

HOSPITALISATIEVERZEKERINGEN VAN MUTUALITEITEN 2015: DEKKING VOORAFBESTAANDE AANDOENING OF ZIEKTE

Inhoud

1. Inleiding.....	2
2. Dekking voorafbestaande aandoening of ziekte bij hospitalisatie	3
2.1. Op welke manier vergoedt de hospitalisatieverzekering een hospitalisatie ten gevolge van een voorafbestaande aandoening of ziekte?	3
2.1. Na welke wachttijd kan iemand die zich aansluit tot een hospitalisatie-verzekering genieten van de bovenstaande vergoeding?	4
3. De waarborg ambulante kosten voor ernstige ziekten in geval van een voorafbestaande aandoening	5
3.1. Welke ernstige ziekten kunnen rekenen op de waarborg ambulante kosten en tot welk grensbedrag worden deze ambulante kosten vergoed?	5
3.2. Beleid voorafbestaande aandoeningen	6
4. Beperkte dekking van ziekenhuisdiensten voor geriatrie en revalidatie	7
5. Beperkte dekking voor een opname in een psychiatrische dienst.....	8
6. Bronnen	9



Auteur	Datum laatste aanpassing	Status
Roel Heijlen	12.03.2015	Eerste versie

1. Inleiding

Sinds 1 januari 2012 vallen de hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten onder dezelfde wetgeving als de private verzekeringsondernemingen. Voorheen hadden ze een aparte wetgeving en waren in tegenstelling tot private verzekeraars verplicht om een (beperkte) dekking aan te bieden voor voorafbestaande aandoeningen of ziekten.

Een voorafbestaande ziekte of aandoening is een gezondheidsprobleem dat aanwezig is tijdens het afsluiten van een hospitalisatieverzekering en dat je dus op je medische vragenlijst moet vermelden. Het gaat niet om ziekten of aandoeningen die je tijdens de looptijd van verzekeringscontract gekregen hebt.

De nieuwe wetgeving heeft als gevolg dat de hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten niet langer verplicht zijn om een (beperkte) dekking voor voorafbestaande ziekten of aandoeningen op te nemen in hun polissen. Ze hebben met andere woorden nu de vrije keuze of ze een dergelijke dekking willen aanbieden of niet. Toch heeft de overheid besloten om de solidariteit met personen met een voorafbestaande ziekte of aandoening aan te moedigen. De overheid voorziet namelijk een vrijstelling van de jaarlijkse taks voor hospitalisatieverzekeringen die een dekking voor voorafbestaande aandoeningen bieden.

Deze vrijstelling van taks heeft ervoor gezorgd dat de hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten nog steeds voorafbestaande aandoeningen (beperkt) dekken. Het Vlaams Patiëntenplatform maakte daarom voor de polissen van 2015 een vergelijking op basis van de volgende vragen:

1. Op welke manier vergoedt de hospitalisatieverzekering een **hospitalisatie** ten gevolge van een voorafbestaande aandoening of ziekte?
2. Komt een voorafbestaande aandoening of ziekte in aanmerking voor de **waarborg ambulante kosten** voor ernstige ziekten?

Naast deze twee dekkingen zijn de volgende elementen ook belangrijk om te vergelijken als je een voorafbestaande aandoening hebt:

- Voor welke ziekenhuisdiensten wordt de **tussenkost beperkt** in bedrag of tijd (*bijvoorbeeld voor de diensten revalidatie en geriatrie*)? Zijn deze ziekenhuisdiensten belangrijk voor de behandeling van je voorafbestaande aandoening of ziekte?
- Voor welk soort hospitalisaties worden de kosten van **geestes- en zenuwziekten** terugbetaald? Indien je voorafbestaande ziekte onder de noemer van geestes- en zenuwaandoeningen valt, dan ga je dit best na.

Vergelijkingen van deze elementen kan je vinden op pagina's 7 en 9.

Ter informatie: wat is het beleid van private verzekeraars ten aanzien van voorafbestaande aandoeningen?

1. Individuele hospitalisatieverzekeringen van private verzekeraars

Private verzekeraars sluiten in tegenstelling tot mutualiteiten de kosten van voorafbestaande ziekten of aandoeningen uit in hun individuele hospitalisatieverzekeringen.

