

CONDITIONS TARIFAIRES D'ASSURANCE

DKV Hospi Select

EDITION 01.2018

**Les Conditions Tarifaires d'Assurance (C.T.A.)
sont formulées en exécution des Conditions Générales d'Assurance (C.G.A.).**

1. Plan d'assurance (= C.G.A. 5)

Le plan d'assurance est DKV Hospi Select.

2. Cas d'assurance selon DKV Hospi Select (= C.G.A. 6)

2.1. Hospitalisation

2.1.1. Le cas d'assurance est constitué par l'admission et le traitement dans un hôpital suite à la survenance d'une maladie, d'un accouchement ou d'un accident pour autant qu'une journée d'hospitalisation soit effectivement portée en compte.

2.1.2. Le cas d'assurance est également constitué par l'admission et le traitement dans un hôpital, suite à la survenance d'une maladie, d'un accouchement ou d'un accident, pour autant qu'une hospitalisation de jour soit effectivement portée en compte.

Par hospitalisation de jour, il est entendu l'admission en hôpital de jour avec :

- un 'forfait d'hôpital de jour chirurgical' ou
- un 'maxiforfait' ou
- un 'forfait salle de plâtre' ou
- un 'forfait d'hôpital de jour - groupe 1 à 7 inclus' ou
- un 'forfait douleur chronique 1, 2 ou 3'
- un 'forfait manipulation d'un cathéter en chambre' ou
- des 'soins urgents justifiant une prise en charge dans un lit hospitalier et/ou administration d'un médicament ou de sang/produit sanguin labile par une perfusion intraveineuse'.

Cette énumération est limitative.

2.1.3. L'accouchement à domicile est assimilé à un accouchement à l'hôpital.

2.2. Traitement ambulatoire dans la période pré- et post-hospitalière

Le cas d'assurance débute 30 jours avant l'admission à l'hôpital (= période pré-hospitalière) et se termine 120 jours après la sortie de l'hôpital (= période post-hospitalière) mais au plus tard au début d'un nouveau cas d'assurance.

2.3. Traitement ambulatoire 'Maladies Graves'

Le cas d'assurance est également constitué par le traitement ambulatoire suite à la survenance d'une des maladies graves suivantes : le cancer, la leucémie, la maladie de Parkinson, la maladie de Hodgkin, la maladie de Pompe, la maladie de Crohn, la maladie d'Alzheimer, le SIDA, le diabète, la tuberculose, la sclérose en plaque, la sclérose latérale amyotrophique, la méningite cérébrospinale, la poliomyélite, les dystrophies musculaires progressives, l'encéphalite, le tétanos, l'hépatite virale, la malaria, le typhus exanthématique, les affections typhoïdes et paratyphoïdes, la diphtérie, le choléra, le charbon, la mucoviscidose, une maladie rénale qui nécessite un traitement de dialyse, la brucellose, la maladie de Creutzfeldt-Jakob et l'ébola.

Le cas d'assurance débute avec l'instauration du traitement médical et se termine lorsqu'il n'existe plus de nécessité de traitement.

L'assureur peut subordonner le droit aux prestations à la présentation des pièces médicales qui objectivent le diagnostic posé.

3. Critères d'indemnisation

Sont remboursés dans le cadre d'un cas d'assurance les frais médicaux qui cumulativement :

- 3.1. ont un caractère curatif, diagnostique ou palliatif ;
- 3.2. sont médicalement nécessaires ;
- 3.3. sont prestés par des dispensateurs de soins reconnus ;
- 3.4. sont éprouvés à suffisance sur le plan thérapeutique ;
- 3.5. sont exposés pendant la durée du cas d'assurance.

Dans les conditions ainsi énumérées, l'assureur garantit à l'assuré la liberté thérapeutique du dispensateur des soins et de l'hôpital. Le choix de cet hôpital, selon qu'il est ou non repris sur la liste 'Hôpitaux partenaires' conformément aux C.T.A. 10, peut impliquer des modalités d'indemnisation différenciées en chambre à un lit comme prévu aux présentes C.T.A.

