

Conditions générales Medicalia au 1er janvier 2017

Conditions générales de l'assurance soins ambulatoires, Medicalia, de la société mutualiste 'Mutuelle Entraide Hospitalisation' votées par le Conseil d'Administration du 29 septembre 2016 et l'Assemblée Générale Extraordinaire du 28 octobre 2016

Société mutualiste d'assurance "Mutuelle Entraide Hospitalisation" agréée sous le n° de code OCM 750/01 pour les branches 2 et 18, auprès de l'Office de contrôle des mutualités et des Unions Nationales de mutualités - Avenue de l'Astronomie, 1 - 1210 Bruxelles par décision du 24 juin 2013 pour offrir des assurances maladie au sens de la branche 2 de l'annexe 1 de l'arrêté royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances, 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 l'arrêté royal précité, sous le numéro de code OCM 750/01.



1. DEFINITIONS

1.1. Assureur : la SOCIETE MUTUALISTE D'ASSURANCES "Mutuelle Entraide Hospitalisation", couramment dénommée HOSPITALIA, entreprise d'assurances agréée par "l'Office de contrôle des mutualités et des Unions nationales de mutualités", Avenue de l'Astronomie, 1 - 1210 Bruxelles par décision du 24 juin 2013 pour offrir des assurances maladie au sens de la branche 2 de l'annexe 1 de l'arrêté royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances, 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 l'arrêté royal précité, 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 tenu au paiement de la cotisation.

1.3. Sections : les sections de la SMA sont les intermédiaires qui offrent les produits d'assurance : 501 : OZ (www.oz.be) - 509 : Partenamut (www.partenamut.be) - 526 : Partena OZV (www.partena-ziekenfonds.be), toutes affiliées à l'Union Nationale des Mutualités Libres.

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

1.5. 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.

1.6. Note d'hospitalisation et note d'honoraires : les documents prévus par l'article 10, §1 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnées le 14 juillet 1994.

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

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

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

2. ADMISSION

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). 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 membre 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.

3. CONCLUSION ET FIN DU CONTRAT D'ASSURANCE

3.1. Conclusion du contrat d'assurance

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 1er jour du mois suivant celui au cours duquel la SMA a reçu la "Demande de nouvelle affiliation ou de changement de produit" dûment complétée (le datage interne ou scanning faisant foi), si la première cotisation est reçue par la SMA, pour chaque assuré au plus tard le dernier jour du 3e 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 la SMA avant la fin du 3e mois qui suit la naissance ou son adoption, et que la première cotisation soit perçue par la SMA au plus tard le dernier jour du 3e mois qui suit la date d'affiliation.

Le paiement spontané d'une cotisation sans y avoir été invité ne vaut pas affiliation. En cas de non-respect du délai de 3 mois énoncé ci-avant, cette cotisation 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 cotisation, 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 1er jour du mois qui suit l'envoi de la lettre recommandée, la remise de l'exploit d'huissier ou de la lettre de résiliation contre récépissé, adressée soit directement à la SMA, soit via une des sections visées ci-dessus ;
- fraude ou de tentative de fraude ;
- préjudice causé volontairement aux intérêts de la SMA 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 ;
- résiliation par l'assureur en cas de non-paiement des cotisations ;
- exclusion des services complémentaires mutualistes ;
- mutation vers une autre mutualité que les Mutualités Libres ;
- décès ;
- nullité.

4. DEBUT, EXCLUSIONS ET FIN DE 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 débutés 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 3e mois qui suit sa naissance ou son adoption, et à condition que la première cotisation soit perçue au plus tard le dernier jour du 6e mois qui suit la date d'affiliation. La première cotisation 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.
- 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 cotisation dans les 15 jours de la demande de paiement par la SMA.
- 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 la SMA.
- Dérogation au stage pour les assurances soins ambulatoires similaires
Il pourra être dérogé aux stages de 6 ou 12 mois en faveur des nouveaux preneurs 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 afférents à une maladie ou un accident :

- résultant de faits de guerre : 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 à un délit ;
- 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.
- résultant d'ivresse, d'alcoolisme et de toxicomanie ;
- résultant de réactions nucléaires.