Een mogelijke uitzondering hierop is KBC. KBC vermeldt het volgende over voorafbestaande toestanden in hun individuele polis:

Indien de bestaande ziekte, het lichaamsgebrek of het ongeval uitdrukkelijk vermeld werd in de correct ingevulde medische vragenlijst, zijn de gevolgen of verwickelingen verzekerd vanaf het derde jaar na de aansluiting van de verzekerde, tenzij het anders bepaald is in de bijzondere voorwaarden of een bijvoegsel.

2. Beroepsgebonden hospitalisatieverzekeringen van private verzekeraars

Voor een collectieve hospitalisatieverzekering via je werk of het werk van je partner is vaak geen medische vragenlijst vereist. Dat is bijvoorbeeld het geval in bedrijven of organisaties met een groot aantal werknemers. Tenzij het verzekeringscontract het anders bepaalt, is in deze situatie ook je voorafbestaande aandoening gedekt.

LEGENDE VERGELIJKING

-CM: CHRISTELIJKE MUTUALITEITEN

-SOCMUT: SOCIALISTISCHE MUTUALITEITEN

-LIBMUT: LIBERALE MUTUALITEITEN

-MLOZ (LANDSBOND VAN DE ONAFHANKELIJKE ZIEKENFONDSEN): PARTENA OZV, SECUREX, OZ, FREIE KRANKENKASSE, PARTENAMUT, OMNIMUT

-VNZ (VLAAMSE NEUTRALE ZIEKENFONDSEN): VLAAMS & NEUTRAAL ZIEKENFONDS EN NEUTRAAL ZIEKENFONDS VLAANDEREN

2. Dekking voorafbestaande aandoening of ziekte bij hospitalisatie

2.1. Op welke manier vergoedt de hospitalisatieverzekering een hospitalisatie ten gevolge van een voorafbestaande aandoening of ziekte?

CM: Hospitaalplan	<ul style="list-style-type: none"> • Integrale vergoeding volgens de basiswaarborg bij keuze voor een gemeenschappelijke kamer of tweepersoonskamer • Bij keuze voor een eenpersoonskamer worden de aangerekende kamer- en ereloon-supplementen tijdens de eerste 5 jaren na aansluiting uitgesloten.
SocMut: KliniPlan & KliniPlanPlus¹	
LibMut: Hospitaal-Plus 100 & Hospitaal-Plus 200	
SocMut: Hospimut & Hospimut Plus²	<ul style="list-style-type: none"> • Integrale vergoeding volgens de basiswaarborg bij keuze voor een gemeenschappelijke kamer of tweepersoonskamer • Bij keuze voor een eenpersoonskamer worden de

¹ KliniPlan en KliniPlanPlus worden aangeboden door de Bond Moyson Oost-Vlaanderen, Bond Moyson West-Vlaanderen, De Voorzorg Antwerpen, De Voorzorg Limburg

² Deze verzekeringen worden aangeboden door de Federatie van Socialistische Mutualiteiten van Brabant

	aangerekende kamer- en ereloonsupplementen tijdens de eerste 3 jaren na aansluiting uitgesloten
MLOZ: Hospitalia & Hospitalia Plus	<ul style="list-style-type: none"> • Integrale vergoeding volgens de basiswaarborg bij keuze voor een gemeenschappelijke kamer of tweepersoonskamer • Bij keuze voor een eenpersoonskamer worden de aangerekende kamer- en ereloonsupplementen ofwel de eerste 5 jaren na aansluiting ofwel altijd uitgesloten. De verzekerde kan na afloop van 5 jaar vragen om zijn toestand opnieuw te bekijken op basis van een nieuw medisch verslag.
VNZ: HospiPlan, AmbuPlan, HospiPlus, AmbuPlus	<ul style="list-style-type: none"> • Integrale vergoeding volgens de basiswaarborg bij keuze voor een gemeenschappelijke kamer of tweepersoonskamer • Bij keuze voor een eenpersoonskamer worden de aangerekende ereloon- en kamersupplementen ofwel de eerste 3 jaren na aansluiting ofwel altijd uitgesloten. De beslissing over deze duur (drie jaar of altijd) wordt genomen door de raadgevend geneesheer. De verzekerde kan na afloop van 5 jaar vragen om zijn toestand opnieuw te bekijken op basis van een nieuw medisch verslag.

2.1. Na welke wachttijd kan iemand die zich aansluit tot een hospitalisatieverzekering genieten van de bovenstaande vergoeding?

