

Avenant au 1^{er} janvier 2021

aux Conditions générales Hospitalia et à l'option complémentaire Garantie 'Maladies graves' au 1^{er} avril 2020

Conditions générales Hospitalia de la société mutualiste MLOZ Insurance
votées par le Conseil d'Administration du 23 septembre 2020 et l'Assemblée Générale Extraordinaire du 23 octobre 2020

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

Siège social : route de Lennik 788A, 1070 Bruxelles - Belgique (RPM Bruxelles) -
www.mloz.be - N° d'entreprise: 422.189.629. - 23/10/2020



Nouvelle définition légale

Changements (en gras) à l'article :

1. DEFINITIONS

1.5 Hospitalisation de jour :

Par hospitalisation de jour, on entend exclusivement :

- **une admission et un séjour dans un hôpital agréé sans nuitée et où le patient subit une ou plusieurs interventions planifiables. Ces interventions requièrent des procédures établies pour la sélection des patients, la sécurité, le contrôle de la qualité, la continuité, les soins de suivi, la rédaction des rapports et la coopération avec les divers services médicotéchniques sous la surveillance et la direction d'un médecin spécialiste attaché à l'hôpital avec une surveillance et une administration des soins adéquates ;**
- 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.

Ajout d'une définition

1.17. Attelle :

- **Une attelle est un dispositif médical, composé de métal et/ou de matière synthétique, destiné à fixer une articulation ou un membre de manière à réduire au minimum les mouvements. Il s'agit d'un traitement temporaire destiné à soulager la douleur ou à prévenir d'autres blessures.**
- **En ce qui concerne les attelles remboursables, il s'agit des codes de la nomenclature de l'article 29, paragraphe 1, point A (sauf pour la réparation et l'entretien), point B (groupes principaux I, II, III, IV, VI, VIII, XII) et point C (tous les groupes principaux sauf XVI).**

Précision

Changements (en gras) à l'article :

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 1^{ère} prime soit reçue par MLOZ Insurance au plus tard le dernier jour du 3^{ème} mois qui suit la date d'affiliation).

Le preneur d'assurance et l'assureur disposent d'un délai de 14 jours à compter de l'envoi de la lettre d'acceptation par MLOZ Insurance, 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.

Amélioration de la couverture

Changements (en gras) aux articles :

11. REMBOURSEMENTS D'HOSPITALIA

11.1. Interventions pour les hospitalisations en Belgique

L'intervention est due en cas d'hospitalisation dans un service agréé, soit les suivants :

- 19 (n) section des soins néonataux non intensifs
- 21 (C) service de diagnostic et de traitement chirurgical
- 22 (D) service de diagnostic et de traitement médical
- 23 (E) service de pédiatrie
- 24 (H) service d'hospitalisation simple
- 25 (L) service des maladies contagieuses
- 26 (M) service de maternité
- 27 (N) service des soins néonataux intensifs
- 29 unité de traitement des grands brûlés
- 34 (K) service de neuropsychiatrie infantile (jour et nuit)
- 37 (A) service neuropsychiatrique (jour et nuit)
- 41 (T) service psychiatrique (jour et nuit)
- 48 (IB) service de traitement intensif des patients psychiatriques**
- 49 (I) service de soins intensifs et dans les limites prévues :
- 30 (G) service de gériatrie et de réhabilitation
- 61 à 66 (Sp) services spécialisés :
 - 61 affections cardio-pulmonaires
 - 62 affections locomotrices
 - 63 affections neurologiques
 - 64 affections chroniques nécessitant des soins palliatifs
 - 65 polyopathologies chroniques nécessitant des soins médicaux prolongés
 - 66 affections psychogériatriques

Adaptation de la liste

Changements (en gras) à l'article :

Liste 2021 des hôpitaux avec franchise en cas d'hospitalisation d'au moins une nuit en chambre particulière.

