

Conditions générales Hospitalia Ambulatoire au 1^{er} janvier 2018

Conditions générales de la SMA 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 - 06/11/2017



1. DEFINITIONS

1.1. Assureur : la SOCIÉTÉ MUTUALISTE D'ASSURANCES « MLOZ Insurance », couramment dénommée HOSPITALIA, entreprise d'assurances agréée par l'Office de contrôle des mutualités et des Unions nationales de mutualités, Avenue de l'Astronomie, 1 - 1210 Bruxelles par décision du 24 juin 2013 pour offrir des assurances maladie au sens de la branche 2 de l'annexe 1 de l'arrêté royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances, ainsi que pour couvrir, à titre complémentaire, des risques qui appartiennent à l'assistance telle que visée dans la branche 18 de l'annexe 1 de l'arrêté royal précité, sous le numéro de code OCM 750/01.

1.2. Preneur d'assurance : la personne qui souscrit l'assurance pour son propre compte et/ou au bénéfice des assurés, et qui est tenue au paiement de la cotisation.

1.3. Sections : les sections de la SMA sont les intermédiaires qui offrent les produits d'assurance :

- 501 : OZ (www.oz.be)

- 506 : Omnimut (www.omnimut.be)

- 509 : Partenamut (www.partenamut.be)

- 526 : Partena OZV (www.partena-ziekenfonds.be),

toutes affiliées à l'Union Nationale des Mutualités Libres.

1.4. Prestations de soins : prestations contenues dans la Nomenclature (A.R. du 14/09/1984 et modifications ultérieures).

1.5. Produits pharmaceutiques : toute spécialité pharmaceutique enregistrée auprès du Ministère de la Santé publique en vertu de l'article 6 de la loi du 25 mars 1964 et de l'A.R. du 3 juillet 1969, modifié par les arrêtés ultérieurs.

1.6. Implants et dispositifs médicaux : tout ce qui est reconnu réglementairement.

1.7. Accident : un événement soudain et indépendant de la volonté de la personne assurée causant une lésion corporelle dont la cause ou l'une des causes se situe en dehors de l'organisme. Cet accident doit avoir entraîné des lésions traumatiques dont le traitement est de nature telle qu'il est couvert par les présentes dispositions.

1.8. Quittance : le document utilisé par la mutualité en dehors du cadre du tiers payant.

1.9. Soins ambulatoires : les soins prodigués en dehors d'une hospitalisation et en dehors d'une hospitalisation de jour.

1.10. Stage : la période pendant laquelle l'assureur n'est pas redevable de prestations et prenant cours à la date de début dudit contrat.

1.11. Questionnaire médical : le document visant à éclairer le Conseiller médical de la SMA sur l'état de santé passé et actuel de l'assuré et ayant pour conséquence de limiter éventuellement l'intervention, en cas de maladie ou d'affection ou d'état préexistants.

1.12. Affection, maladie ou état préexistant : une affection, une maladie ou un état de santé (comme la grossesse) existant au moment de l'affiliation

à la SMA, ou au moment du transfert entre produits au sein de la SMA, et qui donne lieu à des frais ambulatoires.

2. ADMISSION

Toute personne ne peut s'affilier à la couverture Hospitalia Ambulatoire et le rester que si elle est affiliée en assurance obligatoire et aux services complémentaires à l'une des 4 sections, sauf exceptions statutaires (consultez Partenamut, Omnimut, Partena ou OZ). Elle est tenue obligatoirement d'affilier les personnes à sa charge au sens de la réglementation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sauf lorsque le conjoint ou cohabitant ou les enfants sont déjà couverts par une assurance similaire du type « frais réels ».

La démission ou radiation d'un assuré entraîne implicitement celle de toutes les personnes obligées de s'affilier.

La limite d'âge pour l'affiliation est fixée à 64 ans pour Hospitalia Ambulatoire.

3. CONCLUSION ET FIN DU CONTRAT D'ASSURANCE

3.1. Conclusion du contrat d'assurance

Le contrat d'assurance est formé par la lettre d'acceptation (avec ou sans limitation) et les conditions générales, et par les avenants.

