

Conditions générales Hospitalia Plus 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 788 A, 1070 Bruxelles** - Belgique (RPM Bruxelles) - www.mloz.be - N° d'entreprise : 422.189.629. - 16/11/2017



Par Hospitalia Plus, on entend le cumul des produits Hospitalia et Hospitalia Plus

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)
- 515 : Freie Krankenkasse (www.freie.be)
- 526 : Partena OZV (www.partena-ziekenfonds.be), toutes affiliées à l'Union Nationale des Mutualités Libres.

1.4. Hospitalisation : tout séjour comportant au moins une nuit et l'hospitalisation de jour dans un établissement hospitalier reconnu comme tel par le Ministère de la Santé Publique où il est fait usage des moyens de diagnostic et thérapeutiques scientifiquement éprouvés.

1.5. Hospitalisation de jour :

Le séjour d'une journée d'hospitalisation sans nuitée :

- l'hospitalisation de jour non chirurgicale : facturation de prestation « soins urgents ou perfusion intra-veineuse » (= mini-forfait jusqu'au 31/12/2013), maxi-forfait, forfaits hôpital de jour (groupes 1 à 7 inclus), forfaits « douleur chronique », « salle de plâtre » et « manipulation d'un cathéter à chambre » ;
- l'hospitalisation de jour chirurgicale : prestations de la liste A, reprise en annexe de l'AR du 25/04/2002.

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

1.7. 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.

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

1.9. Autres fournitures : les produits et prestations qui peuvent légalement être facturés dans la rubrique 5 de la facture patient prévues dans l'annexe 37 et dans la rubrique 3 de la facture patient comme stipulé dans

l'annexe 37bis du règlement du 1^{er} février 2016 portant exécution de l'article 22,11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 2014.

1.10. 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.

1.11. Note d'hospitalisation et note d'honoraires : les documents prévus dans l'annexe 37 et dans l'annexe 37bis du règlement du 1^{er} février 2016 portant exécution de l'article 22,11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 2014.

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

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

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

1.15. 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.

1.16. 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 une hospitalisation.

2. ADMISSION

Toute personne ne peut s'affilier à la couverture Hospitalia Plus et le rester que si elle est affiliée en assurance obligatoire et aux services complémentaires à l'une des 5 sections, sauf exceptions statutaires (consultez ces sections : Omnimut, Partenamut, Freie Krankenkasse, OZ, Partena). 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 65 ans, sauf en cas de mutation en assurance obligatoire pour les personnes précédemment affiliées et en ordre de cotisations à un service « hospitalisation » similaire auprès d'une autre entité mutualiste belge.

3. CONCLUSION, DUREE ET FIN DU CONTRAT D'ASSURANCE

3.1. Conclusion et durée 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 d'affiliation et 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 de changement de couverture hospitalière au sein d'Hospitalia;
- fraude ou de tentative de fraude;
- préjudice causé volontairement aux intérêts de la SMA et notamment en cas d'omission ou 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 une hospitalisation, ni 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 toute hospitalisation et 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 hospitalisation 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 hospitalisation similaire de type « indemnitaire », c'est-à-dire une assurance dont les remboursements sont effectués sur base des coûts réels repris sur la facture d'hospitalisation.

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 : 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

La SMA 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.

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 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

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 Plus, sont âgés respectivement de 46 à 49 ans, 50 à 54 ans, 55 à 59 ans, 60 à 65 ans.

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 ASSURANCES HOSPITALIERES

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'affiliée bénéficiait au préalable d'une assurance similaire de nature commerciale, cette affiliée 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.

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

La cotisation, les conditions tarifaires et les conditions de 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 CUMULES D'HOSPITALIA ET HOSPITALIA PLUS

11.1. Interventions pour les hospitalisations en Belgique

L'intervention est due en cas d'hospitalisation dans un service agréé, soit les suivants :

- 19 (N) section des soins néonataux non intensifs
- 21 (C) service de diagnostic et de traitement chirurgical
- 22 (D) service de diagnostic et de traitement médical
- 23 (E) service de pédiatrie
- 24 (H) service d'hospitalisation simple
- 25 (L) service des maladies contagieuses
- 26 (M) service de maternité
- 27 (N) service des soins néonataux intensifs
- 29 (S) unité de traitement des grands brûlés
- 34 (K) service de neuropsychiatrie infantile (jour et nuit)
- 37 (A) service neuropsychiatrique (jour et nuit)
- 41 (T) service psychiatrique (jour et nuit)
- 49 (I) service de soins intensifs

et dans les limites prévues :

- 30 (G) service de gériatrie et de rééducation
- 61 à 66 (Sp) services spécialisés :
 - 61 affections cardio-pulmonaires
 - 62 affections locomotrices
 - 63 affections neurologiques
 - 64 affections chroniques nécessitant des soins palliatifs
 - 65 polyopathologies chroniques nécessitant des soins médicaux prolongés
 - 66 affections psychogériatriques

1. En cas d'hospitalisation complète en chambre commune ou à deux lits : remboursement intégral du montant de la facture d'hospitalisation, hormis pour les 3 plafonds 2.4, 2.5 et 2.9 visés ci-dessous.

