

# POLIS GEZONDHEIDSZORGEN AFGESLOTEN DOOR

**AZ ALMA**

Datum van opmaak :  
Juni 2012

In het kader van uw arbeidsovereenkomst geniet u een collectieve verzekering gezondheidszorgen.

Hierna vindt u :

- ↪ De belangrijkste kenmerken van deze dekking
- ↪ Een document dat de formaliteiten vermeldt die dienen vervuld te worden om een tussenkomst te verkrijgen



### *Wie is gedekt ?*

- het personeelslid (na 6 maanden dienst)
- zijn/haar echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner
- de wettige, erkende en geadopteerde kinderen voor zover die fiscaal ten laste zijn
- de (brug)gepensioneerden

De aansluiting is verplicht voor het personeelslid. Zij is facultatief voor de gezinsleden en gebeurt per volledig gezin samengesteld door het geheel van de hogervermelde verzekerden. Ze is eveneens facultatief voor de (brug)gepensioneerden.

### *Is er een wachttijd ?*

Er is geen wachttijd vereist.

Evenwel , bij laattijdige aansluiting van de gezinsleden (meer dan 3 maanden na de datum waarop aan de aansluitingsvoorwaarden is voldaan) wordt een wachttijd vastgesteld op 9 maanden.

### *Welke is de aard van de dekkingen ?*

#### **Hospitalisatie**

De tussenkomst van de maatschappij is voorzien voor, ....

- ✓ de verblijfkosten
- ✓ de kosten voor medische en paramedische prestaties
- ✓ de geneesmiddelen
- ✓ de kosten van alternatieve geneeswijzen voorgeschreven door de behandelende arts (homeopatie, chiropraxie,...) en in rechtstreeks verband met de oorzaak van de hospitalisatie.
- ✓ de kosten van prothesen en orthopedische toestellen in rechtstreeks verband met de oorzaak van de hospitalisatie;
- ✓ de bevalling (inclusief thuisbevalling), poliklinische bevalling en kraamhulp
- ✓ de kosten van medische adjuvantia
- ✓ de huurkosten van klein medisch materiaal
- ✓ de verblijfkosten van één van de ouders indien het kind, jonger dan 16 jaar, aangesloten is bij deze verzekering (Rooming in)
- ✓ de wiegendoodtest
- ✓ de kosten voor palliatieve verzorging en overlijdenskosten die vermeld zijn op de factuur van het ziekenhuis
- ✓ de verblijfkosten van de orgaandonor
- ✓ de huurkosten van een televisie, een ijskast, een telefoon (met uitsluiting van de communicaties);

### **One day clinic**

Tussenkost in de medische kosten gemaakt in One day clinic in het kader van

- ✓ het maxi-forfait
- ✓ het mini-forfait
- ✓ het forfait chronische pijn
- ✓ de heelkundige daghospitalisatie

### **Ambulante verzorging verbonden met de hospitalisatie of de One day clinic**

De maatschappij komt tussen in de medische kosten die voortvloeien uit de ambulante verzorging die in rechtstreeks verband staat met de oorzaak van de hospitalisatie, gemaakt in een periode van 2 maanden vóór en 6 maanden na de hospitalisatie.

### **Ambulante verzorging van zware ziekten**

Tussenkost in de kosten voor ambulante verzorging van volgende zware ziekten:

*Kanker, leukemie, multiple sclerose en amyotrofische laterale sclerose, ziekte van Parkinson, tetanus, poliomyelitis, pokken, meningitis, buiktyfus en paratyfus, vlektyfus, cholera, tuberculose, besmettelijke hepatitis, ziekte van Hodgkin, diabetes, difterie, encefalitis, nierdialyse, aids, ziekte van Alzheimer, mucoviscidose, progressieve spierdystrofie, malaria, miltvuur, myopathie, de ziekte van Chron, ziekte van Pompe en ziekte van Creutzfeldt-Jacob.*

### **Vervoerkosten**

Onbeperkte tussenkost in de vervoerkosten in België en in het buitenland indien deze gerechtvaardigd zijn door de dringendheid en de gezondheidstoestand van de verzekerde, voor zover het vervoer plaatsvindt binnen het land zelf.

### **Medi-Assistance – Derde betaler**

- Antwoorden op uw vragen : Ben ik gedekt ?Is er tenlasteneming ?...
- On line opening van een dossier
- Ten laste neming 24h/24, 7 dagen op 7 in België en in het buitenland
- Organisatie van het derde betalersysteem (enkel hospitalisatie in België)

### **Bijstand**

#### **↪ in België**

- ✓ dringend contact
- ✓ tenlasteneming van het vervoer van de echtgeno(o)t(e) of aangewezen persoon
- ✓ opvang van de kinderen jonger dan 16 jaar
- ✓ tenlasteneming van het vervoer van de kinderen jonger dan 18 jaar

↳ in het buitenland

- ✓ medische bijstand, ter plaatse sturen van een geneesheer
- ✓ tenlasteneming van kinderen jonger dan 16 jaar
- ✓ repatriëring of vervoer als gevolg van een medisch incident
- ✓ repatriëring van het voertuig en bagage
- ✓ verzenden van onontbeerlijke geneesmiddelen
- ✓ taalbijstand
- ✓ repatriëring na overlijden

*Welke is de grootte van de tussenkomst ?*

De tussenkomst is onbeperkt voor zover de kosten aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming,

behalve voor ...