Le contrat d'assurance prend cours le 1^{er} jour du mois suivant celui au cours duquel la SMA a reçu la « Demande de nouvelle affiliation ou de changement de produit » et le « Questionnaire Médical » dûment complétés (le datage interne ou scanning faisant foi), si la première cotisation est reçue par la SMA, pour chaque assuré au plus tard le dernier jour du 3^e mois qui suit la date d'affiliation.

L'affiliation d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté de moins de trois ans, non dispensé de stage, prend cours le premier jour du mois qui suit sa naissance ou son adoption, à condition que la demande d'affiliation et le questionnaire médical soient reçus par la SMA avant la fin du 3^e mois qui suit la naissance ou son adoption, et que la première cotisation soit perçue par la SMA au plus tard le dernier jour du 3^e mois qui suit la date d'affiliation.

Le paiement spontané d'une cotisation sans y avoir été invité ne vaut pas affiliation. En cas de non-respect du délai de 3 mois énoncé ci-avant, cette cotisation sera remboursée et une nouvelle procédure d'affiliation devra être entreprise.

Si, sur base du questionnaire médical, le Conseiller Médical demande une information complémentaire avant de statuer sur la demande d'affiliation, le preneur dispose de 45 jours pour y donner suite.

Si ce délai n'est pas respecté ou vu l'absence d'informations complémentaires reçues, l'affiliation prend cours d'office selon les règles définies ci-avant avec, pour la maladie ou l'affection ou l'état préexistants mentionnés sur le questionnaire médical, une limitation d'intervention.

La décision d'acceptation, avec ou sans limitation de l'intervention, est communiquée par lettre au candidat preneur d'assurance. La lettre détaillera le montant et la date du paiement de la première cotisation, la date d'acceptation de l'affiliation et de prise de cours de l'affiliation, la durée du stage, la durée viagère de l'affiliation et le produit d'assurance offert.

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 ambulatoire au sein de MLOZ Insurance ;
- fraude ou de tentative de fraude ;
- préjudice causé volontairement aux intérêts de la SMA et notamment en cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelles dans ses déclarations lors de son affiliation ou lors de l'introduction des demandes de remboursement, ou pour refus de se conformer aux présentes dispositions ;
- résiliation par l'assureur en cas de non-paiement des cotisations ;
- exclusion des services complémentaires mutualistes ;
- mutation vers une autre mutualité que les Mutualités Libres ;
- décès ;
- nullité.

4. DEBUT, EXCLUSIONS ET FIN DE LA GARANTIE

4.1. Début de la garantie d'assurance

La garantie d'assurance prend cours à la date du début du contrat d'assurance déterminée dans la lettre d'acceptation pour autant que les stages aient pris fin.

4.1.1. Règle générale : stage de 6 mois

Avant de pouvoir bénéficier des interventions de la SMA, un stage de 6 mois débutant à la date d'affiliation est prévu. La SMA n'intervient pas pour des soins ambulatoires ayant débuté pendant le stage.

4.1.2. Règles particulières :

- Dispense de stage pour le nouveau-né ou l'enfant adopté
Si un des parents est affilié à la SMA à une date d'affiliation précédant celle de la naissance ou de l'adoption, le nouveau-né est couvert dès sa naissance et l'enfant adopté de moins de trois ans dès la date de son adoption, sans questionnaire médical, moyennant la remise d'une copie de l'acte de naissance ou d'adoption avant la fin du 3^e mois qui suit sa naissance ou son adoption, et à condition que la première cotisation soit perçue au plus tard le dernier jour du 6^e mois qui suit la date d'affiliation. La première cotisation ne sera redevable qu'à partir du 1^{er} jour du mois qui suit la naissance ou l'adoption. Ceci n'est valable que si le titulaire de l'enfant en assurance obligatoire a terminé son stage.
- Suspension en cas de détention
En cas de détention et à la demande du preneur, les droits et obligations statutaires peuvent être suspendus. Ces droits et obligations reprennent leurs effets à partir du 1^{er} jour du mois qui suit la demande du preneur de mettre fin à cette période de suspension et à condition qu'il en fasse la demande dans les 90 jours qui suivent la fin du motif de la suspension et qu'il s'acquitte de sa cotisation dans les 15 jours de la demande de paiement par la SMA.
- Dérogation au stage en cas d'accident
La SMA intervient pour tout soin ambulatoire étant la résultante d'un accident ayant entraîné des lésions traumatiques dont le traitement est de nature telle qu'il est couvert par les dispositions du présent document à condition que l'accident soit postérieur à la date d'affiliation. Cette intervention est subordonnée à l'avis favorable du Conseiller Médical de la SMA.
- Dérogation au stage pour les assurances ambulatoires similaires
La SMA intervient pour les nouveaux preneurs établissant, sur base de documents probants, qu'ils étaient couverts jusqu'à la date de leur affiliation auprès de la SMA et depuis 6 mois, par une assurance soins ambulatoires similaire.

