Conditions générales Hospitalia Smart
au 1er janvier 2027

Conditions générales Hospitalia Smart 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 Smart

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

1.5. Hospitalisation : tout séjour comportant au moins une nuit dans un hôpital, c'est-à-dire dans un établissement reconnu comme tel par le SPF Santé Publique, où il est fait usage des moyens de diagnostic et thérapeutiques scientifiquement éprouvés.

1.6. Hospitalisation de jour :
Par hospitalisation de jour, on entend exclusivement :
- une admission et un séjour dans hôpital, c'est-à-dire dans un établissement reconnu comme tel par le SPF Santé Publique, sans nuitée et où le patient subit une ou plusieurs interventions planifiables. Ces interventions requièrent des procédures établies pour la sélection des patients, la sécurité, le contrôle de la qualité, la continuité, les soins de suivi, la rédaction des rapports et la coopération avec les divers services médicotechniques sous la surveillance et la direction d'un médecin spécialiste attaché à l'hôpital avec une surveillance et une administration des soins déquates ;
- une fonction "hospitalisation chirurgicale de jour" agréée sur la base des dispositions prévues par l'AR du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction "hospitalisation chirurgicale de jour" pour être agréée.

Les dispositions de la Convention Nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs, en vigueur à la date de prestation, seront appliquées. MLOZ Insurance présume que la facture d'hôpital reflète la bonne application de la Convention.

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

1.8. 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.

1.9. Implants et dispositifs médicaux : tout ce qui est reconnu réglementairement, incluant la marge de délivrance et la marge de sécurité.

1.10. 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 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 1994.

1.11. 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.

1.12. Facture patient, note d'honoraires et facture pour soins ambulatoires à l'hôpital : les documents prévus respectivement à l'annexe 37, à l'annexe 38 et à 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 1994.

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

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

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

1.16. 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.

1.17. 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 une hospitalisation ou à des soins ambulatoires.

1.18. Attelle : une attelle est un dispositif médical, composé de métal et/ou de matière synthétique, destiné à fixer une articulation ou un membre de manière à réduire au minimum les mouvements. Il s'agit d'un traitement temporaire destiné à soulager la douleur ou à prévenir d'autres blessures.
En ce qui concerne les attelles remboursables, il s'agit des codes de la nomenclature de l'article 29, paragraphe 1, point A (sauf pour la réparation et l'entretien), point B (groupes principaux I, II, III, IV, VI, VIII, XII) et point C (tous les groupes principaux sauf XVI).

1.19. 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.

1.20. Transport urgent des patients : Par transport urgent des patients, on entend tout transport en ambulance ou en hélicoptère après un appel au service unifié 100/112 et selon la loi du 08 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente et ses arrêtés d'exécution, lorsqu'il est directement suivi par une hospitalisation ou hospitalisation de jour en Belgique pour laquelle MLOZ Insurance intervient.

2. ADMISSION

2.1. Toute personne ne peut s'affilier à la couverture Hospitalia Smart et le rester que si elle est affiliée en assurance obligatoire et aux services complémentaires à l'une des 3 sections, sauf exceptions statutaires (consultez ces sections : Partenamut, Freie Krankenkasse, 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.
Il n'y a pas de limite d'âge pour l'affiliation à Hospitalia Smart.
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 cotisations 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 d'intervention) 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 d'affiliation et 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 en cas d'hospitalisation, et un refus en cas de maladie grave. La décision d'acceptation, avec ou sans limitation de l'intervention en cas d'hospitalisation, avec un refus en cas de maladie grave, 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 prévues 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 par 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. La résiliation de l'assurance Hospitalia Smart met automatiquement fin à la Garantie "Maladies graves". Ce préavis d'un mois n'est pas exigé en cas d'un changement de couverture hospitalière au sein d'Hospitalia Smart ;
- 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

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 3 mois

Avant de pouvoir bénéficier des interventions de MLOZ Insurance, un stage de 3 mois débutant à la date d'affiliation est prévu. De même, un stage de 3 mois sera applicable sur les extensions de couverture, à dater de la date d'affiliation à cette extension de couverture. MLOZ Insurance 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 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 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 MLOZ Insurance.

- Dérogation au stage pour les assurances hospitalisation et les Garanties “Maladies Graves” 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 3 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 patient, et par une Garantie “Maladies Graves” similaire.

