

Avenant au 1^{er} janvier et au 1^{er} avril 2020 aux Conditions générales Hospitalia au 01/01/2019

Conditions générales Hospitalia de la société mutualiste MLOZ Insurance
votées par le Conseil d'Administration du 25 septembre 2019 et l'Assemblée Générale Extraordinaire du 25 octobre 2019

MLOZ Insurance est la société mutualiste d'assurances des Mutualités Libres (OZ - Partenamut - Freie Krankenkasse - Partena Ziekenfonds). 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 - Av. de l'Astronomie 1, 1210 Bruxelles.
Siège social : route de Lennik 788A, 1070 Bruxelles - Belgique
(RPM Bruxelles) - www.mloz.be - N° d'entreprise : 422.189.629. - 25/10/2019



Modifications au 1^{er} janvier 2020

Changement de terminologie

Le terme « cotisations » est remplacé par « primes ».

Le terme « note d'hospitalisation » est remplacé par la « facture patient ».

Le terme « frais de séjour » du père ou de la mère dans la chambre de son enfant hospitalisé est remplacé par « frais d'accompagnement ».

Précisions

Changements (en gras) aux articles :

1. DEFINITIONS

1.3 Sections : les sections de MLOZ Insurance sont les intermédiaires qui offrent les produits d'assurance : 501 : OZ (www.oz.be) - ~~506 : Omnimut (www.omnimut.be)~~ - 509 : Partenamut (www.partenamut.be) - 515 : Freie Krankenkasse (www.freie.be) - 526 : Partena OZV (www.partena-ziekenfonds.be), toutes affiliées à l'Union Nationale des Mutualités Libres.

1.5 Hospitalisation de jour :

Par hospitalisation de jour, on entend exclusivement :

- une fonction de traitement de jour organisée et intégrée dans l'établissement et ayant des procédures déterminées en matière de sélection des patients, de sécurité, de surveillance qualitative, de continuité, de rédaction de rapports et de collaboration avec les divers services médico-techniques; est considérée comme intégrée dans l'établissement, la fonction de traitement de jour exploitée par le pouvoir organisateur de l'établissement, intégrée dans l'organisation médicale de l'établissement et placée sous la direction d'un médecin spécialiste de l'établissement ;
- 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.

1.7 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 délivrée lors d'une hospitalisation de jour,
- substance de contrastes.

1.11 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.

1.16 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.

3. CONCLUSION, DUREE ET FIN DU CONTRAT D'ASSURANCE

3.1. Conclusion du contrat d'assurance

...

Le contrat d'assurance peut être conclu à distance. Tout contrat conclu à distance est conclu au moment où l'assureur reçoit la « Demande de nouvelle affiliation ou de changement de produit » dûment complétée et signée par le preneur (pour autant que la 1ère prime soit reçue par MLOZ Insurance au plus tard le dernier jour du 3ème mois qui suit la date d'affiliation).

Le preneur d'assurance et l'assureur disposent d'un délai de 14 jours pour résilier le contrat d'assurance sans pénalité et sans obligation de motivation.

La résiliation par le preneur est effective au moment de la notification de la résiliation à l'assureur, celle venant de l'assureur 8 jours après sa notification au preneur d'assurance. L'exercice de ce droit se fait selon les modalités habituelles de désaffiliation reprises au point 3.2.

3.2 Fin du contrat d'assurance

Le contrat d'assurance est conclu à vie. Il prend néanmoins fin en cas de :

- ...
- mutation vers une autre mutualité que les Mutualités Libres (résiliation de plein droit)
- ...

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

...

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.

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 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).

Modifications au 1^{er} avril 2020

Amélioration de la couverture

La Garantie « Maladies Graves » est ajoutée en option à la couverture avec une prime séparée. Elle est accessible jusqu'à 65 ans.

La fin de l'assurance Hospitalia met automatiquement fin à cette garantie.

Changements (en gras) aux articles :

2. ADMISSION

2.1 Toute personne ne peut s'affilier à la couverture Hospitalia, et en complément à la Garantie « Maladies graves », et le rester que si elle est affiliée en assurance obligatoire et aux services complémentaires à l'une des 4 sections, sauf exceptions statutaires (consultez ces sections : Partenamut, Freie Krankenkasse, OZ, Partena Ziekenfonds). 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.

La limite d'âge pour l'affiliation à la Garantie « Maladies graves », est fixée à 65 ans, sauf en cas de mutation en assurance obligatoire pour les personnes précédemment affiliées et en ordre de primes à une assurance hospitalisation, et à une Garantie « Maladies graves », similaires auprès d'une autre entité mutualiste belge.

