Conditions générales Medicalia
au 1er janvier 2027

Conditions générales Medicalia 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

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

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

1.7. 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 2014.

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

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

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

1.11. 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

2.1. Toute personne ne peut s'affilier à la couverture Medicalia et le rester que si elle est affiliée en assurance obligatoire et aux services complémentaires à l'une des 3 sections énoncées ci-dessus, sauf exceptions statutaires (Consultez ces sections : Partenamut, Helan Onafhankelijk ziekenfonds ou Freie Krankenkasse). Elle est tenue obligatoirement d'affilier les personnes à sa charge au sens de la réglementation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sauf lorsque le conjoint ou cohabitant ou les enfants sont déjà couverts par une assurance similaire du type « frais réels ».

La démission ou radiation d'un assuré entraîne implicitement celle de toutes les personnes obligées de s'affilier. Un assuré ne peut être affilié qu'à un seul produit d'assurance ambulatoire. Un assuré qui est déjà affilié à Hospitalia Ambulatoire ne peut s'affilier à Medicalia et inversement. Il n'y a pas de limitation quant à l'âge pour bénéficier des avantages liés à Medicalia. Aucune nouvelle affiliation à Medicalia ou transfert vers celui-ci ne sera effectué à compter 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 ayez toujours payé régulièrement vos primes pour les assurances prises auprès 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 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 » dûment complétée (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 soit reçue 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.

Les dispositions de cet article ne sont plus d'application à partir du 1er juillet 2022, plus aucune affiliation à Medicalia n'étant permise à compter de cette date.

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.

La décision d'acceptation est communiquée par lettre au candidat preneur d'assurance. La lettre détaillera le montant et la date du paiement de la première 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 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. Ce préavis d'un mois n'est pas exigé en cas d'un changement de couverture ambulatoire au sein de MLOZ Insurance ;
- fraude ou de tentative de fraude ;
  - 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 6 mois

Avant de pouvoir bénéficier des interventions de Medicalia, un stage de 6 mois débutant à la date d'affiliation est prévu. Le stage est porté à 12 mois pour le forfait de naissance.

Medicalia 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 Medicalia 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, 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 1er jour du mois qui suit la naissance ou l'adoption. Ceci n'est valable que si le titulaire de l'enfant en assurance obligatoire a terminé son stage.

Les dispositions de cet article ne sont plus d'application depuis le 1er juillet 2022, plus aucune affiliation à Medicalia n'étant permise à compter de cette date.

- Suspension en cas de détention

En cas de détention et à la demande du preneur, les droits et obligations statutaires peuvent être suspendus. Ces droits et obligations reprennent leurs effets à partir du 1er jour du mois qui suit la demande du preneur de mettre fin à cette période de suspension et à condition qu'il en fasse la demande dans les 90 jours qui suivent la fin du motif de la suspension et qu'il s'acquitte de sa prime dans les 15 jours de la demande de paiement par MLOZ Insurance.

- Dérogation au stage en cas d'accident

Medicalia intervient pour toute prestation de soins ambulatoires 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 soins ambulatoires similaires

Il pourra être dérogé aux stages de 6 ou 12 mois en faveur des nouveaux assurés établissant, sur base de documents probants, qu'ils étaient couverts jusqu'à la date de leur affiliation, auprès d'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 du preneur d'assurance (sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens) ou de l'aggravation volontaire du risque par le preneur d'assurance ;
  Le fait intentionnel sera retenu lorsque le preneur a volontairement et sciemment eu un comportement qui a causé un dommage prévisible. Il n'est toutefois pas requis que l'assuré ait également 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

MLOZ Insurance et le preneur d'assurance 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 d'assurance 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, en fonction de l'âge

Affiliés au produit Medicalia	
de 0 à 6 ans	Gratuit
de 7 à 17 ans	19,64
de 18 à 29 ans	21,90
de 30 à 44 ans	22,64
de 45 à 59 ans	34,74
60 ans et plus	58,97

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 euros à titre de frais de rappel.
Le preneur désaffilié ne pourra se réaffilier 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

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 son assurance ambulatoire Medicalia.
Les critères suivants sont pris en considération pour Medicalia :

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.
L'accès peut être limité en fonction du produit choisi. Il n'y a pas d'âge limite pour Medicalia.
9.1.2. 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 DE MEDICALIA

Intervention pour les soins ambulatoires prescrits et dispensés en Belgique. L'achat de matériel peut s'effectuer dans les pays de l'Union Européenne.

