

Avenant au 1^{er} janvier 2018 aux Conditions générales Hospitalia Plus au 01/01/2017

Conditions générales Hospitalia Plus de la société mutualiste MLOZ Insurance
votées par le Conseil d'Administration du 28 septembre 2017 et l'Assemblée Générale Extraordinaire du 27 octobre 2017



MLOZ Insurance est la société mutualiste d'assurances des Mutualités Libres (OZ - Omnimut - Partenamut - Freie Krankenkasse - Partena Ziekenfonds). Agréée sous le code OCM 750/01 pour les branches 2 et 18, auprès de l'Office de Contrôle des Mutualités et des unions nationales de mutualités - Av. de l'Astronomie 1, 1210 Bruxelles. Siège social : **route de Lennik 788A, 1070 Bruxelles** - Belgique (RPM Bruxelles) - www.mloz.be - N° d'entreprise : 422.189.629 - 07/11/2017



Changement de dénomination

L'ancien article :

1. DEFINITIONS

Assureur : la SOCIETE MUTUALISTE D'ASSURANCES
« **Mutuelle Entraide Hospitalisation** », couramment dénommée HOSPITALIA,

Est remplacé par :

1. DEFINITIONS

Assureur : la SOCIETE MUTUALISTE D'ASSURANCES
« **MLOZ Insurance** », couramment dénommée HOSPITALIA,

Préavis en cas de changement de couverture hospitalière

Ajout (en gras) à l'article :

3.2. Fin du contrat d'assurance

Le contrat d'assurance est conclu à vie. Il prend néanmoins fin en cas de :

- résiliation par le preneur d'assurance, conformément aux modalités prévues par la loi du 4 avril 2014, moyennant un préavis d'un mois minimum commençant à courir le 1^{er} jour du mois qui suit l'envoi de la lettre recommandée, la remise de l'exploit d'huissier ou de la lettre de résiliation contre récépissé, adressée soit directement à la SMA, soit via une des sections visées ci-dessus. **Ce préavis d'un mois n'est pas exigé en cas d'un changement de couverture hospitalière au sein d'Hospitalia;**

Améliorations de couverture

Ajouts (en gras) aux articles ci-après :

4.2. Exclusions de la garantie

Pour toutes les couvertures et types de chambres

Ne sont pas couverts, les frais d'hospitalisation et de soins afférents à une maladie ou un accident :

- résultant de faits de guerre, **à l'exclusion du terrorisme** ;
- ...
- résultant de réactions nucléaires, **à l'exclusion du terrorisme**.

11. REMBOURSEMENTS CUMULES D'HOSPITALIA ET HOSPITALIA PLUS

11.1. Interventions pour les hospitalisations en Belgique

2. En cas d'hospitalisation en chambre particulière, remboursement :
2.3 des frais de séjour du donneur d'organe volontaire, si le don est médicalement nécessaire, durant l'hospitalisation du receveur ;
2.15. Une franchise de 150 euros par hospitalisation est appliquée en cas de séjour d'au moins une nuit en chambre particulière dans un hôpital réclamant plus de 200 % de suppléments d'honoraires par rapport au Tarif de la Convention. Le montant de cette franchise de 150 euros est déduit du total des remboursements.

Aucune franchise ne sera appliquée pour les hôpitaux s'engageant, dans le cadre de leur déclaration annuelle, à ne pas appliquer, pour toute l'année civile qui suit ladite déclaration, plus de 200 % de suppléments d'honoraires.

La liste des hôpitaux concernés par l'application de la franchise est établie avec application au 1^{er} janvier.

La nouvelle liste sera applicable à tous les cas d'assurance dont le début du séjour coïncide ou est postérieur à la date d'entrée en vigueur de la nouvelle liste.

La liste 2018 des hôpitaux réclamant plus de 200 % est la suivante :

- C.H. EPICURA (RHMS) - Ath, Hornu, Baudour
- C.H.U. DE TIVOLI - La Louvière
- C.H.U. - J. BORDET - Bruxelles
- C.H.U. AMBROISE PARE - Mons
- C.M.P. LA RAMEE - Bruxelles
- CHIREC (Edith Cavell, Basilique, Parc Léopold, Ste-Anne/St-Remi, Braine l'Alleud-Waterloo et Delta) - Bruxelles et Braine l'Alleud
- CLINIQUE NOTRE DAME DE GRACE - Charleroi (Gosselies)
- CLINIQUE SAINT JEAN - Bruxelles
- CLINIQUES DE L' EUROPE - Bruxelles
- CLINIQUES UNIVERSITAIRES ST-LUC - Bruxelles
- HOPITAL BRUGMANN - Bruxelles
- HOPITAUX D'IRIS SUD (Baron Lambert, Etterbeek-Ixelles, Bracops et Molière) - Bruxelles
- CENTRE DE SANTE DES FAGNES - Chimay
- C.H.C / CLINIQUE SAINT-VINCENT - Liège (Rocourt)
- C.H.C / CLINIQUE SAINT-JOSEPH - Liège
- C.H.C / CLINIQUE DE L'ESPERANCE - Montegnée
- C.H.C / CLINIQUE NOTRE-DAME - Hermalle/Argenteau
- C.H.C / CLINIQUE NOTRE-DAME - Waremme
- C.H.C / CLINIQUE SAINTE-ELISABETH - Verviers (Heusy)