4.2. Exclusions de la garantie

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

- résultant de faits de guerre, à l'exclusion du terrorisme : toutefois, la garantie reste acquise pendant 14 jours après le début des hostilités si le preneur a été surpris par le déclenchement d'un état de guerre au cours d'un voyage en pays étranger ;
- résultant de la pratique d'un sport rémunéré, y compris l'entraînement ;
- survenant à la suite d'émeutes, de troubles civils, de tous actes de violence collectifs d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou tous pouvoirs concédés, sauf la preuve à apporter par le preneur qu'il ne prenait pas part active et volontaire à ces événements ;
- survenant lorsque le preneur se trouve sous l'influence de stupéfiants, hallucinogènes ou autres drogues ;
- résultant de la participation volontaire à un crime ou à un délit ;
- résultant d'un fait intentionnel de l'assuré, sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens, ou de l'aggravation volontaire du risque par le preneur. Le sinistre intentionnel est celui qui résulte d'un comportement adopté « volontairement et sciemment » par l'assuré et qui a causé un dommage

« raisonnablement prévisible ». Il n'est toutefois pas requis que l'assuré ait eu l'intention de causer le dommage tel qu'il s'est produit ;

- résultant d'ivresse, d'alcoolisme et de toxicomanie ;
- résultant de réactions nucléaires, à l'exclusion du terrorisme.

4.3. Fin de la garantie

La garantie d'assurance prend fin en même temps que la fin du contrat d'assurance.

5. DROIT AUX PRESTATIONS

L'assureur et le preneur collaborent en vue de déterminer le droit aux prestations qui est établi sur base des renseignements fournis. Le preneur autorise l'assureur à solliciter les informations nécessaires et s'engage à collaborer à la bonne exécution des mesures d'information et d'investigation auxquelles l'examen du droit aux prestations donne lieu. L'assureur s'abstient de toute mesure qui, par rapport à l'examen du droit aux prestations, s'avère inadéquate, sans pertinence et excessive.

Les notes de frais doivent être introduites dans les 3 ans suivant la date de réalisation du risque couvert par la garantie. Passé ce délai, il y a prescription.

Les prestations d'assurance sont réglées avec le bénéficiaire du contrat d'assurance.

Si le preneur peut prétendre à la réparation d'un dommage, l'assureur est subrogé aux droits du preneur dans la mesure de ses prestations.

Les conventions conclues par le preneur d'assurance avec des tiers ayant pour objet des droits qui existent en vertu du contrat d'assurance ou qui naissent en exécution du contrat d'assurance ne sont opposables à l'assureur qu'à partir de la date où celui-ci les a approuvées.

6. OBLIGATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE

Le preneur est tenu :

- de faire les déclarations et communications par écrit ou par voie électronique aux sièges de l'assureur ou de ses sections ;
- d'aviser l'assureur, au plus tôt, de la date à laquelle les conditions préalables au maintien du contrat ne sont plus réunies ;
- d'aviser l'assureur au plus tôt de l'existence d'une convention couvrant un risque similaire ou identique, soit totalement, soit partiellement ;
- de fournir à l'assureur ou à ses sections tout renseignement demandé.

