

De HospiPluskaart

Facturen tellen of rustig herstellen?

Jouw voordelen

- Je hoeft geen voorschot meer te betalen als je in een ziekenhuis wordt opgenomen.
- Je dient de oplegfactuur van het ziekenhuis niet zelf te betalen en te wachten tot HospiPlus je vergoedt. HospiPlus betaalt de factuur rechtstreeks aan het ziekenhuis en verrekenet nadien de eventuele vrijstelling of niet-verzekerde kosten bij jou.
- De opnameformaliteiten worden tot een minimum beperkt. Jouw dossier wordt door HospiPlus automatisch opgestart.



Heb je gekozen voor de **comfortformule HospiPlus**, dan geldt deze unieke dienstverlening ook voor een opname in een éénpersoonskamer.

Onderschreef je de **basisformule HospiPlan**, dan geldt de derdebetalers-regeling enkel bij een twee- of meerpersoonskamer. Uiteraard ben je bij HospiPlan wel binnen bepaalde grenzen verzekerd voor een opname in een éénpersoonskamer, maar dan zonder de toepassing van de automatische betaling aan het ziekenhuis.

Voor meer informatie

VMOB HospiPlus
Ondernemingsnummer 0471.458.404
Erkenningsnummer verzekeringsonderneming 250/01
Tel. 053 76 99 79 • info@hospiplus.be
www.hospiplus.be



Vlaams & Neutraal Ziekenfonds (203)
(Verzekeringstussenpersoon 2006)
Hoogstratenplein 1 - 2800 Mechelen - tel. 015 28 90 90



Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen (235)
(Verzekeringstussenpersoon 2007)
Statieplein 12 - 9300 Aalst - tel. 053 76 99 99

Deze folder heeft enkel een informatieve waarde. Voor een nauwkeurige beschrijving van de voorwaarden zijn alleen de statuten van de VMOB HospiPlus rechtsgeldig.

v.u.: Karel Goffijn, Statieplein 12, 9300 Aalst

HospiContinu

het overwegen waard

HospiContinu garandeert je continuïteit wanneer je een hospitalisatieverzekering geniet bij jouw werkgever en

- je had HospiPlan & AmbuPlan of HospiPlus & AmbuPlus, of
- je wenst na de werkgeversverzekering zonder formaliteiten over te kunnen stappen naar HospiPlan & AmbuPlan of HospiPlus & AmbuPlus.

Jouw aansluiting bij HospiContinu **garandeert** dat je ten allen tijde (terug) kan instappen in HospiPlan & AmbuPlan of HospiPlus & AmbuPlus zonder bijkomende medische beperkingen of wachttijd (je stapt terug in ten laatste op 65 jaar).

Je hebt bovendien tijdens jouw aansluiting bij HospiContinu recht op een extra vergoeding tot max. **10 euro** per opnamedag bovenop de terugbetalingen van de verzekering van jouw werkgever.

Jaarpremies 2019

tot en met 25 jaar	€ 13,80
van 26 tot 49 jaar	€ 29,88
vanaf 50 jaar	€ 111,24
wie pas aansluit vanaf 50 jaar	€ 230,16

HospiForfait

jouw appeltje tegen de dorst

HospiForfait verleent een forfaitaire tussenkomst (naar keuze 12,25, 25 of 50 euro per dag) bij opname in een ziekenhuis en is perfect cumuleerbaar met andere kostendekkende hospitalisatieverzekeringen, zoals bv. HospiPlan & AmbuPlan of HospiPlus & AmbuPlus. Aansluiting is mogelijk tot de 65ste verjaardag.

Jaarpremies 2019

	Formule 1 € 50	Formule 2 € 25	Formule 3 € 12,25
tot en met 25 jaar	€ 26,28	€ 13,08	€ 6,36
van 26 tot en met 49 jaar	€ 106,08	€ 52,92	€ 26,28
van 50 tot en met 64 jaar*	€ 136,20	€ 67,92	€ 33,72
vanaf 65 jaar	€ 241,92	€ 121,56	€ 60,60

* Personen die aansluiten vanaf 50 jaar, en die geen gelijkaardige ziekenfondsverzekering hadden, betalen meteen het tarief vanaf 65 jaar.

MaxiPlan

hét optimale verzekeringsplan voor al je medische kosten



MaxiPlan betaalt jaarlijks **50 %** van de wettelijke remgelden terug tot **€ 1.000 per verzekerde**. Hierdoor wordt de kloof tussen jouw persoonlijke opleg en de tussenkomst van jouw ziekenfonds met de helft vermindert. De terugbetaling wordt je bovendien automatisch in één keer uitgekeerd na afloop van het verzekeringsjaar. Je hoeft dus zelf geen enkele stap te ondernemen. Er is geen leeftijdsbeperking en je kan intekenen ongeacht je medische voorgeschiedenis. Verplichte aansluiting per ziekenfondsboekje.



Het **MaxiPlan** dekt ook nog de volgende kosten die door de ziekteverzekering amper of niet terugbetaald worden.