4. Frais couverts

4.1. Hospitalisation

Sont remboursés par cas d'assurance décrit sous les C.T.A. 2.1.1, 2.1.2 et 2.1.3 et selon les modalités définies aux C.T.A. 4.2, 4.3. et 4.4. après l'intervention légale, statutaire ou de toute autre nature de la mutualité et après contribution personnelle (voir C.T.A.6) :

- 4.1.1. les frais de séjour ;
- 4.1.2. les frais de séjour et de logement d'un des parents dans la même chambre que celui de l'enfant hospitalisé pour autant que le parent soit assuré auprès de l'assureur, et que l'enfant n'ait pas atteint l'âge de 20 ans ;
- 4.1.3. les frais des prestations médicales ;
- 4.1.4. les frais des prestations paramédicales ;
- 4.1.5. les frais pharmaceutiques, de pansement et de matériel médical ;
- 4.1.6. les frais des adjuvants médicaux ;
- 4.1.7. les frais de chirurgie ;
- 4.1.8. les frais d'anesthésie ;

- 4.1.9. les frais de l'utilisation de la salle d'opération, de travail et de salle de plâtres ;
- 4.1.10. les frais des prothèses médicales, à l'exception des prothèses dentaires dont la couverture est prévue sous C.T.A. 4.7.2.2 ;
- 4.1.11. les frais des membres artificiels ;
- 4.1.12. les frais de transport en ambulance vers et depuis un hôpital en Belgique et le transfert vers un autre hôpital en Belgique ;
- 4.1.13. les frais de transport par hélicoptère en Belgique du lieu de l'accident à l'hôpital pour autant que ce transport soit médicalement nécessaire et qu'un autre moyen de transport ne puisse être utilisé ;
- 4.1.14. les frais mortuaires qui sont portés en compte sur la facture d'hospitalisation ;
- 4.1.15. les frais de soins post-natals dans les limites définies dans la convention conclue entre l'organisation de soins post-natals et l'assureur. Ces limites, qui restent inchangées une fois que le contrat est conclu, sont communiquées sur le site www.dkv.be et peuvent être obtenues sur simple demande à l'assureur. Il s'agit des frais facturés par cette organisation pour les soins qui sont fournis, à domicile, à la mère, au nouveau-né et à la famille par le prestataire de soins habilité ;
- 4.1.16. les frais de séjour du donneur avec un maximum de € 1.250 à l'occasion de la transplantation médicalement nécessaire d'un organe ou d'un tissu en faveur de l'assuré hospitalisé.
- 4.1.17. Si l'assurance maladie légale n'intervient pas sur un ou plusieurs des postes suivants de la facture de l'hôpital :

- les frais des produits pharmaceutiques, de pansement et du matériel médical (C.T.A. 4.1.5) ;
- les frais des adjuvants médicaux (C.T.A. 4.1.6) ;
- les frais des prothèses médicales (C.T.A. 4.1.10) ;
- les frais des membres artificiels (C.T.A. 4.1.11).

Ces frais pris ensemble sont remboursables à concurrence d'un montant de € 10.000 par année d'assurance et par assuré, après déduction de l'intervention statutaire ou de toute autre nature de la mutualité.

Les frais concernés qui excèdent ce montant sont ensuite remboursables à 50% après déduction de l'intervention statutaire ou de toute autre nature de la mutualité.

Si la date de début du plan d'assurance souscrit ne coïncide pas avec la date d'échéance annuelle du contrat, le principe ci-dessus est appliqué au prorata du nombre de mois entre la date de début du plan d'assurance souscrit et la date d'échéance annuelle du contrat d'assurance.

Le principe décrit ci-dessus est applicable une fois par cas d'assurance qui s'étale d'une façon ininterrompue sur 2 années d'assurance consécutives.

En cas d'absence d'intervention de l'assurance maladie légale pour tous les postes de la facture d'hospitalisation, le taux de remboursement est réduit de 50% pour le cas d'assurance après déduction de l'intervention statutaire ou de toute autre nature de la mutualité.

