

## CONDITIONS TARIFAIRES D'ASSURANCE DES PLANS A2, A2 PLUS, A5, A5 PLUS, A9, A9 PLUS

EDITION 01.2004

### Les Conditions Tarifaires d'Assurance (C.T.A.)

sont formulées en exécution des Conditions Générales d'Assurance (C.G.A.).

#### 1. Plan d'assurance (= C.G.A. 5)

Le Plan d'assurance est soit le Plan A2 / A5 / A9 (= Ambulatoire), soit le Plan A2 Plus / A5 Plus / A9 Plus (= Ambulatoire Plus).

#### 2. Cas d'assurance selon les Plans A2, A5 et A9 (= C.G.A. 6)

- 2.1. Le cas d'assurance est constitué par le traitement ambulatoire suite à la survenance d'une maladie, d'un accouchement ou d'un accident. Le cas d'assurance débute avec l'instauration du traitement médical et se termine lorsqu'il n'existe plus de nécessité de traitement.
- 2.2. Sont remboursés dans le cadre d'un cas d'assurance les frais médicaux qui :
  - 2.2.1. ont un caractère curatif et/ou diagnostique;
  - 2.2.2. sont médicalement nécessaires;
  - 2.2.3. sont prestés par des dispensateurs de soins reconnus;
  - 2.2.4. sont éprouvés à suffisance sur le plan thérapeutique;
  - 2.2.5. sont exposés pendant la durée du cas d'assurance.  
Dans les conditions ainsi énumérées, l'assureur garantit la liberté thérapeutique du dispensateur des soins et de la personne assurée.
- 2.3. Sont remboursés par cas d'assurance et à 80 % après intervention de l'assurance maladie légale :
  - 2.3.1. les frais des actes médicaux prestés lors d'une visite ou d'une consultation;
  - 2.3.2. les frais des actes paramédicaux prescrits par un médecin et autorisés préalablement par l'assureur. Ne sont subordonnés à aucune autorisation préalable : les soins infirmiers, la kinésithérapie et la physiothérapie;
  - 2.3.3. les frais des adjuvants médicaux prescrits par un médecin et autorisés préalablement par l'assureur. Ne sont subordonnés à aucune autorisation préalable : les verres de lunettes, les verres de contact, les appareils auditifs, les bandages pour hernies, les bas à varices, les semelles orthopédiques, les coquilles plâtrées, le lombostat, les attelles et les béquilles. Les frais dûment établis sont couverts à l'exclusion des frais d'entretien et de réparation, des frais des adjuvants pour leur utilisation et des pièces de rechange;
  - 2.3.4. les frais des prothèses médicales (sauf prothèses dentaires);
  - 2.3.5. les frais des membres artificiels;
  - 2.3.6. les frais des médicaments allopathiques, de pansement et de matériel médical, prescrits par un médecin, à l'exclusion de tout produit qui peut être obtenu dans le commerce en général.
- 2.4. En cas de non-intervention de l'assurance maladie légale, le taux de remboursement est maintenu à 80 %.

#### 3. Cas d'assurance selon les Plans A2 PLUS, A5 PLUS et A9 PLUS (= C.G.A. 6)

- 3.1. Le cas d'assurance est celui défini selon les Plans A2, A5 et A9 (= Point 2.1).
- 3.2. Sont remboursés dans le cadre d'un cas d'assurance, les frais médicaux répondant aux critères énoncés aux Plans A2, A5 et A9 (= Point 2.2).
- 3.3. Sont remboursés par cas d'assurance à 80 % après intervention de l'assurance maladie légale les frais décrits aux Plans A2, A5 et A9 (= Point 2.3.) ainsi que les frais du traitement homéopathique et des médicaments homéopathiques prescrits par un médecin, les frais du traitement d'acupuncture, du traitement d'ostéopathie et du traitement de chiropraxie presté par un dispensateur de soins légalement reconnu, ou, à défaut, reconnu par l'assureur.
- 3.4. En cas de non-intervention de l'assurance maladie légale, le taux de remboursement est maintenu à 80 %.

#### 4. Stage (= C.G.A. 11)

Le stage s'élève :

- 4.1. à 3 mois,
  - 4.2. à 9 mois pour accouchement,
- Il n'y a pas de stage :
- 4.3. pour les nouveau-nés assurés à partir de la date de la naissance pour cette partie de la garantie d'assurance qui n'excède pas celle d'un ou des parents déjà assurés.

#### 5. Franchise (= C.G.A. 13)

La franchise s'applique :

- 5.1. par personne assurée;
- 5.2. par année d'assurance mais au prorata du nombre de mois s'étalant entre le début d'un plan d'assurance et la date d'échéance annuelle si ce début ne coïncide pas avec la date d'échéance annuelle;
- 5.3. en prenant en considération la date des prestations effectuées.

#### 6. Assurabilité (= C.G.A. 16 et 17)

Sont assurables selon les Plans A9 et A9 plus :

- 6.1. les personnes qui lors de l'entrée en assurance sont valides,
- 6.2. les personnes qui lors de l'entrée en assurance ont un âge d'entrée permettant le calcul de la prime selon une tranche d'âge prévue et en vigueur,
- 6.3. les nouveau-nés à partir du mois de la naissance d'après le même plan d'assurance qu'un des parents assurés pour autant que le plan d'assurance soit conclu dans les 60 jours suivant le mois de la naissance.

Sont assurables selon les Plans A5 et A5 Plus :

- 6.4. les personnes qui répondent aux conditions définies aux Plans A9, A9 Plus,
- 6.5. les personnes qui sont soumises à la législation sociale en vigueur et qui bénéficient au moins du régime gros risques dans le secteur soins de santé,
- 6.6. les personnes qui ont leur domicile et leur résidence fixe et habituelle en Belgique.

Sont assurables selon les Plans A2 et A2 Plus :

- 6.7. les personnes qui répondent aux conditions définies aux Plans A5, A5 Plus,
- 6.8. les personnes qui sont soumises à la législation sociale en vigueur et qui bénéficient du régime gros et petits risques dans le secteur des soins de santé.