Si le preneur enfreint les obligations du contrat d'assurance ou celles nées de l'exécution du contrat, et si à la suite d'un sinistre, ce manquement cause un préjudice, l'assureur peut réduire ses prestations à due concurrence.

7. COTISATIONS

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

Affiliés au produit Hospitalia Ambulatoire (taxes de 9,25 % incluses)			
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	8,10	de 46 à 49 ans	17,91
de 18 à 24 ans	8,33	de 50 à 59 ans	25,78
de 25 à 49 ans	17,07	60 ans et plus	40,53
de 50 à 59 ans	24,56		
60 ans et plus	38,60		

Après le 01/01/1994, entre 50 et 54 ans*		Après le 01/01/1994, entre 55 et 59 ans*	
49 ans**	18,77	de 55 à 59 ans	36,84
de 50 à 59 ans	27,02	60 ans et plus	57,90
60 ans et plus	42,45		

Après le 01/01/1994, à l'âge de 60 ans et plus*	
59 ans**	41,75
60 à 64 ans	65,62

* À la date de début de l'affiliation

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

Une majoration de cotisation respective de 5, 10, 50 et 70 % est calculée sur les taux de base pour les preneurs qui, à la date de l'affiliation à HOSPITALIA AMBULATOIRE sont âgés respectivement de 46 à 49 ans, 50 à 54 ans, 55 à 59 ans et de 60 ans et plus.

8. MODALITES DE REDEVANCE DE LA COTISATION

Le preneur est redevable de la cotisation à sa date d'échéance, suivant la périodicité convenue (trimestre, semestre, année).

La cotisation est quérable et payable anticipativement. Elle est adressée à la dernière adresse connue du preneur d'assurance.

Est considérée comme anticipative, toute cotisation reçue avant le 1^{er} jour du premier mois du trimestre, semestre ou année ou, en cas de domiciliation bancaire dans les 10 premiers jours du mois, du trimestre, du semestre ou de l'année.

Le preneur qui ne s'est pas acquitté de sa cotisation avant le 1^{er} jour du trimestre reçoit une mise en demeure par lettre recommandée le sommant de payer la cotisation dans un délai de 15 jours à compter du lendemain du dépôt de la lettre recommandée à la poste. Cette mise en demeure l'informe de la suspension de la garantie en cas de non-paiement dans le délai précité. Elle constitue le point de départ d'un délai de 45 jours au terme duquel la désaffiliation d'office a lieu. Le preneur qui ne s'est pas acquitté de sa cotisation au terme d'un trimestre se verra d'office porter en compte une indemnité forfaitaire de 15 € à titre de frais de rappel.

Le preneur désaffilié ne pourra se réaffilier que pour autant qu'il ait acquitté toutes les cotisations échues et sera tenu d'effectuer un nouveau stage pour bénéficier à nouveau des prestations.

9. SEGMENTATION

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. Ces critères dépendent du type de produit.

Les critères suivants pourraient être pris en considération pour Hospitalia Ambulatoire :

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 : pour Hospitalia Ambulatoire, l'âge limite est de 64 ans.
- 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.

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.

10. ADAPTATION DE LA COTISATION, DES PRESTATIONS ET DES CONDITIONS GENERALES

La cotisation, les conditions tarifaires et les conditions de la couverture des prestations sont définies compte tenu des paramètres contenus dans le plan technique que l'assureur constitue sur base de critères actuariels et techniques d'assurance.

Sans préjudice des possibilités légales d'adaptation des cotisations, il sera procédé annuellement à une comparaison entre le taux de l'indice du mois d'avril de l'année en cours et le taux de l'indice du même mois de l'année précédente. Cette variation du taux d'indice est exprimée en pourcentage et peut être appliquée à la cotisation et aux prestations en vigueur avant l'indexation.

Les cotisations seront néanmoins majorées en fonction des différentes taxes applicables en la matière.