3. CONCLUSION, DUREE ET FIN DU CONTRAT D'ASSURANCE

3.1 Conclusion et durée du contrat d'assurance

Le contrat d'assurance est formé par la lettre d'acceptation (avec ou sans limitation) et les conditions générales, et par les avenants.

Le contrat d'assurance prend cours le premier jour du mois suivant celui au cours duquel MLOZ Insurance a reçu la "Demande 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.

Le contrat d'assurance peut être conclu à distance. Tout contrat conclu à distance est conclu au moment où l'assureur reçoit la « Demande de nouvelle affiliation ou de changement de produit » dûment complétée et signée par le preneur (pour autant que la 1ère prime soit reçue par MLOZ Insurance au plus tard le dernier jour du 3ème mois qui suit la date d'affiliation).

Le preneur d'assurance et l'assureur disposent d'un délai de 14 jours pour résilier le contrat d'assurance sans pénalité et sans obligation de motivation.

La résiliation par le preneur est effective au moment de la notification de la résiliation à l'assureur, celle venant de l'assureur 8 jours après sa notification au preneur d'assurance.

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, 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 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 ;

- fraude ou de tentative de fraude ;

- ...

4. DEBUT, EXCLUSIONS ET FIN DE LA GARANTIE

4.1. Début de la garantie d'assurance

4.1.1. Règle générale : stage de 6 mois

Avant de pouvoir bénéficier des interventions de MLOZ Insurance, un stage de 6 mois débutant à la date d'affiliation est prévu. De même, un stage de 6 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.

9. SEGMENTATION ASSURANCES HOSPITALIERES

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 ainsi que dans l'accès au produit.

a) L'accès peut être limité en fonction du produit choisi. Il n'y a pas d'âge limite pour Hospitalia. Il est de 65 ans pour la Garantie "Maladies graves" complémentaire à Hospitalia.

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, et à la garantie « soins ambulatoires » pour la Garantie « Maladies Graves », les primes ne peuvent être augmentées.

11. REMBOURSEMENTS D'HOSPITALIA

11.7 Garantie « Maladies Graves » (en option) à partir du 01/04/2020. Cette option est acquise sans questionnaire médical à tous les assurés d'Hospitalia au 31/12/2019, pour les maladies graves détectées après le 31/03/2020.

11.7.1. Interventions

Intervention dans les soins de santé dispensés en dehors d'une hospitalisation pour les 31 maladies graves suivantes : cancer, leucémie, maladie de Parkinson, maladie de Hodgkin, maladie d'Alzheimer, sida, tuberculose, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, méningite cérébrospinale, poliomyélite, dystrophies musculaires progressives, encéphalite, tétanos, mucoviscidose, maladie de Crohn, brucellose, cirrhose du foie suite à une hépatite, sclérodermie avec atteinte aux organes, diabète type I, rectocolite ulcéro-hémorragique, maladie de Pompe, malaria, typhus exanthématique, affections typhoïdes et paratyphoïdes, diphtérie, choléra, maladie de charbon, maladie de Creutzfeldt-Jakob, insuffisance rénale qui nécessite une dialyse, transplantation d'un organe sauf greffes de peau et de la cornée après accord du Conseiller Médical et à concurrence d'un plafond maximum de €7.000 par an. Les soins de santé doivent être exposés en Belgique, médicalement nécessaires, ordonnés par un médecin, repris dans la nomenclature, en relation directe avec la maladie grave et prodigués durant la période d'octroi de la garantie, telle qu'accordée par le Conseiller Médical.

La garantie maladies graves n'est acquise que pour autant que la maladie grave n'ait pas été diagnostiquée avant l'affiliation à cette garantie.

Les avantages de cette garantie sont les suivants :

1. Les consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes, les actes techniques médicaux, l'imagerie médicale, la radio et radioradiologie, la médecine nucléaire, la médecine interne, la dermatologie, la physiothérapie, la biologie clinique, les suppléments d'urgence, la bandagisterie, l'orthopédie, l'optique, l'acoustique, l'anatomopathologie, la génétique, les prestations spéciales, la kinésithérapie, les soins infirmiers, la logopédie, les radio-isotopes et la rééducation cardiaque sont remboursés à concurrence des tickets modérateurs et des suppléments d'honoraires légaux, limités à 100 % du tarif de la convention.
2. Les produits pharmaceutiques allopathiques, préparations magistrales et perruques (prothèses capillaires) sur prescription médicale sont remboursés à concurrence du prix réellement payé par le patient s'il y a intervention de l'assurance obligatoire.
3. La location de matériel médical est remboursée, après intervention éventuelle des services complémentaires des mutualités.

