

Avenant au 1^{er} janvier 2022

aux Conditions générales Hospitalia et à l'option complémentaire Garantie 'Maladies graves' au 1^{er} janvier 2021

Conditions générales Hospitalia de la société mutualiste MLOZ Insurance
votées par le Conseil d'Administration du 22 septembre 2021 et l'Assemblée Générale Extraordinaire du 22 octobre 2021

MLOZ Insurance est la société mutualiste d'assurances des Mutualités Libres (Partenamut - Helan Onafhankelijk ziekenfonds - Freie Krankenkasse). 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. - 22/10/2021



Changement de dénomination

Fusion de 2 mutualités

Changements en gras dans les 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)~~ - 509 : Partenamut (www.partenamut.be) - 515 : Freie Krankenkasse (www.freie.be) - 526 : ~~Partena OZV (www.partena-ziekenfonds.be)~~ **Helan Onafhankelijk ziekenfonds (www.helan.be)**, toutes affiliées à l'Union Nationale des Mutualités Libres.

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~~ **3** sections énoncées ci-dessus, sauf exceptions statutaires (consultez ces sections : ~~OZ - Partenamut - Freie Krankenkasse - Partena Ziekenfonds~~ **Helan Onafhankelijk ziekenfonds**).

17. MODE DE COMMUNICATION ET LANGUES

MLOZ Insurance 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) - 515 : Freie Krankenkasse (www.freie.be) - 526 : ~~Partena OZV (www.partena-ziekenfonds.be)~~ **Helan Onafhankelijk ziekenfonds (www.helan.be)**

Précisions

Ajouts en gras dans l'article :

3. CONCLUSION ET FIN DU CONTRAT D'ASSURANCE

3.1 Conclusion du contrat d'assurance

Toute demande d'affiliation doit être adressée au moyen des formulaires établis par MLOZ Insurance ou via le site internet de la section à laquelle le preneur est lié.

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 3^{ème} 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 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.

Dans le cas d'un contrat d'assurance à distance, tant le preneur d'assurance que MLOZ Insurance ont le droit de résilier le contrat d'assurance sans pénalité et sans obligation de motivation dans un délai de 14 jours civils.

Ce délai commence à courir à compter du jour de la conclusion du contrat d'assurance ou du jour où le preneur d'assurance reçoit les conditions contractuelles et les informations précontractuelles, si ce dernier jour est postérieur.

La notification de l'exercice du droit de rétractation se fait via une lettre recommandée à la poste, via envoi recommandé qualifié par voie électronique, par exploit d'huissier ou par lettre de résiliation contre récépissé, adressée à MLOZ Insurance ou à la section à laquelle le preneur d'assurance est affilié.

La résiliation par le preneur d'assurance prend effet immédiatement au moment de la notification. La résiliation par MLOZ Insurance prend effet 8 jours après sa notification.

Lorsque le droit de rétractation n'est pas exercé, le contrat continue d'exister.

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)
 - 35 (K1) Hospitalisation de jour en service K**
 - 36 (K2) Hospitalisation de nuit en service K**
 - 37 (A) service neuropsychiatrie (jour et nuit)
 - 38 (A1) Hospitalisation de jour en service A**
 - 39 (A2) Hospitalisation de nuit en service A**
 - 41 (T) service psychiatrie (jour et nuit)
 - 42 (T1) Hospitalisation de jour en service T**
 - 43 (T2) Hospitalisation de nuit en service T**
 - 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 revalidation
 - 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

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

L'intervention en services 34, **35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43** et 48 est limitée à 10 jours par an.

11.5. Interventions préhospitalières

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, 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 dermatovénérologie, 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.

Il convient également d'entendre les codes de:

Séances de psychologie : codes INAMI 790031, 790053, 790075, 790090, 790134, 790296, 790311, 790333, 790355, 790370, 790392, 790436, 790451, 790473, 791173.

Téléconsultation : codes INAMI 101894, 101916, 101931, 101953, 101975, 789950, 789972, 791195, 791210, 791232, 791254, 791276, 791291, 791313, 791335, 791350, 791372, 791394, 791416, 791431, 791453.

Psychiatrie : codes INAMI 102196, 102211, 102491, 102513, 102690, 102712, 109336, 109351, 109373, 109395, 109410, 109432, 109454, 109513, 109535, 109550, 109572, 109631, 109653, 109675.

Ces codes feront l'objet d'une intervention préhospitalière dans les 30 jours uniquement s'ils précèdent une hospitalisation dans l'un des services suivants : 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 et 48.

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, 41 et 48 (psychiatrie)** et services 61 à 66 (spécialités), sauf pour les soins ambulatoires dans le service des urgences.

Il n'y a une intervention pour les soins préhospitaliers liés à une hospitalisation en services 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 et 48 que pour les prestations reprises sous le libellé « séances de psychologie, téléconsultation et psychiatrie ».

