

Conditions générales Forfait H

au 1er janvier 2017

Conditions générales de la SMA votées par le Conseil d'Administration du 1er juin 2016
et l'Assemblée Générale Extraordinaire du 24 juin 2016

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.



1. DEFINITIONS

1.1. Assureur : la SOCIETE MUTUALISTE D'ASSURANCES "Mutuelle Entraide Hospitalisation", 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. 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. 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.

1.7. Note d'hospitalisation et note d'honoraires : les documents prévus dans l'annexe 37 et dans l'annexe 37bis du règlement du 1er 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.

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

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

2. ADMISSION

Toute personne ne peut s'affilier à la couverture Forfait H et le rester que si elle est affiliée en assurance obligatoire et aux services complémentaires à l'une des 4 sections énoncées ci-dessus, sauf exceptions statutaires (consultez ces sections).
Il n'y a pas de limite d'âge pour l'affiliation au Forfait H.

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 et les conditions générales, et par les avenants.

Le contrat d'assurance prend cours le 1er jour du mois suivant celui au cours duquel la SMA a reçu la "Demande de nouvelle affiliation ou 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 3ème 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 soit reçue par la SMA avant la fin du 3ème 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 3ème 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.

La décision d'acceptation 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 1er 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 ;
- 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 3ème mois qui suit sa naissance ou son adoption, et à condition que la première cotisation soit perçue au plus tard le dernier jour du 6ème mois qui suit la date d'affiliation. La première cotisation ne sera redevable qu'à partir du 1er 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 1er 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 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 "forfaitaire", c'est-à-dire une assurance dont les remboursements sont effectués sur base d'un montant forfaitaire par journée 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 : 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.

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 01/01/2017, toutes taxes comprises, en fonction de l'âge

Affiliés au produit ForfaitH			
Avant l'âge de 46 ans*		Entre 46 et 49 ans*	
moins de 18 ans	0,55	de 46 à 49 ans	1,85
de 18 à 24 ans	0,95	de 50 à 59 ans	2,63
de 25 à 49 ans	1,76	60 ans et plus	6,22
de 50 à 59 ans	2,50		
60 ans et plus	5,92		

Entre 50 et 54 ans*		Entre 55 et 59 ans*	
49 ans**	1,94	de 55 à 59 ans	3,75
de 50 à 59 ans	2,75	60 ans et plus	8,88
60 ans et plus	6,51		

À l'âge de 60 ans et plus*	
59 ans**	4,25
60 ans et plus	10,06

* A la date de début de l'affiliation

** Âge au 1er 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 au Forfait H, sont âgés respectivement de 46 à 49 ans, 50 à 54 ans, 55 à 59 ans, 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 1er jour du premier mois du trimestre, semestre ou année ou, en cas de domiciliation bancaire mensuelle, 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 1er 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 euros 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

La segmentation est une technique permettant à un assureur de classer les risques selon certains critères pour établir son tarif et / ou déterminer les modalités des garanties offertes.

Les critères de segmentation 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. 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.

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 DU FORFAIT H

Le FORFAIT H intervient dans les frais supportés durant une hospitalisation ou une hospitalisation de jour en Belgique à concurrence d'un montant forfaitaire journalier de 12,35 euros.

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		unité de traitement des grands brûlés
30	(G)	service de gériatrie et de revalidations
34	(K)	service de psychiatrie infantile (jour et nuit)
37	(A)	service neuropsychiatrique (jour et nuit)
41	(T)	service psychiatrique (jour et nuit)
49	(I)	service de soins intensifs
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

Limitations :

En cas de séjour dans un service G ou Sp, la SMA intervient dans les frais, à concurrence des 25 premiers jours maximum, par cas d'hospitalisation. En cas de nouvelle hospitalisation en service G ou Sp, la SMA n'interviendra, que pour autant qu'un délai de 6 jours calendrier, minimum, se soit écoulé depuis la fin de l'hospitalisation précédente. Toutefois, lorsque ce délai n'est pas écoulé, la SMA intervient pour le solde de 25 jours non remboursés lors de l'hospitalisation précédente.

En cas de séjour dans un service 34, 37, 41, la SMA intervient dans les frais à concurrence de maximum 10 jours par an.

12. PRESTATIONS NON COUVERTES

La SMA n'intervient pas :

- pour les prestations hospitalières tenant à l'esthétique sauf accord préalable du Médecin-Conseil et si l'assurance obligatoire intervient ;
- 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. INTERVENTIONS

13.1. 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.

13.2. 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.

13.3. Paiement des avantages

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

Pour obtenir les avantages prévus dans FORFAIT H le preneur remplira un document "Demande d'intervention" délivré par la SMA et fournira à celle-ci toutes les pièces justificatives étayant ses débours : soit la facture originale, soit une copie de la facture originale, soit une attestation de l'hôpital sur la durée du séjour hospitalier et du numéro de service. La SMA pourra réclamer toute pièce complémentaire jugée nécessaire.

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.

14. 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.

15. 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.partenaziekenfonds.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.

16. 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@mlow
- 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

17. 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 opposants 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.