

CONDITIONS TARIFAIRES D'ASSURANCE DU PLAN IS 2000

EDITION 01.2000

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 le Plan IS 2000.

2. Cas d'assurance selon le Plan IS 2000 (= C.G.A. 6)

- 2.1. Le cas d'assurance est constitué par le traitement stationnaire dans un centre hospitalier suite à la survenance d'une maladie, d'un accouchement ou d'un accident pour autant qu'un jour de séjour puisse et soit effectivement porté en compte. Le cas d'assurance débute 30 jours avant l'entrée en centre hospitalier (période préhospitalière) et se termine 90 jours après la sortie du centre hospitalier mais au plus tard au début d'un nouveau cas d'assurance (= période posthospitalière). En cas de traitement dans un hôtel hospitalier ou dans un centre palliatif, assimilés par l'assureur à un centre hospitalier, le cas d'assurance est limité au séjour.
L'accouchement à domicile est assimilé à l'accouchement en milieu hospitalier.
- 2.2. Le cas d'assurance est constitué également par le traitement ambulatoire suite à la survenance d'une maladie grave. Le cas d'assurance débute avec l'instauration du traitement médical et se termine lorsqu'il n'existe plus de nécessité de traitement.
- 2.3. Sont considérées comme maladies graves dès le moment où un examen médical objectif en a permis l'établissement du diagnostic: le cancer, la leucémie, la maladie de Parkinson, la maladie de Hodgkin, la maladie de Pompe, la maladie de Crohn, la maladie d'Alzheimer, le SIDA, le diabète, la tuberculose, la sclérose en plaque, la sclérose latérale amyotrophique, la méningite cérébrospinale, la poliomyélite, les dystrophies musculaires progressives, l'encéphalite, le tétanos, l'hépatite virale, la malaria, le typhus exanthématique, les affections typhoïdes et paratyphoïdes, la diphtérie, le choléra, le charbon, la mucoviscidose, la dialyse rénale.
L'assureur est en droit de subordonner le droit aux prestations à la présentation des pièces médicales qui objectivent le diagnostic posé.
- 2.4. Sont remboursés dans le cadre d'un cas d'assurance les frais médicaux qui:
- 2.4.1. ont un caractère curatif, diagnostique ou palliatif;
 - 2.4.2. sont médicalement nécessaires;
 - 2.4.3. sont prestés par des dispensateurs de soins reconnus;
 - 2.4.4. sont éprouvés à suffisance sur le plan thérapeutique;
 - 2.4.5. 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.
- 2.5. Sont remboursés par cas d'assurance décrit au point C.T.A. 2.1. à 100% après l'intervention légale, statutaire ou de toute autre nature de la mutualité :
- 2.5.1. les frais de séjour;
 - 2.5.2. les frais de séjour et de logement d'un des parents dans le même centre que celui de l'enfant hospitalisé pour autant que le parent soit assuré d'après un même plan d'assurance, que la présence du parent soit considérée comme partie indispensable du traitement médical et que l'enfant n'ait pas atteint la tranche d'âge qui suit celle de 0 à 19 ans;
 - 2.5.3. es frais des prestations médicales;
 - 2.5.4. les frais des prestations paramédicales;
 - 2.5.5. les frais pharmaceutiques, de pansement et de matériel médical;
 - 2.5.6. les frais des adjuvants médicaux;
 - 2.5.7. les frais de chirurgie;
 - 2.5.8. les frais d'anesthésie;
 - 2.5.9. les frais de l'utilisation de la salle d'opération et d'accouchement;
 - 2.5.10. les frais des prothèses médicales, à l'exception des prothèses dont la couverture est réglée au point C.T.A. 7.;
 - 2.5.11. les frais des membres artificiels;
 - 2.5.12. les frais de transport en ambulance routière en Belgique;
 - 2.5.13. les frais de transport par hélicoptère en Belgique du lieu de l'accident au centre hospitalier pour autant que ce transport soit médicalement nécessaire et qu'un autre moyen de transport ne puisse être utilisé;
 - 2.5.14. les frais de mortuaire qui sont portés en compte sur la facture d'hospitalisation;
 - 2.5.15. les frais de soins post-natals dans les limites définies dans la convention conclue entre l'organisation de soins post-natals et l'assureur. Il s'agit des frais facturés par cette organisation pour les soins qui sont fournis à domicile par le prestataire de soins habilité à la mère, au nouveau-né et à la famille;
 - 2.5.16. les frais de séjour du donneur avec un maximum de 1.239,47 € à l'occasion de la transplantation médicalement nécessaire d'un organe ou d'un tissu en faveur de la personne assurée et hospitalisée;