4.3. Fin de garantie

La garantie d'assurance prend fin en même temps que la fin du contrat d'assurance.

5. DROIT AUX PRESTATIONS

La SMA 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 d'assurance 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. COTISATIONS

Montants mensuels en € au 01/01/2017, en fonction de l'âge

Affiliés au produit Medicalia	
Age	
de 0 à 6 ans	Gratuit
de 7 à 17 ans	13,00
de 18 à 29 ans	14,50
de 30 à 44 ans	15,00
de 45 à 59 ans	23,00
60 ans et plus	39,00

8. MODALITES DE REDEVANCE DE LA COTISATION

Le preneur est redevable de la cotisation à sa date d'échéance, suivant la périodicité convenue (trimestre, semestre, année).

La cotisation est quérable et payable anticipativement. Elle est adressée à la dernière adresse connue du preneur d'assurance. Est considérée comme anticipative, toute cotisation reçue avant le 1er 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 cotisation avant le 1er jour du trimestre reçoit une mise en demeure par lettre recommandée le sommant de payer la cotisation dans un délai de 15 jours à compter du lendemain du dépôt de la lettre recommandée à la poste. 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 cotisation 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 cotisations échues et sera tenu d'effectuer un nouveau stage pour bénéficier à nouveau des prestations.

9. SEGMENTATION

La segmentation est une technique permettant à un assureur de classer les risques selon certains critères pour établir son tarif et /ou déterminer les modalités des garanties offertes.

Les critères de segmentation suivants pourraient être pris en considération :

Lors de la prise de cours du contrat :

- L'âge de l'assuré, car sur base des données statistiques, les probabilités de maladie et hospitalisation augmentent avec l'âge. Ce critère est susceptible d'avoir un impact sur la survenance des sinistres et/ou sur le montant des débours. Il est dès lors pris en compte dans l'établissement du montant de la cotisation.

Durant le contrat :

- L'âge de l'assuré, car sur base des données statistiques, les probabilités de maladie et hospitalisation augmentent avec l'âge. Ce critère est susceptible d'avoir un impact sur la survenance des sinistres et/ou sur le montant des débours. Il est dès lors pris en compte dans l'établissement du montant de la cotisation.

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

La cotisation, les conditions tarifaires et les conditions de la 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 des cotisations, il sera procédé annuellement 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 cotisation et aux prestations en vigueur avant l'indexation.

Les cotisations seront néanmoins majorées en fonction des différentes taxes applicables en la matière.

11. REMBOURSEMENTS DE MEDICALIA

Intervention pour les soins ambulatoires prescrits et dispensés en Belgique.

11.1. Thérapies alternatives

Traitements réalisés par des logopèdes, ergothérapeutes, diététiciens, psychologues, ostéopathes, chiropracteurs, homéopathes, acupuncteurs et orthopédistes pour autant que ces prestataires soient reconnus par l'INAMI ou repris dans les listes publiées et utilisées par la SMA. L'intervention de la SMA vise les prestations pour lesquelles aucune intervention de l'assurance obligatoire n'est prévue.

La SMA rembourse, dans le cadre de la couverture Medicalia, 75% du montant de la facture à charge de l'assuré (après déduction de l'intervention de l'assurance 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.

En cas d'intervention de l'assurance obligatoire, la SMA 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.

La SMA rembourse, dans le cadre de la couverture Medicalia, 75% du montant de la facture qui reste à charge de l'assuré (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 la SMA, 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 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 (solaires), ni pour 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.

La SMA 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, la SMA 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

La SMA 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 et Hospitalia Plus en matière de soins pré/post-hospitaliers et de garantie de maladies graves.