11.7.2. Conditions d'intervention

Pour bénéficier de cette garantie, l'assuré doit demander l'accord au Conseiller Médical. Il remettra une attestation d'un médecin qui spécifiera le diagnostic de la maladie grave du patient, confirmé par des examens biologiques ou anatomopathologiques, ou par l'imagerie médicale ou par tout autre examen médical reconnu habituellement dans le monde médical, sur base de laquelle le Conseiller Médical de MLOZ Insurance acceptera ou refusera le bénéfice de la garantie pour une période d'un an par maladie grave, débutant le jour de l'attestation du médecin.

Cet accord peut être renouvelé par période d'un an pour la même maladie, directement ou non à la suite de la première période.

Si le Conseiller Médical de MLOZ Insurance estime devoir demander des renseignements complémentaires, l'assuré dispose de 45 jours pour y donner suite, à partir de la date d'expédition de la demande du Conseiller Médical.

Si ce délai est respecté, en cas d'acceptation médicale, la garantie prend cours le jour de l'attestation du médecin.

Si le délai n'est pas respecté, en cas d'acceptation médicale, la garantie prend cours le lendemain du jour de réception des documents complémentaires.

Si le délai dépasse 90 jours, une nouvelle demande doit être introduite.

La décision d'acceptation ou de refus d'octroi de la garantie est communiquée par lettre à l'assuré, avec la mention de la période couverte par la Garantie "Maladies graves".

Modification de la couverture

13. LIMITATIONS D'INTERVENTIONS

13.3 Prestations non couvertes par Hospitalia

MLOZ Insurance n'intervient pas :

- ...
- pour les prestations médicales, pharmaceutiques et hospitalières tenant à l'esthétique, et/ou qui ne sont pas nécessaires du point de vue médical **et les frais soumis à la TVA;**
- ...

Précisions

Ajout (en gras) à l'article :

15. INTERVENTIONS

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, 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, et le décompte du remboursement des attestations de soins par la mutuelle ou une copie de celles-ci.

11. REMBOURSEMENTS D'HOSPITALIA

11.1. Interventions pour les hospitalisations en Belgique

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 pour les ~~2-plafonds~~ :

~~• Les produits pharmaceutiques non remboursables en AO à concurrence de maximum € 600 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 la base du dossier médical de l'assuré. En cas de frais à charge du patient de € 2.500 ou plus, un remboursement de € 1.200 pourra être octroyé au maximum une fois par an.~~

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.

2. En cas d'hospitalisation en chambre particulière, remboursement sur base de la facture patient et de la note d'honoraires :

...

2.2. 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 € 25 par jour.

...

2.5 des produits pharmaceutiques non remboursables en assurance obligatoire, en milieu hospitalier, à concurrence de max. € ~~600~~ **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 € ~~1.200~~ **2.400** pourra être octroyé au maximum une fois par an.

La liste 2020 des hôpitaux avec franchise en cas d'hospitalisation d'au moins une nuit en chambre particulière passe de 20 à 17.

La liste des hôpitaux concernés par l'application de la franchise est établie avec application au 1^{er} janvier.

nouvelle liste sera applicable à tous les cas d'assurance dont le début du séjour coïncide ou est postérieur à la date d'entrée en vigueur de la nouvelle liste.

La liste 2020 des hôpitaux réclamant plus de 200 % est la suivante :

- C.H. EPICURA (RHMS) - Ath, Hornu, Baudour
- C.H.U. DE TIVOLI - La Louvière
- C.H.U. J. BORDET - Bruxelles
- C.H.U. AMBROISE PARE - Mons
- C.M.P. LA RAMEE - Bruxelles
- CHIREC (Edith Cavell, Basilique, Parc Léopold, Ste-Anne/St-Remi, Braine-l'Alleud - Waterloo et Delta) - Bruxelles et Braine-l'Alleud
- CLINIQUE NOTRE DAME DE GRACE - Charleroi (Gosselies)
- **CLINIQUE SAINT JEAN - Bruxelles**
- **CLINIQUES DE L'EUROPE - Bruxelles**
- CLINIQUES UNIVERSITAIRES ST-LUC - Bruxelles
- HOPITAL BRUGMANN - Bruxelles
- HOPITAUX D'IRIS SUD (Baron Lambert, Etterbeek-Ixelles, Bracops et Molière) - Bruxelles
- CENTRE DE SANTE DES FAGNES - Chimay
- C.H.C / CLINIQUE SAINT-VINCENT - Liège (Rocourt)
- C.H.C / CLINIQUE SAINT-JOSEPH - Liège
- C.H.C / CLINIQUE DE L'ESPERANCE - Montegnée
- C.H.C / CLINIQUE NOTRE-DAME - Hermalle/Argenteau
- C.H.C / CLINIQUE NOTRE-DAME - Waremme
- C.H.C / CLINIQUE SAINTE-ELISABETH - Verviers (Heusy)
- **C.H.R de la CITADELLE - Liège**

Cette liste est consultable via www.hopitauxfranchise.be.