11. REMBOURSEMENTS D'HOSPITALIA AMBULATOIRE EN BELGIQUE

En dehors d'une période d'hospitalisation ou d'hospitalisation de jour et si les prestations ou produits sont prescrits et dispensés en Belgique.

11.1. Honoraires médicaux - Consultations - Visites - Prestations techniques

La SMA rembourse : les consultations et visites des médecins généralistes et des médecins spécialistes, les actes techniques médicaux, l'imagerie médicale, la radio et la radiumthérapie, la médecine nucléaire, la médecine interne, la dermatovénérologie, la physiothérapie, la biologie clinique, les suppléments d'urgence, la bandagisterie, l'orthopédie, l'optique, l'acoustique, l'anatomopathologie, la génétique, les accoucheuses, les prestations spéciales, la dentisterie, la kinésithérapie, les soins infirmiers, la logopédie, les radio-isotopes, la rééducation cardiaque pour autant qu'il y ait une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, à concurrence de 50 % du ticket modérateur.

Le calcul des interventions s'effectue exclusivement sur base des codes médicaux de la nomenclature officielle, codes que les prestataires de soins sont tenus d'indiquer sur les attestations de soins délivrées aux patients.

Documents justificatifs à fournir

Pour les preneurs affiliés auprès de la même section en assurance obligatoire et à la SMA, les interventions de celle-ci se règlent sur production des attestations de soins donnés, simultanément avec celles octroyées dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité.

Pour les autres preneurs, les interventions sont payées sur base d'une photocopie des attestations de soins donnés, accompagnée d'une preuve originale de remboursement de l'assurance maladie-invalidité.

11.2. Frais pharmaceutiques déboursés hors milieu hospitalier

Lorsqu'ils ont fait l'objet d'une prescription médicale d'un médecin ou d'un dentiste agréé, les produits pharmaceutiques et les préparations magistrales sont remboursés à raison de 50 % du prix réellement payé par le patient.

Ne donnent lieu à aucun remboursement de la SMA :

- les médicaments homéopathiques, diététiques et d'hygiène;
- les produits à effet non thérapeutique vendus en pharmacie tels que : les aliments, boissons, savons, sels, dentifrices, etc.
- la phytothérapie.

Documents justificatifs à fournir

Remise à la SMA d'une « Attestation de prestations pharmaceutiques remboursables dans le cadre d'une assurance complémentaire » (BVAC) du pharmacien, dûment complétée par le pharmacien et contresignée par le preneur, ou d'une facture ambulatoire de l'hôpital.

11.3. Prothèses

Qu'il y ait ou non intervention légale, la SMA intervient dans les limites et conditions suivantes :

11.3.1. Prothèses dentaires non délivrées en milieu hospitalier.

Les prothèses sont remboursées dans les limites suivantes :

- a) Prothèse complète
 - supérieure ou inférieure : 500 € au max. par prothèse, avec un délai de renouvellement fixé à 5 ans.
- b) Prothèse partielle
 - par dent : 25 € au max;
 - par plaque de base : 50 € au max;
 - par crochet : 20 € au max.

L'intervention de la SMA est limitée à 250 € par année civile.

- c) Autres prothèses dentaires

Telles que bridges, dents à pivot, couronnes, adjonction de dents à une prothèse existante : 250 € au max. par année civile.

11.3.2. Prothèses ophtalmologiques

Les verres, lentilles de contact, lentilles intraoculaires et corrections chirurgicales (corrections de la vue - keratotomie, traitements au laser), à l'exclusion des montures de lunettes et des lunettes solaires, sont remboursés à concurrence de 250 € au maximum par année civile.

11.3.3. Autres

Qu'il y ait ou non intervention légale, l'intervention de la Société Mutualiste d'Assurances reste limitée à 500 € au maximum par année civile pour les appareils auditifs, semelles orthopédiques, perruques, prothèses mammaires, gouttières (c'est-à-dire orthèse médico-orthopédique sur prescription d'un médecin spécialiste) et implants dentaires, sans but purement esthétique.