11.1. Thérapies alternatives

Traitements réalisés par des logopèdes, ergothérapeutes, diététiciens, psychologues, ostéopathes, chiropracteurs, homéopathes, acupuncteurs et orthopédagogues pour autant que ces prestataires soient reconnus par l'INAMI ou repris dans les listes publiées et utilisées par MLOZ Insurance (https://www.mloz.be/fr/prestataires-reconnus).
MLOZ Insurance rembourse, dans le cadre de la couverture Medicalia, 75 % du montant de la facture à charge de l'assuré (après déduction éventuelle de l'intervention de l'assurance obligatoire et complémentaire).
Documents justificatifs à fournir
Afin de pouvoir bénéficier de cette intervention, l'assuré doit remettre un formulaire « Demande d'intervention Medicalia » dûment complété et signé, accompagné de la facture originale du traitement en question. Le calcul de l'intervention se basera sur la facture originale.

11.2. Tickets modérateurs légaux

- Consultations, visites, conseils et prestations techniques de tous les médecins généralistes et spécialistes : prestations de la nomenclature : article 2.
- Actes techniques médicaux : prestations de la nomenclature : article 3.
- Kinésithérapie : prestations de la nomenclature : article 7.
- Soins infirmiers : prestations de la nomenclature : article 8.
- Sages-femmes : prestations de la nomenclature : article 9.
- Prestations spéciales : prestations de la nomenclature : article 11.
- Imagerie médicale : prestations de la nomenclature : articles 17, 17bis, 17ter, 17quater.
- Radio et radiumthérapie, médecine nucléaire : prestations de la nomenclature : article 18.
- Médecine interne : prestations de la nomenclature : article 20.
- Dermato-vénérologie : prestations de la nomenclature : article 21.
- Physiothérapie : prestations de la nomenclature : article 22.
- Suppléments urgence : prestations de la nomenclature : article 26.
- Bandagisterie : prestations de la nomenclature : article 27.
- Orthopédie : prestations de la nomenclature : article 29.
- Logopédie : prestations de la nomenclature : article 36.
- Psychologie : prestations de la pseudo-nomenclature : circulaire OA n° 2019/59.

En cas d'intervention de l'assurance obligatoire, MLOZ Insurance prévoit une intervention supplémentaire. Le calcul se fait exclusivement sur base des codes médicaux et de la nomenclature officielle, codes que les prestataires de soins sont tenus d'indiquer sur les attestations de soins délivrées aux patients. MLOZ Insurance rembourse, dans le cadre de la couverture Medicalia, 75 % du ticket modérateur (après déduction de l'intervention de l'assurance complémentaire).
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 obligatoire soins de santé et indemnités.
Pour les autres assurés, les interventions sont payées sur base d'une photocopie des attestations de soins donnés, accompagnée d'une preuve originale de remboursement A.M.I.

11.3. Matériel

11.3.1. Soins des yeux

Comprend les verres correcteurs, les lentilles de contact, le traitement au laser et la kératotomie prescrits par un ophtalmologue reconnu, facturés et délivrés/réalisés dans les 12 mois après la date de prescription. Il n'y a toutefois aucune intervention pour les montures des lunettes correctrices, ni pour les montures et les verres des lunettes solaires (avec ou sans correction).

