Conditions générales Hospitalia Ambulatoire

au 1er janvier 2027

Conditions générales Hospitalia Ambulatoire de la société mutualiste MLOZ Insurance votées par le Conseil d'Administration du 16 septembre 2026 et l'Assemblée Générale Extraordinaire du 14 octobre 2026

MLOZ Insurance est la société mutualiste d'assurances des Mutualités Libres (Partenamut – Helan Onafhankelijk Ziekenfonds - Freie Krankenkasse). 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 -
Siège social : route de Lennik 788A, 1070 Bruxelles – Belgique
(RPM Bruxelles) - www.mloz.be - N° d'entreprise : 422.189.629. – 11/2026

Hospitalia Ambulatoire

1. DEFINITIONS

1.1. Assureur : la SOCIETE MUTUALISTE D'ASSURANCES "MLOZ Insurance", entreprise d'assurances agréée par l'Office de contrôle des mutualités et des Unions nationales de mutualités, par décision du 24 juin 2013 pour offrir des assurances maladie au sens de la branche 2 de l'annexe 1 de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance, 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 la loi précitée, 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 prime.

1.3. Assuré : Par assuré, on entend la personne sur laquelle repose le risque de survenance de l'événement assuré et qui est le bénéficiaire du contrat d'assurance.

1.4. Sections : les sections de MLOZ Insurance sont les intermédiaires qui offrent les produits d'assurance : 509 : Partenamut (www.partenamut.be) - 526 : Helan Onafhankelijk ziekenfonds (www.helan.be), toutes affiliées à l'Union Nationale des Mutualités Libres.es dans la Nomenclature (A.R. du 14/09/1984 et modifications ultérieures).

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

1.6. Produits pharmaceutiques : Par produits pharmaceutiques, il convient d'entendre :

- 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 ;
- toute spécialité pharmaceutique importée par l'hôpital d'un pays étranger, conformément aux dispositions de l'article 105 de l'Arrêté Royal du 14 décembre 2006 relatif aux médicaments à usage humain et vétérinaire,
- préparation magistrale
- substance de contrastes

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

1.8. 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.

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

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

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

1.12. Questionnaire médical : le document visant à éclairer le Conseiller Médical de MLOZ Insurance, 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.

1.13. Affection, maladie ou état préexistant : une affection, une maladie ou un état de santé (comme la grossesse) existant au moment de l'affiliation à MLOZ Insurance, ou au moment du transfert entre produits au sein de MLOZ Insurance, et qui donne lieu à des frais ambulatoires.

1.14. Tentative de suicide : Il s'agit d'un comportement inhabituel n'ayant pas entraîné la mort, que la personne initie et adopte en s'attendant à ou en risquant de mourir ou de subir des dommages corporels dans le but d'obtenir des changements souhaités.

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 2 sections, sauf exceptions statutaires (consultez Partenamut ou Helan Onafhankelijk ziekenfonds). Le preneur d'assurance est tenu obligatoirement de s'affilier ainsi que d'affilier les personnes à sa charge au sens de la réglementation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sauf lorsque lui-même, 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 inclus pour Hospitalia Ambulatoire, sauf en cas de mutation en assurance obligatoire pour les personnes précédemment affiliées et en ordre de primes à un service "soins ambulatoires" similaire auprès d'une autre entité mutualiste belge. Un assuré auprès d'Hospitalia Ambulatoire ne peut modifier sa couverture d'assurance au profit de Medicalia à partir du 1er juillet 2022.

2.2. Influence du non-paiement des cotisations aux services complémentaires de votre mutualité sur votre affiliation à MLOZ Insurance.

Il est important que vous soyez toujours en règle au niveau du paiement des cotisations aux services complémentaires de votre mutualité.

Le fait que vous ne soyez plus en règle à ce niveau peut avoir des conséquences importantes sur votre affiliation à MLOZ Insurance et sur les couvertures d'assurances que vous avez conclues.

2.2.1. Conséquences au niveau de l'affiliation à MLOZ Insurance

Vous ne pourrez vous affilier à MLOZ Insurance que pour autant que vous n'ayez pas subi une perte de vos droits au niveau des services complémentaires de votre mutualité suite au non-paiement des cotisations pour ces services sur une période consécutive de 24 mois.