Documents justificatifs à fournir pour les prothèses

Remise à la SMA d'un formulaire Hospitalia intitulé « Prothèses - Demande d'intervention » dûment complété par le prestataire et contresigné par le preneur. Pour les prothèses ophtalmologiques : joindre aussi la facture originale de l'opticien.

Pour les autres prothèses : joindre aussi la facture originale du prothésiste et la prescription médicale pour les appareils auditifs, semelles orthopédiques, perruques et prothèses mammaires.

11.4. Cumul de remboursements

Les remboursements prévus par HOSPITALIA AMBULATOIRE peuvent être cumulés avec les remboursements prévus par HOSPITALIA et HOSPITALIA PLUS en matière de soins pré/posthospitaliers et de garantie maladies graves. Le cas échéant, le remboursement ne peut en aucun cas excéder le montant de la garantie couverte et à fortiori le montant réellement facturé au preneur.

12. LIMITATIONS D'INTERVENTION

1. Limitations d'intervention pour maladies ou affections ou états préexistants

Pour HOSPITALIA AMBULATOIRE, le questionnaire médical a pour objectif de limiter éventuellement l'intervention en refusant le remboursement des prestations ambulatoires, liées à cette maladie, affection ou cet état préexistants.

Durant les 24 premiers mois d'affiliation au produit, le Conseiller Médical pourra décider de cette limitation en invoquant une omission ou une inexactitude non intentionnelle relative à son état de santé dans le questionnaire médical.

Cette limitation est fixée pour une durée minimale de 5 ans à l'issue de laquelle le preneur qui le souhaite peut demander de réévaluer sa situation sur base d'un nouveau dossier médical.

2. Prestations non couvertes par HOSPITALIA

La SMA n'intervient pas :

- pour les prestations médicales, pharmaceutiques et hospitalières tenant à l'esthétique, et/ou qui ne sont pas nécessaires du point de vue médical;
- pour les prestations du type « cure de rajeunissement »;
- pour les prestations au profit d'un assuré refusant de recevoir la visite d'un médecin, d'une infirmière ou d'une assistante sociale désigné(e) par la SMA.

13. CUMUL DES COUVERTURES

13.1. Il n'est pas tenu compte des frais dans la mesure où ceux-ci peuvent être couverts par :

- l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités telle qu'organisée par la loi coordonnée le 14 juillet 1994 et ses A.R. d'exécution et par l'A.R. du 30 juin 1964;
- les législations relatives aux accidents de travail (loi du 10 avril 1971 et A.R. d'exécution) et aux maladies professionnelles (loi du 3 juin 1970 et A.R. d'exécution);
- les règlements européens n° 1408/71, 574/72 et 883/04 ou par une convention multilatérale ou bilatérale de sécurité sociale conclue par la Belgique;
- l'assurance complémentaire des mutualités;
- le service « soins urgents à l'étranger » des mutualités.

Les suppléments couverts sont donc déterminés par référence à ces interventions. Si le preneur, pour l'un ou l'autre motif, n'est pas en droit de faire appel à une ou plusieurs de ces interventions, la SMA intervient de la même manière que pour un preneur ayant droit à ces interventions.

13.2. Lorsque les sommes accordées en vertu d'une autre législation, du droit commun ou d'un autre contrat d'assurance, sont inférieures aux prestations octroyées par la SMA, le bénéficiaire a droit à la différence à charge de cette dernière. Ces renseignements doivent figurer sur la « Demande d'intervention ».

L'intervention de la SMA ne peut en aucun cas dépasser le montant des frais réellement exposés par le preneur.

Lorsque le dommage est susceptible d'être couvert par le droit commun ou par une autre législation, la SMA pourra octroyer ses prestations à titre provisoire en attendant que le dommage soit effectivement réparé.

Dans ce cas, la SMA sera subrogée dans tous les droits que l'assuré peut exercer vis-à-vis du débiteur de la réparation.

Le preneur ne peut conclure aucun arrangement avec le débiteur de la réparation sans autorisation préalable.

14. INTERVENTIONS

14.1. Prescription

L'action en paiement des prestations dans le cadre des avantages et toute autre action dérivant du contrat d'assurance se prescrivent par un délai de 3 ans à compter du jour de l'événement qui y donne ouverture, soit le jour de réalisation du risque couvert.