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

La 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 2021 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 (Delta, Ste-Anne/St-Remi, Basilique, Edith Cavell, Braine-l'Alleud - Waterloo) - Bruxelles et Braine-l'Alleud
- CLINIQUE NOTRE DAME DE GRACE - Charleroi (Gosselies)
- 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
- CLINIQUE CHC HERMALLE - Hermalle /s Argenteau
- CLINIQUE CHC HEUSY - Verviers (Heusy)
- CLINIQUE CHC MONT LEGIA - Liège
- CLINIQUE CHC WAREMME - Waremmes
- **UZ Gent - Gent**

Cette liste est consultable via www.hopitauxfranchise.be.

Limitations en cas d'hospitalisation en services 34, 37, 41 et 48

L'intervention en services 34, 37, 41 **et 48** est limitée à 10 jours par an.

Améliorations de la couverture

Changements (en gras) aux articles :

11.5. Interventions préhospitalières

Exclusion : les soins préhospitaliers sont exclus avant un séjour en service 30 (gériatrie), 34, 37, 41 **et 48 (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

Exclusions : les soins posthospitaliers sont exclus après un séjour en services 30 (gériatrie), 34, 37, 41 **et 48 (psychiatrie)** et services 61 à 66 (spécialités).

11.7. Garantie maladies graves (garantie optionnelle)

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 radiumthérapie, la médecine nucléaire, la médecine interne, la dermato-vénérologie, la physiothérapie, la biologie clinique, **les honoraires pour la prise en charge urgente dans une fonction reconnue de soins urgents spécialisés**, 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.

Les autres articles restent inchangés.

Les conditions générales d'Hospitalia au 01/01/2021 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.

7. PRIMES AU 01/01/2021

Montants mensuels en euros au 01/01/2021, toutes taxes comprises, en fonction de l'âge au 01/01/2021

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%		3,26 %	1,95 %

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	4,02	0,37	3,65	0,12	0,07
de 18 à 24 ans	5,26	0,48	4,78	0,16	0,09
de 25 à 49 ans	11,12	1,01	10,11	0,33	0,20
de 50 à 59 ans	13,74	1,25	12,49	0,41	0,24
60 ans et plus	30,12	2,74	27,38	0,89	0,53

• Après le 01/01/1994, entre 46 et 49 ans (1)

46 à 49 ans (+5 %)	11,68	1,06	10,62	0,35	0,21
50 à 59 ans (+5 %)	14,42	1,31	13,11	0,43	0,26
60 ans et plus (+5 %)	31,62	2,87	28,75	0,94	0,56

• Après le 01/01/1994, entre 50 et 54 ans (1)

à 49 ans (+10 %) (2)	12,23	1,11	11,12	0,36	0,22
50 à 59 ans (+10%)	15,11	1,37	13,74	0,45	0,27
60 ans et plus (+10%)	33,13	3,01	30,12	0,98	0,59

• Après le 01/01/1994, entre 55 et 59 ans (1)

55 à 59 ans (+50%)	20,61	1,87	18,74	0,61	0,37
60 ans et plus (+50 %)	45,18	4,11	41,07	1,34	0,80

• 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)	23,35	2,12	21,23	0,69	0,41
60 ans et plus (+70%)	51,20	4,65	46,55	1,52	0,91

• A partir du 01/07/2014, à l'âge de 60 ans et plus (1)

entre 60 et 70 ans (3)	51,20	4,65	46,55	1,52	0,91
entre 71 et 75 ans (3)	54,21	4,93	49,28	1,61	0,96
à 76 ans et plus (3)	57,22	5,20	52,02	1,70	1,01

(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 01/07/2014, 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%		3,26 %	1,95 %

Affiliés à la Garantie Maladies Graves

moins de 18 ans	0,30	0,03	0,27	0,01	0,01
de 18 à 24 ans	0,37	0,03	0,34	0,01	0,01
de 25 à 49 ans	0,95	0,08	0,87	0,03	0,02
de 50 à 59 ans	1,16	0,10	1,06	0,03	0,02
60 ans et plus	2,12	0,18	1,94	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.