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 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 ;
- résutant 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

MLOZ Insurance 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 préa-lables 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 au 01/01/2027

Affiliés au produit Hospitalia Smart (taxes de 10 % 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	4,11	de 46 à 49 ans	11,98
de 18 à 24 ans	5,38	de 50 à 59 ans	14,80
de 25 à 49 ans	11,41	60 ans et plus	32,47
de 50 à 59 ans	14,10		
60 ans et plus	30,93		
Après le 01/01/1994, entre 50 et 54 ans*		**Après le 01/01/1994, entre 55 et 59 ans***	
49 ans**	12,55	de 55 à 59 ans	21,15
de 50 à 59 ans	15,51	60 ans et plus	46,40
60 ans et plus	34,02	**Après le 01/01/1994 jusqu’au 30/06/2014 à l’âge de 60 ans et plus***	
		59 ans**	23,97
		60 ans et plus	52,58
À partir du 01/07/2014 entre 60 et 70 ans*		60 ans et plus	52,58
À partir du 01/07/2014 entre 71 et 75 ans*		71 ans et plus	55,67
À partir du 01/07/2014 à 76 et plus*		76 ans et plus	58,77

* A la date de début de l’affiliation
** Âge au 1er janvier de l’année d’affiliation

Une majoration de la prime Hospitalia Smart respective de 5, 10, 50 70, 80 et 90 % est calculée sur les taux de base pour les preneurs qui, à la date de l’affiliation à Hospitalia Smart, sont âgés respectivement de 46 à 49 ans, 50 à 54 ans, 55 à 59 ans, 60 à 70 ans, 71 à 75 ans, 76 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 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 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 hospitalisation.
Les critères suivants sont pris en considération pour Hospitalia Smart :

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 et d’hospitalisation 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.

a) L'accès peut être limité en fonction du produit choisi. Il n'y a pas d'âge limite pour Hospitalia Smart. Il est de 67 ans inclus pour la Garantie "Maladies graves" complémentaire à Hospitalia Smart.
b) Selon le produit choisi, 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 et d'hospitalisation 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, sauf pour l'application de l'état préexistant en cas de grossesse (cf. 9.1.2.) :

- Pour les assurées couvertes précédemment par une assurance hospitalisation similaire 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 SMA et d'Hospitalia Smart, sans interruption.
- Lorsque l'affiliée bénéficiait au préalable d'une assurance similaire via un assureur privé (individuelle/collective), cette affiliée a droit, pendant les 9 premiers mois d'affiliation à Hospitalia Smart, 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.
  Cette distinction pour les entités mutualistes belges est motivée par les raisons suivantes :
- La caractéristique spécifique des assurances mutualistes, à savoir le fait qu'un changement de mutualité implique la cessation de l'assurance auprès de la SMA correspondante, qui justifie un traitement souple des personnes auparavant affiliées à une autre SMA, considérant le faible risque d'anti-sélection dans ce contexte.
- La préservation de la possibilité de changer de mutualité (liberté de choisir sa mutualité).

9.2. Durant le contrat :
L'âge de l'assuré, car sur base des données statistiques les probabilités de traitement et hospitalisation 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 respectivement à la garantie "chambre double ou commune" pour Hospitalia Smart et à la garantie "soins ambulatoires" pour la Garantie "Maladies Graves", 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 SMART

11.1. Interventions pour les hospitalisations en Belgique :

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

17 (M) Nouveau-né hospitalisé en chambre chez la mère dans un service M
18 (n) Nouveau-né hospitalisé en service N*(n) alors que la mère est également présente comme patiente à l'hôpital
19 (n) section des soins néonatals non intensifs
20 (B) service de traitement de la TBC
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 néonatals intensifs
29 unité de traitement des grands brûlés
34 (K) service de neuropsychiatrie infantile (jour et nuit)
35 (K1) Hospitalisation de jour en service K
36 (K2) Hospitalisation de nuit en service K
37 (A) service neuropsychiatrique (jour et nuit)
38 (A1) Hospitalisation de jour en service A
39 (A2) Hospitalisation de nuit en service A
41 (T) service psychiatrique (jour et nuit)
42 (T1) Hospitalisation de jour en service T
43 (T2) Hospitalisation de nuit en service T
48 (IB) service de traitement intensif des patients psychiatriques
49 (I) service de soins intensifs et dans les limites prévues :
30 (G) service de gériatrie et de revalidation
61 à 66 (Sp) services spécialisés :
61 affections cardio-pulmonaires
62 affections locomotrices
63 affections neurologiques
64 affections chroniques nécessitant des soins palliatifs
65 polypathologies chroniques nécessitant des soins médicaux prolongés
66 affections psychogériatriques