Améliorations de la couverture

Changements (en gras) aux articles :

11.6. Interventions posthospitalières

11.6.1. Soins posthospitaliers

Les soins posthospitaliers doivent être dispensés en Belgique et prodigués en relation directe avec l'hospitalisation qui a précédé 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 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 dermatovénérologie, 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 revalidation 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.

Il convient également d'entendre les codes de:

Séances de psychologie : codes INAMI 790031, 790053, 790075, 790090, 790134, 790296, 790311, 790333, 790355, 790370, 790392, 790436, 790451, 790473, 791173.

Téléconsultation : codes INAMI 101894, 101916, 101931, 101953, 101975, 789950, 789972, 791195, 791210, 791232, 791254, 791276, 791291, 791313, 791335, 791350, 791372, 791394, 791416, 791431, 791453.

Psychiatrie : codes INAMI 102196, 102211, 102491, 102513, 102690, 102712, 109336, 109351, 109373, 109395, 109410, 109432, 109454, 109513, 109535, 109550, 109572, 109631, 109653, 109675.

Ces codes feront l'objet d'une intervention posthospitalière dans les 90 jours uniquement s'ils suivent une hospitalisation dans l'un des services suivants : 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 et 48.

L'intervention vise également les 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.

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

Il n'y a une intervention pour les soins posthospitaliers liés à une hospitalisation en services 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 et 48 que pour les prestations reprises sous le libellé « séances de psychologie, téléconsultation et psychiatrie ».

Adaptation de la liste

Changement (en gras) à l'article :

Liste 2022 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 **2022** 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.

7. PRIMES AU 01/01/2022

Montants mensuels en euros au 01/01/2022, toutes taxes comprises, en fonction de l'âge au 01/01/2022

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%		3,93 %	3,15 %

Affiliés au produit Hospitalia

• Avant le 01/01/1994 ou affiliés, après cette date, avant l'âge de 46 ans (1)

Tranche d'âge	Prime commerciale	Taxes et contributions	Prime commerciale hors taxes	dont frais d'acquisition	dont frais d'administration
moins de 18 ans	4,06	0,37	3,69	0,14	0,12
de 18 à 24 ans	5,31	0,48	4,83	0,19	0,15
de 25 à 49 ans	11,25	1,02	10,23	0,40	0,32
de 50 à 59 ans	13,90	1,26	12,64	0,49	0,39
60 ans et plus	30,48	2,77	27,71	1,08	0,87

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

Tranche d'âge	Prime commerciale	Taxes et contributions	Prime commerciale hors taxes	dont frais d'acquisition	dont frais d'administration
46 à 49 ans (+5 %)	11,81	1,07	10,74	0,42	0,33
50 à 59 ans (+5 %)	14,59	1,33	13,26	0,52	0,41
60 ans et plus (+5 %)	32,00	2,91	29,09	1,14	0,91

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

Tranche d'âge	Prime commerciale	Taxes et contributions	Prime commerciale hors taxes	dont frais d'acquisition	dont frais d'administration
à 49 ans (+10 %) (2)	12,38	1,13	11,25	0,44	0,35
50 à 59 ans (+10%)	15,29	1,39	13,90	0,54	0,43
60 ans et plus (+10%)	33,53	3,05	30,48	1,19	0,96

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

Tranche d'âge	Prime commerciale	Taxes et contributions	Prime commerciale hors taxes	dont frais d'acquisition	dont frais d'administration
55 à 59 ans (+50%)	20,85	1,90	18,95	0,74	0,59
60 ans et plus (+50 %)	45,72	4,16	41,56	1,63	1,31

• Après le 01/01/1994, et jusqu'au 30/06/2014, à l'âge de 60 ans et plus (1)

Tranche d'âge	Prime commerciale	Taxes et contributions	Prime commerciale hors taxes	dont frais d'acquisition	dont frais d'administration
à 59 ans (+70 %) (2)	23,63	2,15	21,48	0,84	0,67
60 ans et plus (+70%)	51,82	4,71	47,11	1,85	1,48

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

Tranche d'âge	Prime commerciale	Taxes et contributions	Prime commerciale hors taxes	dont frais d'acquisition	dont frais d'administration
entre 60 et 70 ans (3)	51,82	4,71	47,11	1,85	1,48
entre 71 et 75 ans (3)	54,86	4,99	49,87	1,95	1,57
à 76 ans et plus (3)	57,91	5,26	52,65	2,06	1,65

(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%		3,93 %	3,15 %

Affiliés à la Garantie Maladies Graves

Tranche d'âge	Prime commerciale	Taxes et contributions	Prime commerciale hors taxes	dont frais d'acquisition	dont frais d'administration
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	0,96	0,08	0,88	0,03	0,02
de 50 à 59 ans	1,17	0,10	1,07	0,04	0,03
60 ans et plus	2,14	0,18	1,96	0,07	0,06

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 **01/01/2022** 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.