3. En cas d'hospitalisation ou d'hospitalisation de jour, 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.

11.6 Interventions préhospitalières (nouveau)

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 30 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 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 - 427534, les radio-isotopes, effectués en ambulatoire pendant la période de 30 jours précédant l'hospitalisation.

Si la période de 30 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 30 (gériatrie), 34, 37 et 41 (psychiatrie) et service 61 à 66 (spécialités), sauf pour les soins ambulatoires dans le service des urgences.

11.6 Interventions posthospitalières

11.6.1. Soins posthospitaliers

...

L'intervention d'Hospitalia 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 **90 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 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 rééducation locomoteur pour les codes 776156 - 776171 - 773791 - 773776 - 773872 - 773754 - 773673 - 773813 - 773614 - 773732, le placement du processeur Baha tels que définis à la nomenclature, effectués en ambulatoire pendant la période de **90 jours** qui suit l'hospitalisation.


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 90 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.

Le remboursement des 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 dans les 90 jours suivant l'hospitalisation, pour autant qu'elles soient en relation directe avec l'hospitalisation.

7. Primes au 01/01/2020 et au 01/04/2020

Montants mensuels en euros du 01/01 au 31/03/2020, toutes taxes comprises, en fonction de l'âge au 1/01/2020


Tranches d'âge : 	Prime commerciale HOSPITALIA , taxes et contributions comprises, à payer	Taxes et contributions	Prime commerciale hors taxes	dont frais d'acquisition	dont frais d'administration
		Cotisation INAMI 10 %		3,32 %	2,02 %
Affiliés au produit Hospitalia					
• Avant le 01/01/1994 ou affiliés, après cette date, avant l'âge de 46 ans (1)					
moins de 18 ans	4,28	0,38	3,90	0,13	0,08
de 18 à 24 ans	5,59	0,51	5,08	0,17	0,10
de 25 à 49 ans	11,95	1,08	10,87	0,36	0,22
de 50 à 59 ans	14,75	1,33	13,42	0,45	0,27
60 ans et plus	31,92	2,89	29,03	0,96	0,59
• Après le 01/01/1994, entre 46 et 49 ans (1)					
46 à 49 ans (+5 %)	12,50	1,13	11,37	0,38	0,23
50 à 59 ans (+5 %)	15,43	1,39	14,04	0,47	0,28
60 ans et plus (+5 %)	33,42	3,03	30,39	1,01	0,61
• Après le 01/01/1994, entre 50 et 54 ans (1)					
à 49 ans (+10 %) (2)	13,06	1,18	11,88	0,39	0,24
50 à 59 ans (+10 %)	16,12	1,46	14,66	0,49	0,30
60 ans et plus (+10 %)	34,92	3,17	31,75	1,05	0,64
• Après le 01/01/1994, entre 55 et 59 ans (1)					
55 à 59 ans (+50 %)	21,59	1,95	19,64	0,65	0,40
60 ans et plus (+50 %)	46,90	4,25	42,65	1,41	0,86
• Après le 01/01/1994, et jusqu'au 30/06/2014, à l'âge de 60 ans et plus (1)					
à 59 ans (+70 %) (2)	24,32	2,20	22,12	0,73	0,45
60 ans et plus (+70%)	52,89	4,80	48,09	1,60	0,97
• A partir du 01/07/2014, à l'âge de 60 ans et plus (1)					
entre 60 et 70 ans (3)	52,89	4,80	48,09	1,60	0,97
entre 71 et 75 ans (3)	55,88	5,07	50,81	1,69	1,02
à 76 ans et plus (3)	58,88	5,34	53,88	1,79	1,08

(1) A la date de début de l'affiliation à Hospitalia

(2) Âge au 1^{er} janvier de l'année d'affiliation

(3) A partir du 1/07/2014, à la date de début d'affiliation

Montants mensuels en euros au 01/04/2020, toutes taxes comprises, en fonction de l'âge au 1/01/2020