CM: Hospitaalplan	algemene wachttijd van 3 maanden
SocMut: KliniPlan & KliniPlanPlus	algemene wachttijd van 3 maanden
LibMut: Hospitaal-Plus 100 & Hospitaal-Plus 200	algemene wachttijd van 3 maanden
SocMut: Hospimut & Hospimut Plus	algemene wachttijd van 6 maanden
MLOZ: Hospitalia & Hospitalia Plus	algemene wachttijd van 6 maanden
VNZ: HospiPlan, AmbuPlan, HospiPlus, AmbuPlus	algemene wachttijd van 3 maanden

Opgeliet: Een wachttijd kan wegvallen of in vermindering worden gebracht als je voorheen ononderbroken aangesloten was bij een andere hospitalisatieverzekering. Voor pasgeborenen of bij adoptie geldt de wachttijd onder bepaalde voorwaarden niet. Informeer je hierover bij je mutualiteit!

Tip: Ga na of je hospitalisatieverzekering ook de medische kosten vóór en na een gewaarborgde ziekenhuisopname dekt. Heeft je hospitalisatieverzekering met andere woorden een **waarborg pre- en posthospitalisatie**? In deze waarborgen worden bijvoorbeeld de kosten van doktersbezoeken, geneesmiddelen, kinesitherapie, gipsmateriaal en stomamateriaal, die vóór of na de ziekenhuisopname nodig zijn, vergoed.

3. De waarborg ambulante kosten voor ernstige ziekten in geval van een voorafbestaande aandoening

De meeste hospitalisatieverzekeringen bieden een waarborg ambulante kosten voor ernstige ziekten aan. Dit houdt in dat ze voor een aantal ziekten de kosten vergoeden voor doktersbezoeken, behandelingen zoals geneesmiddelen en kinesithérapie, medisch materiaal,... die buiten een ziekenhuisopname worden gemaakt.

Tabel 3.1. geeft aan welke ernstige ziekten zijn opgenomen in de waarborgen ambulante kosten en tabel 3.2. geeft weer of voorafbestaande aandoeningen door de waarborg ambulante kosten al dan niet gedekt worden.

3.1. Welke ernstige ziekten kunnen rekenen op de waarborg ambulante kosten en tot welk grensbedrag worden deze ambulante kosten vergoed?

Mutualiteit en verzekeringsformule	Ziekten die kunnen rekenen op de waarborg ambulante kosten voor ernstige ziekten	Grensbedrag
CM: Hospitaalplan	Kwaadaardig tumoren (bv. kanker), hersentumoren, kwaadaardige bloedziekten (bv. leukemie, Hodgkin), neuromusculaire aandoeningen zoals omschreven in de revalidatieovereenkomst met de referentiecentra (o.a. MS en ALS), Parkinson, meningitis, encefalitis poliomyelitis, tuberculose, aids, brucellose, cholera, levercirrose t.g.v. hepatitis, pokken, tetanus, tyfus, buiktyfus, difterie, miltvuur, sarcoïdose, diabetes type I, nieraandoeningen met noodzaak tot nierdialyse, mucoviscidose en systeemsclerodermie met orgaanaantasting, ziekte van Crohn en Colitis Ulcerosa	7000 euro per kalenderjaar/per aangeslotene.
SocMut: KliniPlan & KliniPlanPlus	Kanker, leukemie, tuberculose, Hodgkin, Kahler, ALS, cerebrospinale meningitis, encefalitis, MS, poliomyelitis, Parkinson, aids, brucellose, buiktyfus, cholera, difterie, hepatitis, mazelen, miltvuur, pokken, rodehond, roodvonk, tetanus, tyfus, tyfus- of partyfuskoorts, diabetes, nieraandoeningen met noodzaak tot nierdialyse, sarcoïdose, mucoviscidose, ziekte van Crohn	6471,88 euro per verzekeringsjaar/per aangeslotene
LibMut: Hospitaal-Plus 100 & Hospitaal-Plus 200	Kanker, leukemie, tuberculose, MS, Parkinson, difteritis, kinderverlamming, meningitis-cerebrosinialis, pokken, tyfus, encefalitis, miltvuur, tetanus, cholera, Hodgkin, aids, virushepatitis, roodvonk, diabetes, nieraandoeningen waarvoor dialyse noodzakelijk is, Crohn, colitis ulcerosa en mucoviscidose	<u>Hospitaal-Plus 100:</u> 5000 euro per kalenderjaar/per aangeslotene. <u>Hospitaal-Plus 200:</u> 7000 euro per kalenderjaar/per aangeslotene.
MLOZ: Hospitalia Plus	Kanker, leukemie, Parkinson, Hodgkin, Alzheimer, aids, TBC, MS, ALS, cerebrospinale meningitis, poliomyelitis, progressieve spierdyostrofie, encephalitis, tetanus, mucoviscidose, Crohn, brucellose, levercirrose t.g.v. hepatitis, sclerodermie met aantasting van organen, diabetes type I, rectocolitis ulcerosa, ziekte van Pompe, malaria, typhus exanthematicus, typhoïde en paratyphoïde aandoeningen, difterie, cholera, miltvuur	7000 euro per jaar/per aangeslotene
VNZ: AmbuPlan,	Alle kwaadaardige woekeringen (bv. carcinoom, leukemie,	<u>AmbuPlan:</u>