► **Tandzorgen: 50 %** van de kosten van tandzorgen (tandprotheses, tandbruggen, kronen en stiften, implantaten, parodontologie, tandextracties) tot max. **€ 500** per jaar.



► **Orthodontie: € 250** per behandelingsplan ongeacht of je al dan niet recht hebt op een wettelijke tussenkomst (twee schijven van € 125). Daarbovenop **50 %** van de wettelijke remgelden.



► **Hoorapparaten: tot max. € 500** indien je recht hebt op een tussenkomst voor een hoorapparaat via de verplichte ziekteverzekering (€ 250 per toestel).



► **Anticonceptiemiddelen: tot max. € 25** per jaar.

► **Geboorteforfait: € 200** per kind bij de geboorte indien beide ouders verzekerd zijn (€ 100/aangesloten ouder).

Jaarpremies 2019

van 0 tot en met 6 jaar	€ 0
van 7 tot en met 25 jaar	€ 104,52
van 26 tot en met 49 jaar	€ 167,76
van 50 tot en met 64 jaar*	€ 199,32
vanaf 65 jaar	€ 231,12
wie pas aansluit na 65 jaar: 65 tot 69 jaar	€ 297,24
vanaf 70 jaar	€ 330,24

* Personen die aansluiten vanaf 50 jaar, en die geen gelijkaardige ziekenfondsverzekering hadden, betalen meteen het tarief vanaf 65 jaar.

HospiPlus



Ziekenhuisopname ?

Extra zekerheid, niet overbodig!

HospiPlan

HospiPlus

AmbuPlan

AmbuPlus

Maximale globale terugbetaling per kalenderjaar:

€ 17.500

Uitgezonderd (kinder)neuropsychiatrie, dienst psychiatrie en dienst voor specialiteiten:

max. € 1.000

HospiPluskaart geldt enkel bij twee- of meerpersoonskamers



Onbeperkt!

max. € 2.000

HospiPluskaart geldt voor alle kamertypes, inclusief éénpersoonskamers

Wat wordt volledig terugbetaald tijdens de opname?

- De forfaitaire bedragen zoals remgelden, wettelijke forfaits, persoonlijke aandelen.
- Alle geneesmiddelen tijdens de opname.

Andere tussenkomsten (max. bedragen per kalenderjaar):

- verblijfskosten: beperkt tot max. € 60 per dag
- ereloonsupplementen tot max. 100 % boven het Riziv-tarief
- parafarmaceutische producten en diverse kosten, sommige implantaten, prothesen, orthopedisch, endoscopisch en viscerosynthesemateriaal tot € 3.000
- prestaties waarvoor het Riziv niet tussenkomt beperkt tot € 500
- bij een verblijf van een ouder op de kamer van een kind (jonger dan 19 jaar) of de begeleider van een gehandicapt of afhankelijk persoon, wordt een tegemoetkoming voorzien van max. € 20 per dag (max. 14 dagen)
- éénmalige tussenkomst tot € 500 voor de kosten van medisch-geassisteerde voortplantingstechnieken
- éénmalige tussenkomst voor de kosten van borstreducties, obesitasbehandelingen, transgenderbehandelingen en –operaties, en de gevolgen ervan, tot max. € 1.000 op voorwaarde dat er voor deze behandelingen ook een tussenkomst is uit de verplichte ziekteverzekering
- de kosten verbonden aan het donorschap tot € 500
- de kosten voor thuisbevalling en poliklinische bevalling tot max. € 500 (medische kosten en geneesmiddelen; inclusief kraamzorg: € 5 per uur, max. € 200)
- de verblijfskosten voor een zorgverblijf: forfait € 15 per dag (max. 28 dagen)
- hospitalisaties in het buitenland: max. € 125 per opnamedag (max. 10 dagen)
- forfait vóór- en nazorg van € 20 per opnamedag op een twee- of meerpersoonskamer of € 10 per opnamedag op een éénpersoonskamer (max. € 400)
- ambulancevervoer om medische redenen tot max. € 125
- vervoer met helikopter tot max. € 500

- verblijfskosten: **onbeperkt**
- ereloonsupplementen tot max. 200% boven het Riziv-tarief
- parafarmaceutische producten en diverse kosten, sommige implantaten, prothesen, orthopedisch, endoscopisch en viscerosynthesemateriaal tot € 6.000
- prestaties waarvoor het Riziv niet tussenkomt beperkt tot € 1.000
- bij een verblijf van een ouder op de kamer van een kind (jonger dan 19 jaar) of de begeleider van een gehandicapt of afhankelijk persoon, wordt er een tegemoetkoming voorzien van max. € 40 per dag (max. 14 dagen)
- éénmalige tussenkomst tot € 1.000 voor de kosten van medisch-geassisteerde voortplantingstechnieken
- éénmalige tussenkomst voor de kosten van borstreducties, obesitasbehandelingen, transgenderbehandelingen en –operaties, en de gevolgen ervan, tot max. € 2.000 op voorwaarde dat er voor deze behandelingen ook een tussenkomst is uit de verplichte ziekteverzekering
- de kosten verbonden aan het donorschap tot € 1.000
- de kosten voor thuisbevalling en poliklinische bevalling tot max. € 1.000 (medische kosten en geneesmiddelen; inclusief kraamzorg: € 5 per uur, max. € 400)
- de verblijfskosten voor een zorgverblijf: forfait € 30 per dag (max. 28 dagen)
- hospitalisaties in het buitenland: max. € 250 per opnamedag (max. 10 dagen)
- gedurende een periode van 30 dagen vóór en 90 dagen na de opname worden de remgelden van de ambulante kosten en de geneesmiddelen tot max. € 400 terugbetaald; bij opname in een twee- of meerpersoonskamer: extra tot € 400 voor kinékosten
- ambulancevervoer om medische redenen tot max. € 250
- vervoer met helikopter tot max. € 1.000