Cette liste est consultable via www.hopitauxfranchise.be

5. En cas d'hospitalisation ou d'hospitalisation de jour, intervention dans les frais réellement supportés pour le **transport urgent** (service 100/112) vers l'hôpital à concurrence de maximum **250-€ 500 €** par année civile, après toute autre intervention.

11.3. Accouchement à domicile en Belgique

Intervention à concurrence d'un forfait unique pour couvrir tous les frais y relatifs, y compris les soins donnés avant et après l'accouchement (30 jours après) à raison de **500-€ 700 €**.

11.4. Interventions pour les hospitalisations à l'étranger

L'intervention destinée à couvrir les frais réellement supportés s'élève à max. 360 € par jour et ce, en complément de l'intervention de l'assurance obligatoire selon le tarif belge ou du pays où l'hospitalisation s'est déroulée.

La durée de l'intervention est limitée au nombre de jours par hospitalisation ou par année civile dans certains services, comme pour une hospitalisation en Belgique. **Les étudiants qui, dans le cadre de leurs études, séjournent à l'étranger, sont également couverts.**

L'hospitalisation de jour (one-day clinic) n'est pas couverte à l'étranger. Pour les maladies ou affections ou états préexistants, l'intervention est limitée en cas de séjour en chambre particulière uniquement : exclusion des suppléments de chambre et des suppléments d'honoraires portés en compte.

11.5. Garantie maladies graves

11.5.1. Interventions

Intervention dans les soins de santé dispensés en dehors d'une hospitalisation pour les 31 maladies graves suivantes : *cancer, leucémie, maladie de Parkinson, maladie de Hodgkin, maladie d'Alzheimer, sida, tuberculose, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, méningite cérébrospinale, poliomyélite, dystrophies musculaires progressives, encéphalite, tétanos, mucoviscidose, maladie de Crohn, brucellose, cirrhose du foie suite à une hépatite, sclérodermie avec atteinte aux organes, diabète type I, rectocolite ulcéro-hémorragique, maladie de Pompe, malaria, thyphus exanthématique, affections typhoïdes et paratyphoïdes, diphtérie, choléra, maladie de charbon, creutzfeld-jacobs, insuffisance rénale qui nécessite une dialyse, transplantation d'un organe sauf greffes de peau et de la cornée* après accord du Conseiller Médical et à concurrence d'un plafond maximum de 7 000 € par an.

11.6. Interventions préhospitalières

Par soins préhospitaliers, il convient d'entendre les consultations et visites des médecins généralistes et spécialistes, **les honoraires pour la prise en charge urgente dans une fonction reconnue des soins urgents spécialisés**, les actes techniques médicaux, l'imagerie médicale, la radio et radiumthérapie, la médecine nucléaire, la médecine interne, la dermato-vénérologie, la biologie clinique, les suppléments d'urgence, l'anatomopathologie, les accoucheuses, la kinésithérapie, les soins infirmiers ayant les codes suivants : 421072 - 421094 - 423054 - 423076 - 423091 - 423113 - 423253 - 423275 - 423290 - 423312 - 424491 - 424513 - 424535 - 425014 - 425036 - 425051 - 425176 - 425191 - 425213 - 425375 - 425412 - 425434 - 425456 - 425596 - 425611 - 425773 - 427416 - 427431 - 427475 - 427534, les radio-isotopes, effectués en ambulatoire pendant la période de 30 jours précédant l'hospitalisation. Si la période de 30 jours précédant l'hospitalisation prise en charge coïncide avec une période de soins posthospitaliers, l'assuré a droit au remboursement le plus avantageux.

Quelques précisions

11.7. Interventions posthospitalières

11.7.1. Soins posthospitaliers

Concernant les séances de kinésithérapie, de physiothérapie et de rééducation cardiaque, celles-ci sont limitées à 45 **pour l'ensemble de ces 3 types de prestations** et doivent avoir été effectuées dans les 180 jours qui suivent la période d'hospitalisation.

13.3. Prestations non couvertes par Hospitalia

La SMA n'intervient pas :

- pour les produits de toilette, les produits cosmétiques, les produits alimentaires, les vins, les eaux minérales, les dépenses de confort (téléphone, télévision, fleurs, **frigo**,...) sauf dans le cadre des hospitalisations en chambre commune et à deux lits en Belgique.