2.2.2. Conséquences au niveau du maintien de votre affiliation à MLOZ Insurance

Si vous êtes déjà affilié à MLOZ Insurance, celle-ci sera tenue légalement de mettre fin à votre affiliation, et donc à l'ensemble de vos couvertures, si vous êtes sanctionné par une perte de vos droits au niveau des services complémentaires de votre mutualité, suite au non-paiement des cotisations pour ces services durant une période consécutive de 24 mois. Cette exclusion automatique devra se faire indépendamment du fait que vous avez toujours payé régulièrement vos primes pour les assurances prises auprès de MLOZ Insurance. Vous ne pourrez ensuite vous réaffilier à MLOZ Insurance (selon les conditions d'une nouvelle affiliation) que pour autant que vous recommenciez à payer régulièrement vos primes pour les services complémentaires de votre mutualité. La période pendant laquelle vous devez payer des cotisations sans pouvoir prétendre aux prestations des services complémentaires dépend du fait que vous êtes ou étiez en situation digne d'intérêt (par exemple (mais non exhaustif) revenu d'intégration règlement collectif de dette, faillite personnelle,...). Toute interruption de 6 mois dans le paiement de ces cotisations pendant la période visée dans la phrase précédente entraîne une nouvelle exclusion de MLOZ Insurance.

3. CONCLUSION ET FIN DU CONTRAT D'ASSURANCE

3.1. Conclusion du contrat d'assurance

Toute demande d'affiliation doit être adressée au moyen des formulaires établis par MLOZ Insurance ou via le site internet de la section à laquelle le preneur est lié.

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 premier jour du mois suivant celui au cours duquel MLOZ Insurance a reçu la "Demande de nouvelle affiliation ou de changement de produit" et le "Questionnaire Médical" dûment complétés (le datage interne ou scanning ou on line faisant foi), si la première prime est reçue par MLOZ Insurance, 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 et le questionnaire médical soient reçus par MLOZ Insurance avant la fin du 3ème mois qui suit la naissance ou son adoption, et que la première prime soit perçue par MLOZ Insurance au plus tard le dernier jour du 3ème mois qui suit la date d'affiliation.

Le paiement spontané d'une prime sans y avoir été invité ne vaut pas affiliation. En cas de non-respect du délai de 3 mois énoncé ci-avant, cette prime 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 prime, 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 pré vues par la loi du 4 avril 2014, moyennant un préavis d'un mois minimum commençant à courir le premier jour du mois qui suit l'envoi de la lettre recommandée ou du recommandé électronique qualifié (via digiconnect.be), la remise de l'exploit d'huissier ou de la lettre de résiliation contre récépissé, adressée soit directement à MLOZ Insurance, soit via une des sections visées ci-dessus ;
- fraude ou de tentative de fraude
  - la garantie d'assurance est refusée ou réduite proportionnellement au préjudice subi par MLOZ Insurance ; et
  - le contrat est résilié.
- préjudice causé volontairement aux intérêts de MLOZ Insurance 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, le contrat d'assurance est nul. Il peut également être décidé de la nullité de l'affiliation de l'assuré. Dans les deux cas, les primes, échues jusqu'au moment où l'assureur a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelle de données inexactes, reviennent à MLOZ Insurance ;
- résiliation par l'assureur en cas de non-paiement des primes ;
- exclusion des services complémentaires mutualistes ;
- mutation vers une autre mutualité que les Mutualités Libres (résiliation de plein droit) ;
- décès ;
- nullité.

4. DEBUT, EXCLUSIONS ET FIN DE LA GARANTIE

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 MLOZ Insurance, un stage de 6 mois débutant à la date d'affiliation est prévu. MLOZ Insurance 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 MLOZ Insurance 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 prime soit perçue au plus tard le dernier jour du 6ème mois qui suit la date d'affiliation. La première prime ne sera redevable qu'à partir du premier 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 premier 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 prime dans les 15 jours de la demande de paiement par MLOZ Insurance.
- Dérogation au stage en cas d'accident
  MLOZ Insurance 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 MLOZ Insurance.
- Dérogation au stage pour les assurances ambulatoires similaires
  MLOZ Insurance intervient pour les nouveaux assurés établissant, sur base de documents probants, qu'ils étaient couverts jusqu'à la date de leur affiliation auprès de MLOZ Insurance et depuis 6 mois, par une assurance soins ambulatoires similaire.

