassing.

De mogelijke herintegratie van het ziekenhuis in de lijst van 'Partner Ziekenhuizen' vindt plaats op voorwaarde dat de criteria zoals vastgelegd in T.V.V. 10.2.2. vervuld zijn.

10.2.4. Ieder ziekenhuis, waar fraude of misbruik van gelijk welke aard is vastgesteld, wordt met onmiddellijke ingang uitgesloten uit de lijst van de 'Partner Ziekenhuizen'.

Onder fraude verstaat men:

10.2.4.1 schriftvervalsing of oplichting, verduistering van gelden door het ziekenhuis, door een lid van de medische of administratieve diensten of een interne of externe factureringdienst die, met frauduleuze bedoelingen, een aantoonbare financiële impact heeft veroorzaakt op de kost van de medische zorgen ten nadele van de verzekeraar,

10.2.4.2. de feiten opgesomd in art. 128 van de Gecoördineerde Wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen.

11. Medi-Card®

11.1. Betalingsmethode

De Medi-Card® is een betalingsmethode aansluitend op een conventie tussen een Belgisch ziekenhuis en de verzekeraar. Een Partner ziekenhuis (zie T.V.V. 10) sluit dergelijke conventie af.

De lijst van de ziekenhuizen die toegetreden zijn tot deze conventie is geactualiseerd en is op elk moment beschikbaar op de website www.dkv.be. De lijst kan op eenvoudig verzoek van de verzekeraar worden verkregen.

Deze lijst is op elk moment beschikbaar op de website www.dkv.be. Hij kan op eenvoudig verzoek van de verzekeraar worden verkregen.

Door het gebruik van de Medi-Card® worden de kosten die gemaakt zijn tijdens de opname in een Belgisch ziekenhuis, rechtstreeks aan het ziekenhuis door de verzekeraar betaald voor zover:

- zij niet uitgesloten zijn door het verzekeringscontract en
- het verblijf plaatsvindt in een verzekerd kamertype.

11.2. Verbintenissen

Door het gebruik van de Medi-Card®, die strikt persoonlijk is, aanvaardt de verzekerde de rechten en plichten die hieruit voortvloeien.

Wanneer de verzekeraar in het kader van een Medi-Card® dossier de opnamekosten aan het ziekenhuis terugbetaalt, erkent de verzekeringnemer of de verzekerde dat de in het kader van huidige waarborgen niet terugbetaalbare kosten door hem/haar verschuldigd blijven.

Het gebruik van de Medi-Card® kan ten aanzien van de verzekerde worden geschorst:

- in geval van misbruik van de kaart;
- in geval van niet-betaling door de verzekerde van de voornoemde kosten die door hem/haar verschuldigd zijn;
- in geval van niet-betaling van de premie door de verzekeringnemer.