Tranches d'âge : 	Prime commerciale HOSPITALIA, taxes et contributions comprises, à payer	Taxes et contributions	Prime commerciale hors taxes	dont frais d'acquisition	dont frais d'administration
		Cotisation INAMI 10 %		3,32 %	2,02 %

Affiliés au produit Hospitalia					
• Avant le 01/01/1994 ou affiliés, après cette date, avant l'âge de 46 ans (1)					
moins de 18 ans	4,00	0,36	3,64	0,12	0,07
de 18 à 24 ans	5,24	0,48	4,76	0,16	0,10
de 25 à 49 ans	11,07	1,01	10,06	0,33	0,20
de 50 à 59 ans	13,67	1,24	12,43	0,41	0,25
60 ans et plus	29,95	2,72	27,23	0,90	0,55
• Après le 01/01/1994, entre 46 et 49 ans (1)					
46 à 49 ans (+5 %)	11,62	1,06	10,56	0,35	0,21
50 à 59 ans (+5 %)	14,35	1,30	13,05	0,43	0,26
60 ans et plus (+5 %)	31,45	2,86	28,59	0,95	0,58
• Après le 01/01/1994, entre 50 et 54 ans (1)					
à 49 ans (+10 %) (2)	12,18	1,11	11,07	0,37	0,22
50 à 59 ans (+10 %)	15,04	1,37	13,67	0,45	0,28
60 ans et plus (+10 %)	32,95	3,00	29,95	0,99	0,61
• Après le 01/01/1994, entre 55 et 59 ans (1)					
55 à 59 ans (+50 %)	20,51	1,86	18,65	0,62	0,38
60 ans et plus (+50 %)	44,93	4,08	40,85	1,36	0,83
• Après le 01/01/1994 et jusqu'au 30/06/2014, à l'âge de 60 ans et plus (1)					
à 59 ans (+70 %) (2)	23,24	2,11	21,13	0,70	0,47
60 ans et plus (+70%)	50,92	4,63	46,29	1,54	0,94
• A partir du 01/07/2014, à l'âge de 60 ans et plus (1)					
entre 60 et 70 ans (3)	50,92	4,63	46,29	1,54	0,94
entre 71 et 75 ans (3)	53,91	4,90	49,01	1,62	0,99
à 76 ans et plus (3)	56,91	5,17	51,74	1,71	1,05

- (1) A la date de début de l'affiliation à Hospitalia
 (2) Âge au 1^{er} janvier de l'année d'affiliation
 (3) A partir du 1/07/2014, à la date de début d'affiliation

Tranches d'âge :	Prime commerciale GARANTIE « MALADIES GRAVES », taxes et contributions comprises, à payer	Taxes et contributions	Prime commerciale hors taxes	dont frais d'acquisition	dont frais d'administration
		Taxe d'assurance 9,25 %		3,32 %	2,02 %

Affiliés à la Garantie Maladies Graves					
moins de 18 ans	0,28	0,02	0,26	0,01	0,01
de 18 à 24 ans	0,35	0,03	0,32	0,01	0,01
de 25 à 49 ans	0,88	0,07	0,81	0,03	0,02
de 50 à 59 ans	1,08	0,09	0,99	0,03	0,02
60 ans et plus	1,97	0,17	1,80	0,06	0,04

Il n'y a aucune majoration de la prime de la Garantie « Maladies graves ».

Votre attention est attirée sur le fait qu'une comparaison entre plusieurs contrats d'assurance ne doit pas se limiter à comparer l'estimation des coûts et frais de chaque contrat mais doit également prendre en considération d'autres éléments, tels que l'étendue des garanties, le montant des franchises éventuelles ou les clauses d'exclusion.

Les estimations communiquées ci-dessus permettent de mieux apprécier la partie de la prime qui sert à couvrir le risque assuré par le contrat d'assurance. Le solde de la prime, après déduction des taxes et contributions ainsi que des frais d'acquisition et d'administration, représente en effet la part de la prime affectée à l'exécution des prestations contractuelles ainsi que les frais non mentionnés ci-dessus (y inclus le coût mutualisé des sinistres et de leur gestion).

Ces estimations sont calculées sur la base des données comptables du dernier exercice comptable de l'entreprise d'assurances telles qu'approuvées par son Assemblée Générale.

Les autres articles restent inchangés.

Les conditions générales d'Hospitalia au 01/01/2020 peuvent être consultées via ce lien : www.condgen.be.
 Une copie papier peut également être obtenue sur simple demande par téléphone, e-mail ou dans une agence de votre mutualité.