Le cas échéant, le remboursement ne peut en aucun cas excéder le montant de la garantie couverte et à 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, la SMA 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 la Société Mutualiste d'Assurances 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 de 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 ;
- le service « soins urgents à l'étranger » des organismes assureurs. 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, la SMA 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 la SMA, le bénéficiaire a droit à la différence à charge de cette dernière. Ces renseignements doivent figurer sur la "Demande d'intervention". L'intervention de la SMA 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, la SMA pourra octroyer ses prestations à titre provisoire en attendant que le dommage soit effectivement réparé. Dans ce cas, la SMA 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 la SMA.

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. Paiement des avantages

Pour avoir droit aux remboursements, le preneur d'assurance doit être en ordre de cotisations 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.

15. TRAITEMENT DE DONNEES

Le preneur d'assurance déclare :

- autoriser la SMA à recueillir et à traiter les données et informations à caractère personnel et médical. Les données à caractère médical sont recueillies et traitées sous la surveillance et la responsabilité d'un professionnel des soins de santé attaché à la SMA.
- autoriser la SMA à utiliser les données à caractère médical afin de conclure, de gérer et d'exécuter son contrat d'assurance.

L'assureur déclare que les informations et données à caractère personnel et médical ne sont recueillies, traitées et utilisées qu'à la réalisation de ces finalités et que, par rapport à ces finalités, les informations et données recueillies sont adéquates, pertinentes et non excessives.

16. MODE DE COMMUNICATION ET LANGUES

La SMA communique avec ses assurés à travers différents canaux :

- par courrier ordinaire et par e-mail sur info@hospitalia.be
- par téléphone au 02/778 92 11
- via votre section : pour obtenir les coordonnées de l'agence la plus proche : 501 : OZ (www.oz.be) - 509 : Partenamut (www.partenamut.be) - 526 : Partena OZV (www.partena-ziekenfonds.be)

Langue de communication

Toute communication se tient en français, néerlandais, anglais, selon le choix du preneur. Tous nos documents sont disponibles en français, néerlandais, anglais.

17. PLAINTES

Pour ce qui n'est pas stipulé au contrat d'assurance, les dispositions légales belges sont applicables.

Toute plainte relative au contrat d'assurance peut être adressée :

- soit à la section dont dépend le preneur
- soit par e-mail à jean.vignerone@mloz.be
- soit par téléphone à MLOZ : 02/778 92 11

Si vous aviez une plainte concernant nos prestations de service que nous n'avons pas pu régler ensemble, vous pouvez contacter le service Ombudsman Assurances dont le siège est situé : Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles

Tél. 02/547 58 71 - Fax 02/547 59 75

info@ombudsman.as - www.ombudsman.as

18. POLITIQUE EN MATIERE DE CONFLITS D'INTERETS

Conformément à la législation, la SMA 'Mutuelle Entraide Hospitalisation' a développé une 'Politique en matière de conflits d'intérêts' (www.hospitalia.be/mifid).

La SMA entend prévenir les conflits d'intérêts et notamment les conflits d'intérêts susceptibles de nuire aux intérêts d'un ou plusieurs de ses clients en les opposants aux intérêts d'un de ses agents, d'autres clients, de la SMA elle-même ou d'un collaborateur de la SMA ou de ses sections. Soucieuse de se conformer à ses obligations, la SMA a élaboré un cadre général décrivant la manière dont elle s'organise en matière de gestion des conflits d'intérêts via :

- l'identification des conflits d'intérêts potentiels
- les mesures de gestion des conflits d'intérêts nés ou à naître
- l'information de ses clients
- la formation de ses collaborateurs
- la tenue d'un registre de conflits d'intérêts
- la mise en oeuvre et l'évaluation régulière de la présente politique.

Ce résumé n'a qu'une valeur informative, seuls les statuts déterminent les droits et les obligations des preneurs de la SMA. Ils peuvent être consultés au siège social de la SMA ou sur le site www.hospitalia.be.