4.2. Exclusions de la garantie

Ne sont pas couverts, les frais de soins ambulatoires 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 un délit. Par délit, on vise également les délits requalifiés en contravention ;
- 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. La tentative de suicide et le suicide ne sont pas assimilés à des faits intentionnels ;
- 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. PRIMES

Montants mensuels en € au 01/01/2027, toutes taxes comprises, en fonction de l'âge

Affiliés au produit Hospitalia Ambulatoire (taxes de 9,60 % 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	€ 10,83	de 46 à 49 ans	€ 23,99
de 18 à 24 ans	€ 11,14	de 50 à 59 ans	€ 34,58
de 25 à 49 ans	€ 22,86	60 ans et plus	€ 54,39
de 50 à 59 ans	€ 32,94		
60 ans et plus	€ 51,80		
Après le 01/01/1994, entre 50 et 54 ans*		**Après le 01/01/1994, entre 55 et 59 ans***	
49 ans**	€ 25,15	de 55 à 59 ans	€ 49,40
de 50 à 59 ans	€ 36,22	60 ans et plus	€ 77,71
60 ans et plus	€ 56,98		
Après le 01/01/1994, entre 60 et 64 ans*			
59 ans**	€ 55,99		
60 à 64 ans	€ 88,07		

* A la date de début de l'affiliation

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

Une majoration de prime 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 PRIME

Le preneur est redevable de la prime à sa date d'échéance, suivant la périodicité convenue (trimestre, semestre, année).
La prime est quérable et payable anticipativement. Elle est adressée à la dernière adresse connue du preneur d'assurance.
Est considérée comme anticipative, toute prime reçue avant le premier 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 prime avant le premier jour du trimestre reçoit une mise en demeure par lettre recommandée ou par recommandé électronique qualifié le sommant de payer la prime dans un délai de 15 jours à compter du lendemain du dépôt de la lettre recommandée à la poste ou du recommandé électronique qualifié. 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 prime 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 (selon les conditions d'une nouvelle affiliation) que pour autant qu'il ait acquitté toutes les primes échues et sera tenu d'effectuer un nouveau stage pour bénéficier à nouveau des prestations.

9. SEGMENTATION ASSURANCES AMBULATOIRES

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 primes et la portée de la garantie. Vous trouverez, ci-dessous, un aperçu des différents critères que MLOZ Insurance utilise dans le cadre de ses assurances ambulatoires.
Les critères suivants sont pris en considération pour Hospitalia Ambulatoire :

9.1. Lors de la prise de cours du contrat :

9.1.1. L'âge de l'assuré, car sur base des données statistiques, les probabilités de traitement ainsi que le montant des remboursements augmentent avec l'âge. L'âge est dès lors pris en compte dans l'établissement du montant de la prime ainsi que dans l'accès au produit.
a) L'accès peut être limité en fonction du produit choisi : l'âge limite est de 64 ans inclus pour Hospitalia Ambulatoire.
Cette limite d'âge ne s'applique pas aux assurés précédemment affiliés, et en ordre de primes, à une assurance similaire auprès d'une autre SMA.
b) L'affiliation après un certain âge peut entraîner le paiement d'une surprime.
9.1.2. L'état de santé, et plus particulièrement la présence d'une affection/état/maladie préexistant car le risque de traitement peut se voir augmenté, ainsi que le montant des frais médicaux.
Il peut également justifier que certains frais médicaux liés à un état, une affection ou une maladie préexistant ne soient pas couverts.
9.1.3. L'existence précédente d'une assurance similaire a un impact sur le stage : il pourra être réduit ou supprimé pour les assurés qui étaient couverts par une assurance similaire jusqu'à la date de leur affiliation auprès de MLOZ Insurance. Le stage sera réduit à due concurrence de la durée de ladite assurance.
MLOZ Insurance n'opère pas de distinction en fonction de la nature de l'assurance - mutualiste ou via un assureur privé (individuelle/collective) - par laquelle l'assuré était couvert avant son affiliation à MLOZ Insurance.