1. En cas d'hospitalisation complète en chambre commune ou à deux lits :
remboursement intégral sur base de la facture patient et de la note d'honoraires des frais réellement supportés relatifs aux points 2.1 à 2.10. ci-après, hormis :

- les prothèses, implants et dispositifs médicaux non implantables, non remboursables en Assurance Obligatoire à concurrence de maximum € 2.500 par cas d'hospitalisation. Il peut être dérogé à ce plafond de € 2.500, dans des situations médicales lourdes, par le Conseiller Médical, pour des traitements 'evidence-based' et ce, sur base du dossier médical de l'assuré. En cas de frais à charge du patient de € 10.000 ou plus, un remboursement de € 5.000 pourra être octroyé au maximum une fois par an.
- les frais liés au lit accompagnant d'un proche dans la chambre d'un adulte hospitalisé, âgé de 19 ans ou plus, à concurrence de maximum € 30 par jour.

2. En cas d'hospitalisation en chambre particulière, remboursement sur base de la facture patient et de la note d'honoraires :
2.1. du supplément de chambre facturé à concurrence de maximum € 100 par jour.
2.2.1. des frais d'accompagnement du père ou de la mère dans la chambre de son enfant hospitalisé, âgé de moins de 19 ans, à concurrence de maximum € 60 par jour.
2.2.2 des frais liés au lit accompagnant d'un proche dans la chambre d'un adulte hospitalisé, âgé de 19 ans ou plus, à concurrence de maximum € 30 par jour.
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 max. € 1.200 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 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 quotes-parts personnelles y compris le forfait médicament - légalement à charge du bénéficiaire - figurant à la colonne "intervention personnelle patient" de la facture patient et de la note d'honoraires ;
2.7. des suppléments d'honoraires à concurrence de maximum 100 % du tarif de la convention ;
2.8. de prothèses, implants, dispositifs médicaux et autres fournitures :

- prothèses, implants et dispositifs médicaux remboursables en assurance obligatoire, limitée à un montant maximum de € 2.500 par cas d'hospitalisation ;
- prothèses, implants et dispositifs médicaux, non remboursables en assurance obligatoire à concurrence de 50 % du montant des coûts sur la facture, avec un maximum de € 1.250 par cas d'hospitalisation pour autant que le montant facturé par l'hôpital soit identifiable comme étant le prix facturé pour une prothèse, un implant ou un dispositif médical. 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 € 10.000 ou plus, un remboursement de € 2.500 pourra être octroyé au maximum une fois par an ;
- frais légalement à charge de l'assuré pour les autres fournitures, limités à 100 % du tarif de la convention.

2.9. des frais divers à concurrence de maximum € 6 par jour d'hospitalisation, sauf frais de téléphone, télévision, fleurs et boissons.
2.10. des bas de contention et/ou manchons de compression à concurrence de 50 % du montant facturé.

3. En cas d'hospitalisation ou d'hospitalisation de jour en Belgique remboursée par Hospitalia Smart, intervention dans les frais réellement supportés pour le transport urgent (après appel au service 100/112) vers l'hôpital, à concurrence de maximum € 500 par année civile, après toute autre intervention.
S'il s'avère que cette hospitalisation et ce transport urgent ont été précédés, dans les 24 heures, par un autre transport urgent 100/112 vers un autre hôpital ou vers le même hôpital dans lequel l'assuré n'a pas été hospitalisé, Hospitalia interviendra également pour cet autre transport urgent selon les mêmes modalités.

4. Remboursement des acomptes légaux (tels que prévus par la Convention Nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs) versés à l'hôpital, au plus tôt au début de l'hospitalisation concernée, sur présentation d'une pièce justificative de l'hôpital et à condition que le preneur puisse bénéficier des interventions de MLOZ Insurance sans limitations pour maladies ou affections ou états pré- existants. S'il s'avère a posteriori que l'hospitalisation ne peut être couverte ou si le montant de l'acompte est supérieur à l'intervention de MLOZ Insurance ou si le preneur ne présente pas sa facture, les sommes indues seront récupérées.
Le preneur se verra d'office porter en compte un montant forfaitaire de € 15 à titre de frais de rappel, en cas de non-remboursement du trop-perçu réclamé.