AmbuPlus	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. MS, ALS, Parkinson, lidmaatverlammingen, spierdystrofie, sclerodermie, sarcoïdose, hersenontstekingen); nierinsufficiëntie die dialyse vergt; vaatziekten die tot lidmaatamputatie leiden; transplantatie van grote organen; ziekte van Crohn, colitis ulcerosa, chronische handicaperende aandoeningen (bv. insuline-afhankelijke diabetes); aids; mucoviscidose; hemofilie en niet-alcoholische cirrose.	5000 euro per kalenderjaar/per aangeslotene <u>AmbuPlus</u> : Onbeperkte tussenkomst
-----------------	---	--

Opgelet: De Federatie van Socialistische Mutualiteiten van Brabant bieden in hun hospitalisatieverzekeringen **geen waarborg ambulante kosten voor ernstige ziekten** aan. In bepaalde formules van de hospitalisatieverzekeringen van de Vlaamse Neutrale Ziekenfondsen en de Onafhankelijke Mutualiteiten zit geen waarborg ambulante kosten voor ernstige ziekten vevat.

3.2. Beleid voorafbestaande aandoeningen

Het verschilt van mutualiteit tot mutualiteit of de verzekerde ooit recht heeft op de voorgaande waarborg indien de ernstige ziekte al bestond vóór de aansluiting tot de hospitalisatieverzekering. Hierbij kan er een onderscheid gemaakt worden tussen enerzijds de CM, de SocMut, LibMut en anderzijds MLOZ, VNZ.

Mutualiteit en verzekeringsformule	Dekking voorafbestaande aandoeningen of ziekten	Taksvrijstelling
CM: Hospitaalplan	Voorafbestaande aandoeningen of ziekten komen na de algemene wachttijd van 3 maanden in aanmerking voor de waarborg ambulante kosten voor ernstige ziekten.	Ja
SocMut: KliniPlan & KliniPlanPlus		
LibMut: Hospitaal-Plus 100 & Hospitaal-Plus 200		
MLOZ: Hospitalia Plus	Voorafbestaande aandoeningen of ziekten worden uitgesloten voor de waarborg ambulante kosten voor ernstige ziekten. (Afwijkingen op deze uitsluiting kunnen mogelijk zijn).	Geen taksverlaging op de premie van de extra module met waarborg ambulante kosten voor ernstige ziekten
VNZ: AmbuPlan, AmbuPlus		

Belangrijk om te weten: De wijzigingen in de nieuwe hospitalisatieverzekeringen van de mutualiteiten brengen met zich mee dat vroegere beperkingen (bv. forfaitaire vergoedingen voor hospitalisaties of wachtperiodes voor de waarborg ambulante kosten voor ernstige ziekten) in bepaalde polissen wegvallen. Personen met een voorafbestaande aandoening of ziekte, die reeds vóór de nieuwe wetgeving, meer bepaald vóór 1 januari 2012, aangesloten waren bij de hospitalisatieverzekering van hun mutualiteit, vragen hierover best informatie aan hun mutualiteit. Indien je door de wijzigingen in je hospitalisatieverzekering nu kan rekenen op de waarborg ambulante kosten van ernstige ziekten, dan moet je deze waarborg zelf aanvragen.

4. Beperkte dekking van ziekenhuisdiensten voor geriatrie en revalidatie

Voor bepaalde ziekenhuisdiensten in een algemeen ziekenhuis wordt de tegemoetkoming via de hospitalisatieverzekering beperkt. Het betreft hier specifiek ziekenhuisdiensten die met **geriatrie** en **revalidatie** te maken hebben.