Vrijstelling (éénmalig per kalenderjaar):

- éénpersoonskamer: € 125 • twee- of meerpersoonskamer: geen

Ambulante kosten bij ernstige ziekten:

- tot € 7.500/kalenderjaar
- onbeperkt!

voor de kosten in verband met de ernstige ziekte buiten het ziekenhuis, heel het jaar door.

Welke zijn de ernstige ziekten?

Alle kwaadaardige woekeringen, bv. carcinoom, leukemie, uitgebreid melanoom, ziekten van Hodgkin, Kahler; ziekten die dementie veroorzaken; zware chronische aandoeningen van het zenuwstelsel, van het musculair stelsel en van het bindweefsel: bv. multiple sclerose, ziekte van Parkinson, ALS, lidmaatverlammingen, spierdystrofie, sclerodermie, sarcoidose, hersenontstekingen; nierinsufficiëntie die dialyse vergt; vaatziekten die tot lidmaatamputatie leiden; transplantatie van grote organen; ziekte van Crohn, colitis ulcerosa, chronisch handicaperende aandoeningen zoals insuline-afhankelijke diabetes; aids; mucoviscidose; hemofilie; niet-alcoholische cirrose.

Ernstige ziekten op het moment van aansluiting kunnen niet verzekerd worden voor deze bijkomende ambulante waarborg.

Wat met een bestaande aandoening of zwangerschap?

Voor de aandoeningen of ziekten die reeds bestaan op het moment van de aansluiting kan je verzekerd worden maar met uitsluiting van de kamer- en ereloonsupplementen in een éénpersoonskamer.

Voor bevallingen binnen de 9 maanden na de aansluiting worden deze supplementen eveneens niet terugbetaald.

Voor alle duidelijkheid: wat wordt niet gedekt?

Strikt persoonlijke kosten (bv. telefoon, ...), esthetische ingrepen, comfortbehandelingen, roekeloze daden, ... worden niet gewaarborgd. Raadpleeg de polisvoorwaarden voor een volledige opsomming van wat niet gedekt wordt (www.hospiplus.be).

HospiPlan & AmbuPlan HospiPlus & AmbuPlus

Jaarpremies 2019

	HospiPlan & AmbuPlan	HospiPlan	AmbuPlan
tot en met 19 jaar	€ 45,12	€ 43,68	€ 1,44
van 20 tot en met 25 jaar	€ 42,84	€ 41,40	€ 1,44
van 26 tot en met 49 jaar	€ 147,36	€ 141,84	€ 5,52
van 50 tot en met 64 jaar*	€ 183,84	€ 176,76	€ 7,08
vanaf 65 jaar	€ 294,36	€ 282,84	€ 11,52
wie pas aansluit na 65 jaar: 65 tot 69 jaar	€ 388,80	€ 362,76	€ 26,04
vanaf 70 jaar	€ 566,88	€ 527,64	€ 39,24

	HospiPlus & AmbuPlus	HospiPlus	AmbuPlus
tot en met 19 jaar	€ 66,48	€ 64,20	€ 2,28
van 20 tot en met 25 jaar	€ 63,48	€ 61,32	€ 2,16
van 26 tot en met 49 jaar	€ 213,24	€ 204,96	€ 8,28
van 50 tot en met 64 jaar*	€ 279,12	€ 268,32	€ 10,80
vanaf 65 jaar	€ 455,04	€ 436,44	€ 18,60
wie pas aansluit na 65 jaar: 65 tot 69 jaar	€ 566,16	€ 527,16	€ 39,00
vanaf 70 jaar	€ 711,60	€ 659,16	€ 52,44

* Personen die aansluiten vanaf 50 jaar, en geen gelijkaardige ziekenfondsverzekering hadden, betalen meteen het tarief vanaf 65 jaar.

Voor alle formules

Premieaanpassingen

De premieaanpassing gaat in vanaf het begin van het jaar waarin men 20, 26, 50 of 65 jaar wordt.

Vanaf het vierde kind is geen premie meer verschuldigd.

Wachttijden

Algemeen: drie maanden

Uitzonderingen

- Bij ongeval: geen
- Twaalf maanden:
 - bij medisch-geassisteerde voortplantingstechnieken
 - MaxiPlan: de waarborgen tandzorgen, orthodontie, hoorapparaten en geboorteforfait