- 2.5.17. les frais de l'extraction dentaire sous anesthésie générale en centre hospitalier.
- 2.6. Seulement en cas d'absence d'intervention de l'assurance maladie légale pour tous les postes de la facture d'hospitalisation, le taux de remboursement est réduit de 50% pour le cas d'assurance décrit au point C.T.A. 2.1., après déduction de l'intervention statutaire ou de toute autre nature de la mutualité.
- 2.7. Sont remboursés par cas d'assurance après l'intervention légale, statutaire ou de toute autre nature de la mutualité, pour autant qu'ils soient en rapport direct avec la cause du traitement en centre hospitalier et exposés pendant la période pré- et posthospitalière (= frais pré- et posthospitaliers) ou pour autant qu'ils soient en rapport direct avec le traitement ambulatoire d'une maladie grave diagnostiquée :

à 100 % :

- 2.7.1. les frais des actes médicaux prestés lors d'une visite ou d'une consultation,
- 2.7.2. les frais du traitement homéopathique, du traitement d'acupuncture, du traitement d'ostéopathie et du traitement de chiropraxie,
- 2.7.3. 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.
- 2.7.4. 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.
- 2.7.5. les frais des prothèses médicales, à l'exception des prothèses dont la couverture est réglée au point C.T.A. 7.,
- 2.7.6. les frais des membres artificiels.

à 80 % :

- 2.7.7. les frais des médicaments allopathiques et homéopathiques, de pansement et de matériel médical, prescrits par un médecin, à l'exclusion de tout type de produit qui peut être obtenu dans le commerce en général.
- 2.8. En cas de non-intervention de l'assurance maladie légale le taux de remboursement est réduit de 50 %, après déduction de l'intervention statutaire ou de toute autre nature de la mutualité.

3. Stage (= C.G.A. 11)

Le stage s'élève :

- 3.1. à 9 mois pour accouchement ,
- 3.2. à 12 mois pour les frais couverts au point C.T.A. 8.

4. Franchise (= C.G.A.13)

La franchise s'applique :

- 4.1. par personne assurée,
- 4.2. 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,
- 4.3. une fois au cas d'assurance qui s'étale d'une façon ininterrompue sur deux années d'assurance consécutives.

La franchise n'est pas d'application en cas de traitement ambulatoire suite à la survenance d'une maladie grave.

5. Assurabilité (= C.G.A. 16 et 17)

Sont assurables :

- 5.1. les personnes qui lors de l'entrée en assurance sont valides;
- 5.2. 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;
- 5.3. les personnes qui ont leur domicile et leur résidence fixe et habituelle en Belgique;
- 5.4. les personnes qui sont soumises à la législation sociale en vigueur et en bénéficiaire;
- 5.5. 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.

6. Fin de la garantie d'assurance (= C.G.A. 25)

Si le cas d'assurance (= C.T.A. 2.1.) se prolonge au-delà de la date de fin du plan d'assurance, le remboursement des frais exposés après cette fin est garanti jusqu'à la fin du cas d'assurance.

La couverture Maladies Graves (= C.T.A.2.2.) prend automatiquement fin à la date de fin du plan et de la garantie d'assurance.

7. Particularité

- 7.1. Sont remboursés par cas d'assurance après expiration du stage et suite à la survenance d'une maladie ou d'un accident :
 - 7.1.1 les frais des traitements dentaires excepté les traitements orthodontiques,
 - 7.1.2 les frais des prothèses dentaires et du matériel dentaire, y compris les bridges, les couronnes et les implants, pour autant que le plan de traitement soit préalablement soumis à l'assureur.
 - 7.2. Les frais décrits sont remboursés à 100 % après intervention légale, statutaire ou de toute autre nature de la mutualité, et à concurrence de 743,68 € par personne et par année d'assurance, en prenant en considération la date des prestations effectuées.
 - 7.3. En cas de non-intervention de l'assurance maladie légale, le taux de remboursement est maintenu à 100 %, et à concurrence de 743,68 € par personne et par année d'assurance, après déduction de l'intervention statutaire ou de toute autre nature de la mutualité.
-

8. Medi-Card®

Par l'utilisation et la signature de la Medi-Card®, la personne assurée accepte l'application des droits et obligations résultant du contrat d'assurance.

Lorsque l'assureur rembourse à l'hôpital les frais de séjour dans le cadre d'un dossier Medi-Card®, la personne assurée reconnaît que, conformément aux conditions contractuelles, les frais suivants restent à sa charge : la franchise, les frais non-médicaux et les frais des cas d'assurance non couverts par la garantie d'assurance.

L'assureur informe la personne assurée du montant à rembourser endéans un délai de 30 jours à compter de la réception de l'information. En cas de non-paiement par l'assuré, le preneur d'assurance s'engage à rembourser ces frais.

En cas d'usage abusif de la carte, le droit à son utilisation peut être retiré.