Heb je een voorafbestaande aandoening of ziekte en wil je een hospitalisatieverzekering afsluiten? Ga dan na of deze ziekenhuisdiensten belangrijk zijn voor de behandeling van je aandoening of ziekte.

CM: hospitaalplan	SocMut: Kliniplan & KliniPlanPlus	SocMut: Hospimut
Alle ziekenhuisdiensten in een algemeen ziekenhuis worden vergoed, geen beperkingen.	Tegemoetkoming beperkt tot 40 dagen per verzekeringsjaar: ziekenhuisdiensten geriatrie en revalidatie, cardio-pulmonaire aandoeningen, locomotorische aandoeningen, neurologische aandoeningen ³ , chronische polypathologieën met verlengde medische zorgen	Voor een ziekenhuisopname in de ziekenhuisdiensten geriatrie en revalidatie, cardio-pulmonaire aandoeningen, locomotorische aandoeningen, neurologische aandoeningen, chronische polypathologieën met verlengde medische zorgen worden de kamer- en honorariumsupplementen niet vergoed
SocMut : Hospimut Plus	MLOZ: Hospitalia	MLOZ: Hospitalia Plus
Ziekenhuisdiensten geriatrie, revalidatie, cardio-pulmonaire aandoeningen, locomotorische aandoeningen, neurologische aandoeningen, chronische polypathologieën met verlengde medische zorgen: geen beperking voor de kosten van een opname.	Tegemoetkoming voor volgende diensten geldt ten hoogste 50 dagen per ziekenhuisopname, zelfs bij overgang van de ene dienst naar de andere: geriatrie en revalidatie, cardio-pulmonaire aandoeningen, locomotorische aandoeningen, neurologische aandoeningen, chronische aandoeningen met palliatieve zorgen, chronische polypathologieën met verlengende medische zorgen, psychogeriatrische aandoeningen. Bij een nieuwe ziekenhuisopname is er slechts een tegemoetkoming voor zover er een periode van minimum zes dagen verstreken is	Er gelden geen beperkingen bij Hospitalia Plus voor de opgesomde ziekenhuisdiensten.
VNZ: HospiPlan, AmbuPlan	VNZ: HospiPlus, AmbuPlus	LibMut: Hospitaal-Plus 100 & Hospitaal-Plus 200
Tussenkost beperkt tot 1000 euro per kalenderjaar voor diensten voor cardio-pulmonaire aandoeningen, locomotorische aandoeningen, neurologische aandoeningen, dienst chronische aandoeningen, chronische aandoeningen met palliatieve	Tussenkost beperkt tot 2000 euro per kalenderjaar voor diensten voor cardio-pulmonaire aandoeningen, locomotorische aandoeningen, neurologische aandoeningen, dienst chronische aandoeningen, chronische aandoeningen met palliatieve zorgen, chronische polypathologieën, met verlengende	Tussenkost beperkt tot maximum 800 euro per kalenderjaar: dienst geriatrie en revalidatie, cardio-pulmonaire aandoeningen, locomotorische aandoeningen, neurologische aandoeningen, dienst chronische aandoening, psychogeriatrische aandoening, chronische polypathologieën met verlengende

³ Ter verduidelijking: het betreft hier voor de volledige tabel de SP-dienst voor neurologische aandoeningen (=revalidatie) en niet de gewone ziekenhuisdienst neurologie.

zorgen, chronische polypathologieën met verlengende medische zorgen, psychogeriatrische aandoeningen.	medische zorgen, psychogeriatrische aandoeningen.	medische zorgen.
---	---	------------------

Opgelet: Moet je revalideren in een revalidatiecentrum? Ga dan op voorhand bij je verzekeraar na of je hospitalisatieverzekering de kosten in het revalidatiecentrum dekt. Een verblijf in een revalidatiecentrum wordt vaak uitgesloten door hospitalisatieverzekeringen maar soms kunnen bepaalde kosten toch gedekt zijn: bijvoorbeeld via de waarborg posthospitalisatie of indien een afdeling van het revalidatiecentrum onder een algemeen ziekenhuis valt. De regelgeving voor revalidatiecentra is zeer complex en verschilt per revalidatiecentrum. Informeer je dus goed om onaangename verrassingen te vermijden.