2. En cas d'hospitalisation en chambre particulière, remboursement :

- 2.1. des suppléments de chambre à concurrence de max. 125 € par jour
- 2.2. des frais de séjour du père ou de la mère dans la chambre de son enfant hospitalisé, âgé de moins de 19 ans.
- 2.3. des frais de séjour du donneur d'organe volontaire, si le don est médicalement nécessaire, durant l'hospitalisation du receveur.
- 2.4. des produits pharmaceutiques remboursables en assurance obligatoire en milieu hospitalier.
- 2.5. des produits pharmaceutiques non remboursables en assurance obligatoire, en milieu hospitalier, à concurrence de 1 200 € par hospitalisation. Il peut être dérogé à ce plafond, dans des situations médicales lourdes, par le Conseiller Médical de la Société Mutualiste d'Assurances, pour des traitements « evidence-based » et ce, sur la base du dossier médical de l'assuré. En cas de frais à charge du patient, de 2 500 € ou plus, un remboursement de 2 400 € pourra être octroyé au maximum une fois par an.
- 2.6. des produits parapharmaceutiques en milieu hospitalier, à concurrence de 250 € par hospitalisation. Il peut être dérogé à ce plafond, dans des situations médicales lourdes, par le Conseiller Médical, pour des traitements « evidence-based » et ce, sur la base du dossier médical de l'assuré. En cas de frais à charge du patient, de 5 000 € ou plus, un remboursement de 500 € pourra être octroyé au maximum une fois par an.
- 2.7. des quotes-parts personnelles y compris le forfait médicament - légalement à charge du bénéficiaire - figurant à la colonne « intervention personnelle patient » de la note d'hospitalisation et de la note d'honoraires.
- 2.8. des suppléments d'honoraires à concurrence de maximum 300 % du tarif de la Convention.
- 2.9. de prothèses, implants, dispositifs médicaux non implantables et autres fournitures :
 - Prothèses, implants et dispositifs médicaux non implantables remboursables en assurance obligatoire, à concurrence du prix réel facturé pour autant que ce montant soit identifiable comme étant le prix facturé pour un implant, une prothèse ou un dispositif médical non implantable.
 - Prothèses, implants et dispositifs médicaux non implantables non remboursables en assurance obligatoire, à concurrence de max. 5 000 € par hospitalisation, sur base du prix réel facturé pour autant que ce montant soit identifiable comme étant le prix facturé pour un implant, une prothèse ou un dispositif médical non implantable. Il peut être dérogé à ce plafond, dans des situations médicales lourdes, par le Conseiller Médical de la Société Mutualiste d'Assurances, pour des traitements « evidence-based » et ce, sur la base du dossier médical de l'assuré.
 - En cas de frais à charge du patient, de 10 000 € ou plus, un remboursement de 10 000 € pourra être octroyé au maximum une fois par an.
 - Frais légalement à charge du patient pour les autres fournitures à concurrence de 300 % du tarif de la Convention. Pour les fournitures ne donnant pas lieu à une intervention du tarif de la Convention, le remboursement s'effectue à concurrence du prix facturé.
- 2.10. des frais divers à concurrence de maximum 12 € par jour d'hospitalisation.

2.11. des bas de contention et/ou manchons de compression.

2.12. des honoraires non remboursables en assurance obligatoire, avec un maximum de 1 000 € par cas d'hospitalisation.

2.13. des frais de robot de chirurgie à concurrence de 500 € par année civile.

2.14. de la fertilisation in vitro à concurrence de 500 € par année civile.

2.15. Une franchise de 150 € 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 € 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 annuellement 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

3. Intervention de 7 € par jour pour les assurés ayant séjourné dans une maison d'accueil hospitalière ou un hôtel de soins, après l'hospitalisation remboursée par la SMA.

4. Intervention dans les soins néonataux, après l'hospitalisation, à concurrence de 20 € par jour pendant 7 jours maximum, à partir du lendemain de la date de sortie de l'hôpital.

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 500 € par année civile, après toute autre intervention.