Limitations en cas d'hospitalisation en services 30 (Gériatrie) et 61 à 66 (Spécialités)

MLOZ Insurance intervient dans les frais conformément aux règles générales décrites ci-dessus, à concurrence des 50 premiers jours maximum en cas de séjour dans un service G ou Sp, par cas d'hospitalisation, même en cas de transfert entre eux. En cas de nouvelle hospitalisation en service G ou Sp, MLOZ Insurance 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, MLOZ Insurance interviendra pour le solde des 50 jours non remboursés lors de l'hospitalisation précédente.

Limitations en cas d'hospitalisation en services 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 et 48

L'intervention en services 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 et 48 est limitée à 20 jours par an.

11.2. Interventions pour les hospitalisations de jour en Belgique :

Le remboursement est identique que pour les hospitalisations (point 11.1).

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 (60 jours avant et 120 jours après) à raison de € 300.

11.4. Interventions pour les hospitalisations à l'étranger :

L'intervention destinée à couvrir les frais réellement supportés s'élève à max. € 200 par jour et ce, en complément de l'intervention éventuelle de l'assurance obligatoire selon le tarif belge ou du pays où l'hospitalisation s'est déroulée. Les étudiants qui, dans le cadre de leurs études, séjournent à l'étranger, sont également couverts. 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.
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. 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 MLOZ Insurance 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 60 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, ainsi que les consultations à distance, des médecins généralistes et spécialistes, les honoraires pour la prise en charge urgente dans une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, les actes techniques médicaux, l'imagerie médicale, la radio et radiumthérapie, la médecine nucléaire, la médecine interne, la dermato-vénérologie, la biologie clinique, les suppléments d'urgence, l'anatomopathologie, les accoucheuses, la kinésithérapie, les soins infirmiers ayant les codes suivants : 421072 – 421094 - 423054 - 423076 - 423091 - 423113 - 423253 - 423275 - 423290 - 423312 – 424491 - 424513 - 424535 - 425014 - 425036 - 425051 - 425176 - 425191 - 425213 - 425375 - 425412 - 425434 - 425456 - 425596 - 425611 - 425773 - 427416 - 427431 - 427475 - 427490 - 427534 - 427556, les radio-isotopes, les séances de psychologie reprises dans la convention entre l'INAMI et le réseau santé mentale adultes relative à la création d'une offre de soins de psychologie de première ligne, la téléconsultation par un psychiatre/neuro-psychiatre, effectués en ambulatoire pendant la période de 60 jours précédant l'hospitalisation et pour autant que ces soins aient été prodigués en Belgique et soient en relation directe avec l'hospitalisation qui a suivi.
Les codes liés aux séances de psychologie, à la téléconsultation par un psychiatre/neuro-psychiatre, aux psychothérapies et à la psychiatrie infanto-juvénile feront l'objet d'une intervention préhospitalière dans les 60 jours uniquement s'ils précédent une hospitalisation dans l'un des services suivants : 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 et 48.
L'intervention vise également les atelles, à concurrence de 50 euros maximum par cas d'hospitalisation, lorsqu'elles font l'objet d'une prescription médicale d'un médecin et qu'elles ont été délivrées soit dans les 60 jours précédant l'hospitalisation, soit dans les 120 jours suivant l'hospitalisation, pour autant qu'elles soient en relation directe avec l'hospitalisation.
Si la période de 60 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 61 à 66 (spécialités), sauf pour les soins ambulatoires dans le service des urgences.
Il n'y a une intervention pour les soins préhospitaliers liés à une hospitalisation en services 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 et 48 que pour les prestations reprises sous le libellé "séances de psychologie, téléconsultation et psychiatrie".

11.6. Interventions posthospitalières :

11.6.1. 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 MLOZ Insurance soit intervenue pour l'hospitalisation visée. Ces soins doivent être étayés par une quittance.
L'intervention d'Hospitalia Smart vise :
- le remboursement à 100 % des quotes-parts personnelles dans le coût des produits pharmaceutiques et préparations magistrales rem boursables 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 120 jours suivant 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.