Précision

Ajout (en gras) à l'article :

9. SEGMENTATION ASSURANCES HOSPITALIÈRES

Lors de l'affiliation à un contrat d'assurance, les compagnies d'assurances appliquent des critères de segmentation qui influencent tant l'accès au produit d'assurance que la détermination des cotisations et la portée de la garantie.

Vous trouverez, ci-dessous, un aperçu des différents critères que la SMA MLOZ Insurance utilise dans le cadre de ses assurances hospitalisation. Ces critères dépendent du type de produit.

Les critères suivants pourraient être pris en considération :

Lors de la prise de cours du contrat :

- L'âge de l'assuré, car sur base des données statistiques les probabilités de maladie et hospitalisation augmentent avec l'âge. L'âge de l'assuré est susceptible d'avoir un impact sur la survenance des sinistres et/ou sur le montant des débours. Il est dès lors pris en compte dans l'établissement du montant de la cotisation. **A cet égard, il peut y avoir une limitation en fonction du produit choisi : l'âge limite pour Hospitalia Plus est 65 ans. Il n'y en a pas pour Hospitalia.**
- Selon le produit choisi, l'affiliation après un certain âge peut entraîner le paiement d'une surprime, car l'âge de l'assuré peut avoir un impact sur la survenance des sinistres et/ou sur le montant des débours.
- L'état de santé, et plus particulièrement la présence d'une affection/état/maladie préexistant car le risque d'hospitalisation/soins ambulatoires peut se voir augmenté.
- L'état de santé de l'assuré au moment de l'affiliation peut avoir un impact sur la fréquence des sinistres et le montant des frais médicaux. Il peut également justifier que certains frais médicaux liés à un état/affection/maladie préexistant ne soient pas couverts.

Notre SMA n'opère pas de distinction au niveau de l'acceptation, de la tarification et/ou de l'étendue de la couverture en fonction de la nature de l'assurance (mutualiste ou commerciale) par laquelle le candidat preneur d'assurance était couvert avant son affiliation à notre SMA, sauf pour l'application de l'état préexistant (grossesse).

Lorsque l'affilié bénéficiait au préalable d'une assurance similaire de nature commerciale, cette affilié a droit, pendant les 9 premiers mois d'affiliation à Hospitalia, aux remboursements en cas d'accouchement avec une seule limitation : en cas de séjour en chambre à 1 lit, les suppléments de chambre et d'honoraires ne seront pas remboursés.

Pour les assurées couvertes précédemment par une assurance hospitalisation de nature mutualiste, cette limitation ne sera appliquée que si l'accouchement se produit dans la période des 9 premiers mois, cumulant la période d'assurance auprès de la précédente assurance et d'Hospitalia, sans interruption.

Durant le contrat :

L'âge de l'assuré car sur base des données statistiques les probabilités de maladie et hospitalisation augmentent avec l'âge. Ce critère est susceptible d'avoir un impact sur la survenance des sinistres et/ou sur le montant des débours. Il est dès lors pris en compte dans l'établissement du montant de la cotisation.

18. PLAINTES

Pour ce qui n'est pas stipulé au contrat d'assurance, les dispositions légales belges sont applicables.

Toute plainte relative au contrat d'assurance peut être adressée :

- soit à la section dont dépend le preneur
- soit par e-mail à complaints@mloz.be
- Téléphone MLOZ : 02 778 92 11

Montants mensuels en € au 01/01/2018, toutes taxes comprises, en fonction de l'âge

HOSPITALIA PLUS

Affiliés au produit Hospitalia et Hospitalia Plus (taxes de 10 % et 19,25 % incluses) Une affiliation à Hospitalia Plus n'est possible qu'en complément de Hospitalia			
Avant le 01/01/1994 ou affiliés, après cette date, avant l'âge de 46 ans*		Après le 01/01/1994, entre 46 et 49 ans*	
moins de 18 ans	5,94	de 46 à 49 ans	20,41
de 18 à 24 ans	7,48	de 50 à 59 ans	25,07
de 25 à 49 ans	19,44	60 ans et plus	44,89
de 50 à 59 ans	23,87		
60 ans et plus	42,77		

Après le 01/01/1994, entre 50 et 54 ans*		Après le 01/01/1994, entre 55 et 59 ans*	
49 ans**	21,39	de 55 à 59 ans	35,81
de 50 à 59 ans	26,25	60 ans et plus	64,15
60 ans et plus	47,02		

Après le 01/01/1994, à l'âge de 60 ans et plus*	
59 ans **	40,58
60 à 65 ans	72,70

* À la date de début de l'affiliation

** Âge au 1^{er} janvier de l'année d'affiliation

Les autres articles restent inchangés.

Les conditions générales d'Hospitalia Plus au 01/01/2018 peuvent être consultées via ce lien :

www.omnimut.be/ConditionsGenerales/CGHospitaliaPlus2018V1.pdf

Une copie papier peut également être obtenue sur simple demande par téléphone, mail ou dans une agence Omnimut.