6. Remboursement des acomptes légaux versés à l'hôpital sur présentation d'une pièce justificative de l'hôpital prouvant le paiement de tels acomptes, à condition que le preneur puisse bénéficier des interventions de la SMA sans limitations pour maladies ou affections ou états préexistants. S'il s'avère à posteriori que l'hospitalisation ne peut être couverte ou si le montant de l'acompte est supérieur à l'intervention de la SMA ou si le preneur ne présente pas sa facture, les sommes indues seront récupérées.

Limitations en cas d'hospitalisation en services 34, 37 et 41

L'intervention en services 34, 37 et 41 est limitée à 40 jours par an.

11.2. Interventions pour les hospitalisations de jour en Belgique

Le remboursement est identique à celui prévu pour les hospitalisations mais sans franchise (point 11.1) sauf pour le remboursement en chambre particulière des frais de séjour limité à max. 80 € et à max. 100 % du Tarif de la Convention pour les suppléments d'honoraires.

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 avant et 90 jours après) à raison de 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.

Les soins de santé doivent être exposés en Belgique, médicalement nécessaires, ordonnés par un médecin, repris dans la nomenclature, en relation directe avec la maladie grave et prodigués durant la période d'octroi de la garantie, telle qu'accordée par le Conseiller Médical.

La garantie maladies graves n'est acquise que pour autant qu'elle n'ait pas été diagnostiquée ni avant le 1^{er} janvier 2004, date d'entrée en vigueur de cette garantie, ni avant l'affiliation.

Les avantages de cette garantie sont les suivants :

1. Les consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes, les actes techniques médicaux, l'imagerie médicale, la radio et 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 prestations spéciales, la kinésithérapie, les soins infirmiers, la logopédie, les radio-isotopes et la rééducation cardiaque sont remboursés à concurrence des tickets modérateurs et des suppléments d'honoraires légaux, limités à 100 % du tarif de la Convention.
2. Les produits pharmaceutiques allopathiques, préparations magistrales et perruques (prothèses capillaires) sur prescription médicale sont remboursés à concurrence du prix réellement payé par le patient s'il y a intervention de l'assurance obligatoire.
3. La location de matériel médical est remboursée, après intervention éventuelle des services complémentaires des mutualités.

11.5.2. Conditions d'intervention

Pour bénéficier de cette garantie, l'assuré doit demander l'accord au Conseiller Médical. Il remettra une attestation d'un médecin qui spécifiera le diagnostic de la maladie grave du patient, confirmé par des examens biologiques ou anatomopathologiques, ou par l'imagerie médicale ou par tout autre examen médical reconnu habituellement dans le monde médical, sur base de laquelle le Conseiller Médical d'Hospitalia acceptera ou refusera le bénéfice de la garantie pour une période d'un an par maladie grave, débutant le jour de l'attestation du médecin.

Cet accord peut être renouvelé par période d'un an pour la même maladie, directement ou non à la suite de la première période.

Si le Conseiller Médical d'Hospitalia estime devoir demander des renseignements complémentaires, l'assuré dispose de 45 jours pour y donner suite, à partir de la date d'expédition de la demande du Conseiller Médical.

- Si ce délai est respecté, en cas d'acceptation médicale, la garantie prend cours le jour de l'attestation du médecin.
- Si le délai n'est pas respecté, en cas d'acceptation médicale, la garantie prend cours le lendemain du jour de réception des documents complémentaires.
- Si le délai dépasse 90 jours, une nouvelle demande doit être introduite.

La décision d'acceptation ou de refus d'octroi de la garantie est communiquée par lettre à l'assuré, avec la mention de la période couverte par la garantie maladies graves.

11.6. Interventions préhospitalières

Les soins préhospitaliers doivent avoir été dispensés en Belgique et prodigués en relation directe avec l'hospitalisation qui a suivi et couverte par les présentes conditions générales, pour autant que la SMA soit intervenue pour l'hospitalisation visée.

Ces soins doivent être étayés par une quittance.

L'intervention vise :

- le remboursement à 100 % des quotes-parts personnelles dans le coût des produits pharmaceutiques et préparations magistrales remboursables dans le cadre de l'assurance maladie s'ils font l'objet d'une prescription médicale d'un médecin et s'ils ont été délivrés dans les 30 jours précédant l'hospitalisation visée ;

- la couverture des tickets modérateurs et des suppléments d'honoraires légaux, limités à 100 % du tarif de la Convention et afférents aux soins préhospitaliers.

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 dermatovénérologie, 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.

Exclusion : Les soins préhospitaliers sont exclus avant un séjour en service 30 (gériatrie), 34, 37 et 41 (psychiatrie) et service 61 à 66 (spécialités), sauf pour les soins ambulatoires dans le service des urgences.