5. Beperkte dekking voor een opname in een psychiatrische dienst

Alle hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten beperken de dekking van de kosten van geestes- en zenuwziekten. Iedere mutualiteit hanteert hierbij eigen voorwaarden. Als je voorafbestaande ziekte onder de noemer van geestes- en zenuwaandoeningen valt, dan kan je deze voorwaarden best vergelijken bij het kiezen van een hospitalisatieverzekering.

De onderstaande tabel geeft weer voor welke hospitalisaties de kosten van geestes- en zenuwziekten worden terugbetaald en de manier waarop die terugbetaling beperkt wordt.

Opgelet: Het verschilt van mutualiteit tot mutualiteit of een opname binnen een psychiatrisch ziekenhuis gewaarborgd wordt. Sommige mutualiteiten komen (steeds of in bepaalde gevallen) enkel tussen voor opnames in een psychiatrische dienst binnen algemene ziekenhuizen. Informeer je hierover!

CM: hospitaalplan	SocMut: Kliniplan en KliniPlanPlus	SocMut: Hospimut
Hospitalisaties in een psychiatrisch ziekenhuis voor de dienst voor psychiatrie, neuropsychiatrie of kinderneuropsychiatrie. De tegemoetkoming is beperkt tot maximum 1000 euro per aangeslotene en per kalenderjaar	Hospitalisaties in een ziekenhuisdienst voor neuropsychiatrie, kinderneuropsychiatrie, psychiatrie of psycho-geriatrie. De tegemoetkoming wordt beperkt tot een, al dan niet aaneengesloten, periode van 730 dagen.	Geen vergoeding voor psychiatrische en neuropsychiatrische diensten
SocMut: Hospimut Plus	MLOZ: Hospitalia	MLOZ: Hospitalia plus
Hospitalisaties in een ziekenhuisdienst voor neuropsychiatrie, kinderneuropsychiatrie of psychiatrie. De tussenkomst is beperkt tot 30 dagen per jaar.	Hospitalisaties in een ziekenhuisdienst neuropsychiatrie, kinderneuropsychiatrie of psychiatrie. De tussenkomst is beperkt tot tien dagen per jaar.	Hospitalisaties in een ziekenhuisdienst voor neuropsychiatrie, kinderneuropsychiatrie of psychiatrie. De tussenkomst is beperkt tot 40 dagen per jaar.

V&NZ: HospiPlan	V&NZ: HospiPlus	LibMut: Hospitaal-Plus 100 & Hospitaal-Plus 200
Hospitalisaties in een ziekenhuisdienst neuropsychiatrie, kinderneuropsychiatrie of psychiatrie. De tegemoetkoming is beperkt tot 1000 euro per jaar.	Hospitalisaties in een ziekenhuisdienst voor neuropsychiatrie, kinderneuropsychiatrie of psychiatrie. De tegemoetkoming is beperkt tot 2000 euro per jaar.	Hospitalisaties in een ziekenhuisdienst voor neuropsychiatrie of kinderneuropsychiatrie De tegemoetkoming is beperkt tot 800 euro per aangeslotene en per kalenderjaar

6. Bronnen

MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen

- CM-verzekeringen. Algemene voorwaarden. 2015
- <http://www.cm.be/verzekeringen/>

VMOB Brabant

- Hospimut. Algemene voorwaarden. Versie 1/2015-01.01
- Hospimut Plus. Algemene voorwaarden. Versie 1/2015-01.01
- <https://www.fsmb.be/hospimut-onze-hospitalisatieverzekeringen>

VMOB SOHO

- KliniPlan, Algemene voorwaarden, Versie 006 – editie 01/2015
- KliniPlanPlus, Algemene voorwaarden, Versie 006 – editie 01/2015
- <http://www.socmut.be>

VMOB Ziekenfonds voor Hospitalisatiekosten

- Hospitalia. Algemene Voorwaarden op 1 januari 2015
- <http://www.hospitalia.be>

VMOB HospiPlus

- HospiPlan&AmbuPlan – HospiPlus&AmbuPlus. Algemene voorwaarden op 1 januari 2015
- <http://www.hospiplus.be/>

Landsbond van Liberale Mutualiteiten

- Polisvoorwaarden voor Hospitaal-Plus 100, Hospitaal-Plus 200 en Hospitaal-Plus Franchise, 1 januari 2015

Het VPP dankt alle mutualiteiten om de inhoud van de vergelijking te verifiëren!