- verblijfskosten in het kader van rooming in
- kraamhulp

waar de tussenkomst beperkt wordt tot

€ 50,00/dag

€ 495,79 en 12 dagen

Voor de kosten waarvoor geen wettelijke tussenkomst voorzien is, wordt de tenlasteneming van de kosten beperkt tot 50 %.

Wanneer de geneeskundige verzorging echter in het buitenland wordt toegediend volgens de keuze van de aangeslotene, is de terugbetaling beperkt tot maximaal € 25.000,00 per jaar. Indien u naar het buitenland gaat voor een behandeling, moet Axa Assistance daar eerst en vooral haar goedkeuring voor geven. U dient ook het akkoord te hebben van het ziekenfonds.

*Welk is het bedrag van het eigen risico ?*

De verzekerde neemt een eigen risico ten laste dat forfaitair is vastgesteld op € 75,00.

Dit eigen risico is van toepassing op het geheel van de dekkingen "Hospitalisatie", "One day clinic" en "Pre- en post-hospitalisatie" en "Vervoer" en enkel in het geval van een éénpersoonskamer. Hierbij is het verschuldigd per verzekerde, te beginnen op de datum van eerste hospitalisatie en eindigend 365 dagen later.

Er is geen eigen risico van toepassing voor de dekking "Zware ziekten – Ambulante verzorging"

*Welke is de tarificatie ? (exclusief lasten)*

Voor een volwassene < 65	:	€ 12,52 per maand
Voor een volwassene >= 65	:	€ 37,56 per maand
Voor een kind < 21	:	€ 6,26 per jaar

## [ *Hoe worden de premies verdeeld?*

De premies zijn:

- ten laste van uw werkgever voor de dekking van uw eigen persoon
- ten laste van uzelf voor de dekking van uw partner en uw kinderen
- ten laste van uzelf voor de dekking als (brug)gepensioneerde

Deze nota werd ter informatie opgemaakt en heeft geen voorrang op de huidige of toekomstige voorwaarden van de tussen AXA Belgium en uw bedrijf ondertekende contracten.

# Wat moet men doen om terugbetaald te worden in geval van hospitalisatie of zware ziekte ?

Bij uw aansluiting werd u een polisnummer toegekend.

Het is belangrijk dat op alle documenten die naar de maatschappij worden verstuurd, melding wordt gemaakt van dit polisnummer, alsook van het schadegevalnummer welke u wordt overgemaakt na opening van een terugbetalingsdossier.

## HOSPITALISATIE

U maakt gebruik van de dienst MEDI-ASSISTANCE ([www.mediassistance.be](http://www.mediassistance.be)):

Deze voorziet in volgende dekking :

- ✓ Bijstand 24 uren op 24 en 7 dagen op 7;
- ✓ Melding van alle informatie die noodzakelijk is betreffende uw hospitalisatie, evenals een bevestiging van de tenlasteneming van de kosten ;
- ✓ **Een rechtstreekse afhandeling van de ziekenhuisfacturen met het ziekenhuis (derde-betaler)**



Indien u geen gebruik maakt van deze dienst of voor alle andere kosten verbonden aan de hospitalisatie, kunnen de aanvragen tot terugbetaling gebeuren met behulp van het document 'aangifte van ziekenhuisverpleging'.

Het staat AXA Assitance vrij om schriftelijk bijkomende inlichtingen op te vragen.

Welke documenten moeten ons opgestuurd worden ?

- Originele factuur van het ziekenhuis (behalve indien u gebruik maakt van de dienst MEDI-ASSISTANCE);
- kopie van elk verzorgingsattest met vermelding van : naam en voornaam van de patiënt – RIZIV-code – datum van prestatie – het betaald bedrag voor elke prestatie – handtekening en stempel van de geneesheer – een afrekening van de terugbetaling of een gedetailleerde afrekening van het ziekenfonds met vermelding van al deze inlichtingen;
- Een ontvangstbewijs van de apotheker voor de voorgeschreven geneesmiddelen, afgeleverd gedurende de periode van pre-en posthospitalisatie, met vermelding van : naam van de geneesheer – naam en voornaam van de patiënt – naam van elk voorgeschreven geneesmiddel – datum van afgifte met vermelding van de prijs , terugbetaling door het ziekenfonds en de werkelijk betaalde prijs. Dit document draagt de benaming 'Contante betaling van de geneesmiddelen' (BVAC-document) ;
- Voorschrift van de geneesheer voor specifieke behandelingen (kinesithérapie,...) met vermelding van de periode. In geval van kinesithérapie is een detail nodig van de data van de behandelingen;
- Vervoerkosten : de originele factuur samen met het attest van (niet)terugbetaling van het ziekenfonds.

Deze documenten moeten verstuurd worden naar het volgende adres



**AXA ASSISTANCE**  
**Dienst HEALTH CARE**  
**Louisalaan 166 Bus 1**  
**1050 BRUSSEL**

## ZWARE ZIEKTE

In geval van ambulante zorgen verbonden aan een zware ziekte, die gedekt is door de polis, wordt gevraagd het document 'aangifte van ambulante verzorging' in te vullen en daarbij de nodige aanhangsels toe te voegen, met op de rugzijde van het betreffende document een detail.

De te volgen werkwijze is identiek aan deze welke gedetailleerd werd in geval van hospitalisatie. Gelieve niet te vergeten een medisch attest bij te voegen !