9.2. Durant le contrat :

L'âge de l'assuré, car sur base des données statistiques les probabilités de traitement augmentent avec l'âge ainsi que le montant des débours. Le montant de la prime augmente dès lors en fonction de l'âge de l'assuré.

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

La prime, 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 et en dehors de leur adaptation à l'indice des prix à la consommation, ou à l'indice médical rattaché à la garantie "soins ambulatoires", les primes ne peuvent être augmentées.
Pour l'application de l'indexation, il sera procédé 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 prime et aux prestations en vigueur avant l'indexation.
MLOZ Insurance a la possibilité de décider annuellement de ne pas faire usage ou de ne faire que partiellement usage des possibilités d'indexation des primes sur base de ces indices.
Les primes seront néanmoins majorées en fonction des différentes taxes applicables en la matière.
Les primes, ainsi que la couverture, peuvent être modifiées en exécution de l'article 504 de la loi du 13 mars 2016.

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. L'achat de matériel visé aux points 11.3.2. et 11.3.3 doit s'effectuer dans les pays de l'Union Européenne.

11.1. Honoraires médicaux - Consultations - Visites - Prestations techniques

MLOZ Insurance 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 dermato-vénérologie, la physiothérapie, la biologie clinique, les honoraires pour la prise en charge urgente dans une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, 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 MLOZ Insurance, 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 MLOZ Insurance :

- 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 MLOZ Insurance 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, MLOZ Insurance 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
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 maximun par année civile.
11.3.3. Autres
Qu'il y ait ou non intervention légale, l'intervention de MLOZ Insurance 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 médicale) et implants dentaires, et gouttières dentaires, sans but purement esthétique.
Documents justificatifs à fournir pour les prothèses
Remise à MLOZ Insurance 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, Hospitalia Medium 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 a 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 3 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 tentative de suicide ne pourra être prise en compte par MLOZ Insurance pour déterminer l'état de santé actuel de l'assuré si cette tentative est survenue plus d'un an avant d'avoir complété le questionnaire médical.

2. Prestations non couvertes par Hospitalia
MLOZ Insurance 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 MLOZ Insurance.

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 du 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, MLOZ Insurance 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 MLOZ Insurance, le bénéficiaire a droit à la différence à charge de cette dernière. Ces renseignements doivent figurer sur la "Demande d'intervention".
L'intervention de MLOZ Insurance 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, MLOZ Insurance pourra octroyer ses prestations à titre provisoire en attendant que le dommage soit effectivement réparé.
Dans ce cas, MLOZ Insurance 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 MLOZ Insurance 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
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, éventuellement scannée par l'hôpital ou par l'assuré ou la facture transmise sur tout autre support durable.
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 pièces justificatives transmises à MLOZ Insurance par voie digitale en vue de l'obtention d'une intervention sont autorisées. Dans ce cas, la copie digitale doit être de bonne qualité (lisible) et conforme à l'original (aucune modification manuscrite ou retouche). MLOZ Insurance se réserve le droit de réclamer l'original à l'assuré qui doit le conserver ou devra supporter les éventuels coûts de duplicata.
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 DES DONNEES

Les données à caractère personnel du preneur d'assurance et de ses assurés seront traitées par MLOZ Insurance en tant que responsable de traitement et par les Mutualités Libres, en tant qu'agent et sous-traitant de cette dernière dans le cadre de l'octroi et de la gestion du produit d'assurance auquel le preneur d'assurance a souscrit et conformément au Règlement Européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données (« RGPD »). Les données à caractère médical sont recueillies et traitées sous la surveillance et la responsabilité du Conseiller Médical de MLOZ Insurance. La politique en matière de vie privée de MLOZ Insurance est disponible via le lien www.mloz.be/fr/privacyMLOZInsurance, ou sur simple demande en agence ou par courrier (MLOZ - DPO, Route de Lennik 788A à 1070 Bruxelles).
Ce résumé n'a qu'une valeur informative, seuls les statuts déterminent les droits et les obligations des preneurs de MLOZ Insurance. Ils peuvent être consultés au siège social de MLOZ Insurance ou sur le site www.mloz.be.