Par soins posthospitaliers, il convient d'entendre les consultations et visites, ainsi que les consultations à distance, 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 dermato-vénérologie, 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 revalidation locomoteur pour les codes 776156-776171-773791-773776-773872-773754-773673-773813-773614-773732, les séances de psychologie reprises dans la convention entre l'INAMI et le réseau santé mentale adultes relative à la création d'une offre de soins de psychologie de première ligne, la téléconsultation par un psychiatre/neuro-psychiatre, le placement du processeur Baha tels que définis à la nomenclature, effectués en ambulatoire pendant la période de 120 jours qui suit l'hospitalisation et pour autant que ces soins aient été prodigués en Belgique et soient en relation directe avec celle-ci.
Concernant les séances de kinésithérapie, de physiothérapie et de rééducation cardiaque, celles-ci sont limitées à 20 pour l'ensemble de ces trois types de prestations et doivent avoir été effectuées dans les 120 jours suivant la période d'hospitalisation.
Le remboursement du processeur Baha est subordonné à la condition qu'une première électrode Baha ait été placée et remboursée par MLOZ Insurance durant une hospitalisation ou une hospitalisation de jour.
Les codes liés aux séances de psychologie, à la téléconsultation par un psychiatre/neuro-psychiatre, aux psychothérapies et à la psychiatrie

infanto-juvénile feront l'objet d'une intervention posthospitalière dans les 120 jours uniquement s'ils suivent une hospitalisation dans l'un des services suivants : 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 et 48.
L'intervention vise également les attelles à concurrence de € 50 maximum par cas d'hospitalisation, lorsqu'elles font l'objet d'une prescription médicale d'un médecin et qu'elles ont été délivrées soit dans les 60 jours précédant l'hospitalisation, soit dans les 120 jours suivant l'hospitalisation, pour autant qu'elles soient en relation directe avec l'hospitalisation.
Exclusions : les soins posthospitaliers sont exclus après un séjour en services 61 à 66 (spécialités).
Il n'y a une intervention pour les soins posthospitaliers liés à une hospitalisation en services 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 et 48 que pour les prestations reprises sous le libellé "séances de psychologie, téléconsultation et psychiatrie".
11.6.2. Séjours posthospitaliers
Un forfait de € 7,50 par jour est accordé pour tout séjour temporaire dans un hôtel de convalescence ou un hôtel de soins.
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

MLOZ Insurance offre les services d'assistance, ci-après, aux preneurs d'Hospitalia Smart qui ont droit à l'intervention de MLOZ Insurance 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 :

MLOZ Insurance 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 :

MLOZ Insurance 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 :
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, MLOZ Insurance 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.
1) En cas d'accouchement remboursé par MLOZ Insurance, 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.
2) En cas d'accouchement à domicile remboursé par MLOZ Insurance, 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 MLOZ Insurance, accessible 24 h sur 24.

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

- pour les accouchements ayant lieu durant les 3 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 entre le 4ème et le 9ème 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 10ème 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.

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.

13.3. Prestations non couvertes par Hospitalia Smart :

MLOZ Insurance 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 Smart ne rembourse pas les frais de téléphone, télévision, fleurs, frigo 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 à la chirurgie refractive, et/ou qui ne sont pas nécessaires du point de vue médical et les frais soumis à la TVA ;
- pour les implants et prothèses dentaires et toutes les prestations qui y sont liées ;
- 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 ;
- 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 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 l'assuré, 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 assuré ayant droit à ces interventions.

Pour que MLOZ Insurance puisse accorder ses interventions, il est indispensable qu'au cours de l'hospitalisation, une des prestations médicales au moins soit reprise dans la liste des prestations remboursables par Hospitalia Smart et soit remboursée en assurance obligatoire.

De cette dernière condition, il est dérogé si le preneur, pour l'un ou l'autre motif, n'est pas en droit de faire appel à une ou plusieurs des interventions ci-dessus. Dans ce cas, MLOZ Insurance 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 remboursements octroyés 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.

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 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.

15.3. Paiement des avantages :

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

Pour obtenir les avantages prévus dans Hospitalia Smart, le preneur remplira un document "Demande d'intervention" délivré par MLOZ Insurance 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 la facture patient et éventuellement de la note d'honoraires ou la facture scannée par l'hôpital ou par l'assuré ou la facture transmise sur tout autre support durable.

Pour obtenir les avantages des soins préhospitaliers, soins posthospitaliers et de la Garantie "Maladies graves", le preneur remettra toutes les factures originales ou leurs copies, 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.

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.

16. 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 sur la base du consentement des assurés et 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.