11.7. Interventions posthospitalières

11.7.1. Soins posthospitaliers

Les soins posthospitaliers doivent être dispensés en Belgique et prodigués en relation directe avec l'hospitalisation qui a précédé et couverte par les présentes conditions générales, pour autant que la SMA soit intervenue pour l'hospitalisation visée.

Ces soins doivent être étayés par une quittance.

L'intervention d'HOSPITALIA PLUS vise :

- le remboursement à 100 % des quotes-parts personnelles dans le coût des produits pharmaceutiques et préparations magistrales remboursables dans le cadre de l'assurance maladie, s'ils font l'objet d'une prescription médicale d'un médecin et s'ils ont été délivrés dans les 90 jours qui suivent l'hospitalisation visée ;
- la couverture des tickets modérateurs et des suppléments d'honoraires légaux, limités à 100 % du tarif de la Convention et afférents aux soins posthospitaliers (les prestations doivent être effectuées dans les 90 jours suivant l'hospitalisation).

Par soins posthospitaliers, il convient d'entendre les consultations et visites des médecins généralistes et des médecins spécialistes, les actes techniques médicaux, l'imagerie médicale, la radio et radiumthérapie, la médecine nucléaire, la médecine interne, la dermatovénérologie, la physiothérapie, la biologie clinique, les suppléments d'urgence, l'anatomopathologie, les accoucheuses, la kinésithérapie, les soins infirmiers, la logopédie, les radio-isotopes, la rééducation cardiaque, la révalidation locomoteur pour les codes 776156 - 776171 - 773791 - 773776 - 773872 - 773754 - 773673 - 773813 - 773614 - 773732 effectués en ambulatoire pendant la période de 90 jours qui suit l'hospitalisation.

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.

Si la période des soins posthospitaliers prise en charge coïncide avec une période de soins préhospitaliers, le preneur a droit au remboursement le plus avantageux.

Exclusion : Les soins posthospitaliers sont exclus après un séjour en services 30 (gériatrie), 34, 37 et 41 (psychiatrie) et services 61 à 66 (spécialités).

11.7.2. Séjours posthospitaliers

Un forfait de 15 € par jour est accordé pour tout séjour temporaire dans une institution de convalescence ou de révalidation.

L'intervention est accordée pour autant que le séjour ait débuté dans les 14 jours qui suivent la sortie de l'hôpital. Elle est limitée à 15 jours par année civile.

12. ASSISTANCE EN BELGIQUE

La SMA offre les services d'assistance, ci-après, aux preneurs HOSPITALIA/HOSPITALIA PLUS qui ont droit à l'intervention de la SMA dans le cadre d'une hospitalisation ou d'une hospitalisation de jour en Belgique et qui ont terminé leur stage.

12.1. Garde-malade après une hospitalisation de jour

La SMA organise, dans les 24 heures, et prend en charge les frais de mise en place d'une garde-malade au profit du preneur isolé hospitalisé de jour durant la nuit qui suit directement cette hospitalisation de jour, durant 12 heures maximum, entre 19 heures et 8 heures.

Pour bénéficier de ce service, le preneur isolé doit :

- fournir à la garde-malade une attestation médicale du médecin traitant l'hospitalisation de jour qui stipulera qu'une hospitalisation de jour a été réalisée et qu'une garde, ne nécessitant pas de soins infirmiers, est requise ;
- disposer d'un téléphone.

12.2. Garde d'enfants à domicile

La SMA organise, dans les 24 heures, et prend en charge les frais de garde des enfants du preneur âgés de 3 mois à 14 ans, dans les situations suivantes :

1) Si le preneur est hospitalisé pour une durée supérieure à deux jours, à la suite d'un accident ou d'une maladie soudaine et imprévisible, la SMA intervient dans la garde de ses enfants, si aucune autre personne ne peut s'en charger.

Cette garde est accordée durant maximum 5 jours ouvrables, du lundi au samedi, entre 8 heures et 19 heures, à concurrence de maximum 10 heures par jour, pendant que le conjoint exerce son activité professionnelle.

2) En cas d'accouchement remboursé par la SMA, celle-ci intervient dans la garde des enfants durant maximum 3 jours ouvrables situés pendant le séjour à l'hôpital de la mère ou situés directement après un court séjour (maximum 2 nuits) de la mère, à l'hôpital, du lundi au samedi, à concurrence de maximum 10 heures par jour et ce, pendant que le père exerce son activité professionnelle.