11.3.2. Appareils auditifs

Lorsqu'ils ont été prescrits par un oto-rhino-laryngologue reconnu, facturés et délivrés dans les 12 mois après la date de prescription par un audiologue reconnu :

- appareils auditifs, à l'exception des implants cochléaires et des appareils à conduction osseuse (implant et processeur sonore (externe)).

Les piles ou autres accessoires pour les appareils auditifs ne sont pas indemnisés.
MLOZ Insurance rembourse, dans le cadre de la couverture Medicalia et pour autant que les conditions soient remplies, 75 % du montant de la facture qui reste à charge de l'assuré (après déduction de l'intervention de l'assurance obligatoire et/ou complémentaire), pour l'obtention de

verres correcteurs, de lentilles de contact, de traitement des yeux au laser et kératotomie ou appareils auditifs.

Documents justificatifs à fournir

Qu'il y ait ou non intervention légale, MLOZ Insurance prévoit une intervention (supplémentaire) sur la base d'un formulaire « Demande d'intervention Medicalia » dûment complété et signé, accompagné :

- *Soit de la prescription de l'ophtalmologue reconnu ou de l'oto-rhino- laryngologue reconnu, accompagnée d'une facture originale et détaillée de l'opticien ou de l'audiologue reconnu.*
- *Soit des documents standardisés tels que prévus par l'assurance obligatoire, accompagnés d'une facture originale et détaillée de l 'opticien ou de l'audiologue reconnu.*

Le calcul de l'intervention se basera sur les justificatifs fournis.

11.4. Forfait de naissance (n'est plus octroyé depuis le 1er juillet 2022, date de mise en run-off du produit)

MLOZ Insurance prévoit une intervention forfaitaire en cas de naissance, pour autant que l'enfant soit affilié à Medicalia lors de sa naissance.

L'intervention sera octroyée sur présentation d'une attestation de naissance, délivrée par les instances compétentes.

Cette intervention forfaitaire de 250 euros par enfant est versée une seule fois à l'enfant.

11.5. Cumul des remboursements

Les remboursements prévus dans Medicalia peuvent être cumulés avec les remboursements prévus par Hospitalia, Hospitalia Medium et Hospitalia Plus en matière de soins pré/posthospitaliers et de garantie de 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. Les remboursements prévus dans Medicalia ne peuvent pas être cumulés avec les remboursements prévus dans Hospitalia Ambulatoire.

12. LIMITATIONS D'INTERVENTION

12.1. Plafonds annuels

L'intervention pour les prestations est limitée à 1.500 euros par assuré et par année d'affiliation.

Pour les interventions octroyées dans le cadre des thérapies alternatives, la limite est de 600 euros par assuré et par année d'affiliation. Pour les interventions octroyées pour le matériel, la limite est également de 600 euros par assuré et par année d'affiliation.

12.2. Prestations non couvertes par Medicalia

Dans le cadre de la couverture Medicalia, MLOZ Insurance n'intervient pas pour :

- les frais dont la facturation est illégale/n'est pas permise selon la loi belge ;
- les médicaments ;
- le traitement de logopèdes, ergothérapeutes, diététiciens, psychologues, ostéopathes, chiropracteurs, homéopathes, acupuncteurs, orthopédagogues non reconnus par l'INAMI ou qui ne sont pas repris dans les listes publiées et utilisées par MLOZ Insurance et ses départements ;
- les prestations médicales, pharmaceutiques et hospitalières tenant à l'esthétique et/ou qui ne sont pas nécessaires du point de vue médical ;
- les soins dentaires en général (y compris les implants et prothèses dentaires (ainsi que toutes les prestations qui s'y rapportent)) ;
- les prestations du type cure de rajeunissement.

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 l'assuré. 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 de MLOZ Insurance.

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

Pour avoir droit aux remboursements, le preneur d'assurance doit être en ordre de primes et devra fournir les documents justificatifs tels que décrits à la rubrique "Remboursements de Medicalia".

Pour bénéficier des avantages de la couverture Medicalia, le preneur doit s'adresser à un prestataire agréé.

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.

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.