14.2. Contrôle médical

Les prestations ne sont accordées que sous réserve du droit pour la SMA de faire contrôler à tout moment par le Conseiller Médical, l'état de santé de l'assuré et le bien-fondé des prestations.

14.3. Paiement des avantages

Pour avoir droit aux remboursements, le preneur doit être en ordre de cotisations.

Le remboursement des frais pharmaceutiques s'effectuera sur production d'une « Attestation de prestations pharmaceutiques remboursables dans le cadre d'une assurance complémentaire » du pharmacien ou par une facture (ambulatoire) de l'hôpital.

Pour obtenir les avantages prévus dans HOSPITALIA AMBULATOIRE, le preneur fournira les documents justificatifs tels que décrits à la rubrique « Remboursements d'HOSPITALIA AMBULATOIRE ».

Les remboursements seront octroyés aux assurés effectifs ou à toute personne ayant leur procuration par la « Demande d'intervention » après réception des notes de frais exposés et du décompte des interventions légales.

15. TRAITEMENT DE DONNEES

Le preneur d'assurance déclare :

- autoriser la SMA à recueillir et à traiter les données et informations à caractère personnel et médical. Les données à caractère médical sont recueillies et traitées sous la surveillance et la responsabilité d'un professionnel des soins de santé attaché à la SMA.
- autoriser la SMA à utiliser les données à caractère médical afin de conclure, de gérer et d'exécuter son contrat d'assurance.

L'assureur déclare que les informations et données à caractère personnel et médical ne sont recueillies, traitées et utilisées qu'à la réalisation de ces finalités et que, par rapport à ces finalités, les informations et données recueillies sont adéquates, pertinentes et non excessives.

16. MODE DE COMMUNICATION ET LANGUES

La SMA communique avec ses assurés à travers différents canaux :

- par courrier ordinaire et par e-mail sur info@hospitalia.be
- par téléphone au 02 778 92 11
- via votre section : pour obtenir les coordonnées de l'agence la plus proche :
 - 501 : OZ (www.oz.be)
 - 506 : Omnimut (www.omnimut.be)
 - 509 : Partenamut (www.partenamut.be)
 - 526 : Partena OZV (www.partena-ziekenfonds.be)

Langue de communication

Toute communication se tient en français, néerlandais, anglais ou allemand, selon le choix du preneur.

Tous nos documents sont disponibles en français, néerlandais, anglais ou allemand.

17. 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

Si vous aviez une plainte concernant nos prestations de service que nous n'avons pas pu régler ensemble, vous pouvez contacter le service Ombudsman Assurances dont le siège est situé :

square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles
Tél. 02 547 58 71 - Fax 02 547 59 75

info@ombudsman.as - www.ombudsman.as

18. POLITIQUE EN MATIERE DE CONFLITS D'INTERETS

Conformément à la législation, la SMA « MLOZ Insurance » a développé une « **Politique en matière de conflits d'intérêts** » (www.hospitalia.be).

La SMA entend prévenir les conflits d'intérêts et notamment les conflits d'intérêts susceptibles de nuire aux intérêts d'un ou plusieurs de ses clients en les opposant aux intérêts d'un de ses agents, d'autres clients, de la SMA elle-même ou d'un collaborateur de la SMA ou de ses sections. Soucieuse de se conformer à ses obligations, la SMA a élaboré un cadre général décrivant la manière dont elle s'organise en matière de gestion des conflits d'intérêts via :

- L'identification des conflits d'intérêts potentiels
- Les mesures de gestion des conflits d'intérêts nés ou à naître
- L'information de ses clients
- La formation de ses collaborateurs
- La tenue d'un registre de conflits d'intérêts
- La mise en œuvre et l'évaluation régulière de la présente politique.

Ce résumé n'a qu'une valeur informative, seuls les statuts déterminent les droits et les obligations des preneurs de la SMA.

Ils peuvent être consultés au siège social de la SMA ou sur le site

www.mloz.be.