3) En cas d'accouchement à domicile remboursé par la SMA, celle-ci intervient dans les mêmes conditions durant maximum 3 jours ouvrables, situés après l'accouchement à domicile, et le jour de l'accouchement à domicile.

Cette garde est destinée à assurer une présence attentive auprès de maximum 3 enfants et à effectuer les tâches normalement assurées par la mère ou le père de famille, à l'exclusion des travaux ménagers et des transports entre l'école et le domicile.

Ces services sont offerts sur simple appel à la Centrale d'Assistance de la SMA, accessible 24 h sur 24, tél. : 02 778 92 93.

13. LIMITATIONS D'INTERVENTION

13.1. Aucun plafond annuel

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

Le Conseiller Médical de la SMA peut, sur base du questionnaire médical, communiquer au preneur au moment de son affiliation, que l'intervention est limitée pour les hospitalisations et les hospitalisations de jour liées directement à des maladies ou affections ou états préexistants (comme la grossesse), en excluant le remboursement des suppléments de chambre et des suppléments d'honoraires portés en compte en cas de séjour en chambre particulière. Cette limite d'intervention n'est pas applicable en cas d'hospitalisation en chambre commune ou à deux lits.

Durant les 24 premiers mois d'affiliation au produit, le Conseiller Médical pourra décider de cette limitation (exclusion de la prise en charge des suppléments en cas de séjour en chambre particulière) 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.

La notion d'état préexistant liée à la grossesse sera appliquée comme suit :

- pour les accouchements ayant lieu durant les 6 premiers mois d'affiliation, aucun remboursement n'est prévu. Toutefois, les frais d'hospitalisation sont pris en charge, à l'exclusion des suppléments de chambre et des suppléments d'honoraires portés en compte en cas de séjour en chambre particulière et si, au moment de l'accouchement, il a été dérogé au stage ;
- pour les accouchements ayant lieu durant le 7^e, 8^e et 9^e mois d'affiliation au service hospitalisation, les frais d'hospitalisation sont pris en charge, à l'exclusion des suppléments de chambre et des suppléments d'honoraires portés en compte en cas de séjour en chambre particulière.

La notion d'état préexistant liée à la grossesse ne sera pas appliquée :

- aux accouchements ayant lieu à partir du 10^e mois d'affiliation ;
- aux accouchements d'assurées couvertes précédemment par un service « hospitalisation » mutualiste similaire ou offrant une couverture plus avantageuse. Dans ce cas, les 9 premiers mois, tels que décrits dans le paragraphe ci-avant, débutent à la date d'affiliation à ce service hospitalisation similaire ou plus avantageuse.

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. Les communications téléphoniques surtaxées restent toutefois exclues. Toutefois, HOSPITALIA ne rembourse pas les frais de téléphone, télévision, fleurs et boissons facturés dans le cadre d'une hospitalisation d'au moins une nuit ;
- 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 implants et prothèses dentaires, et toutes les prestations qui y sont liées, sauf ceux effectués dans le cadre d'une hospitalisation d'au moins une nuit en chambre à plus d'un lit remboursée par HOSPITALIA PLUS ;
- 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 ;
- pour les frais liés aux traitements et aux médicaments expérimentaux et/ou qui ne sont pas « evidence-based », qui n'ont pas de base scientifique ;
- pour les frais dont la facturation est illégale/n'est pas permise selon la loi belge ;
- pour les frais liés aux traitements médicaux qui s'effectuent intentionnellement à l'étranger et pour lesquels le médecin-conseil de l'Assurance Obligatoire n'a pas donné son accord.

14. CUMUL DES COUVERTURES

14.1. 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 assuré ayant droit à ces interventions.

14.2. 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.

L'assuré ne peut conclure aucun arrangement avec le débiteur de la réparation sans autorisation préalable.

15. INTERVENTIONS

15.1. 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.

15.2. 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.

15.3. Paiement des avantages

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

Pour obtenir les avantages prévus dans HOSPITALIA PLUS le preneur remplira un document « Demande d'intervention » délivré par la SMA et fournira à celle-ci toutes les pièces justificatives étayant ses débours, dont l'original des factures hospitalières. Par pièce justificative relative aux frais hospitaliers, on entend l'original de l'extrait de la note d'hospitalisation. La SMA pourra réclamer toute pièce complémentaire jugée nécessaire.

Pour obtenir les avantages des soins pré- et posthospitaliers, le preneur remettra toutes les factures originales, et le décompte du remboursement des attestations de soins par la mutuelle ou une copie de celles-ci.

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.

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.

16. 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.

17. 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)
 - 515 : Freie Krankenkasse (www.freie.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.

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

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

19. 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.