4.2. L'assureur rembourse à 100% les frais décrits sous C.T.A. 4.1. en cas de séjour dans un hôpital repris sur la liste 'Hôpitaux partenaires' (voir C.T.A.10) à concurrence des plafonds prévus sous C.T.A. 4.1.16. et 4.1.17.

4.3. En cas de séjour dans une chambre à 1 lit dans un hôpital non repris sur la liste 'Hôpitaux partenaires' (voir C.T.A.10), l'assureur rembourse à 80% les suppléments de chambre et d'honoraires relatifs aux frais décrits sous les C.T.A. 4.1.1., 4.1.2., 4.1.3., 4.1.4., 4.1.7. 4.1.8, 4.1.9., 4.7.1. et à 100% ou à concurrence des plafonds prévus, les autres postes de la facture d'hospitalisation.

Par supplément d'honoraires, on désigne la différence entre le tarif conventionnel d'une prestation de santé (défini par l'INAMI) et le montant réel facturé au patient.

Par supplément de chambre, on désigne un supplément en sus du prix de la journée d'hospitalisation (définie par l'INAMI).

4.4. L'assureur rembourse à concurrence de 2 fois l'intervention de l'INAMI les frais décrits sous C.T.A. 4.1. en cas de séjour dans un hôpital de l'Union Européenne (excepté les pays et les territoires d'outre-mer) si ce séjour à l'étranger répond aux conditions prévues sous C.T.A. 8.

4.5. Traitement ambulatoire dans la période pré- et post-hospitalière (cas d'assurance décrit sous C.T.A. 2.2.)

Sont remboursés après l'intervention légale, statutaire ou de toute autre nature de la mutualité, pour autant qu'ils soient en rapport direct avec la cause du traitement en hôpital et exposés pendant la période pré- et post-hospitalière :

- à 100 % :**
- 4.5.1. les frais des actes médicaux prestés lors d'une visite ou d'une consultation ;
- 4.5.2. les frais du traitement homéopathique, du traitement d'acupuncture, du traitement d'ostéopathie et du traitement de chiropraxie ;
- 4.5.3. les frais des actes paramédicaux prescrits par un médecin et autorisés préalablement par l'assureur.
Ne sont subordonnés à aucune autorisation préalable : les soins infirmiers, la kinésithérapie et la physiothérapie ;
- 4.5.4. les frais des adjuvants médicaux prescrits par un médecin et autorisés préalablement par l'assureur.
Ne sont subordonnés à aucune autorisation préalable : les verres de lunettes ou les verres de contact (et en cas de remplacement à condition que la dioptrie ait changé d'au moins 0.5), les appareils auditifs, les bandages pour hernies, les bas à varices, les semelles orthopédiques, les coquilles plâtrées, le lombostat, les attelles et les béquilles.
Les frais dûment établis sont couverts à l'exclusion des frais d'entretien et de réparation, des frais des adjuvants pour leur utilisation et des pièces de rechange ;
- 4.5.5. les frais des prothèses médicales, à l'exception des prothèses dont la couverture est réglée au sous C.T.A. 4.7.2.2 ;
- 4.5.6. les frais d'une perruque dans le contexte d'une maladie oncologique avec un maximum de € 1.250 à la condition que l'assurance maladie légale intervienne ;
- 4.5.7. les frais des membres artificiels.

- à 80 % :**
- 4.5.8. les frais des médicaments allopathiques et homéopathiques, de pansement et de matériel médical, prescrits par un médecin, à l'exclusion des produits alimentaires, des compléments alimentaires, des vitamines et des minéraux, des produits d'hygiène et cosmétiques et de tout type de produit qui peut être obtenu dans le commerce en général.

En cas d'absence d'intervention de l'assurance maladie légale, le taux de remboursement est réduit de 50% pour le cas d'assurance après déduction de l'intervention statutaire ou de toute autre nature de la mutualité.

- 4.6 Traitement ambulatoire dans le cadre de la garantie 'Maladies Graves' (cas d'assurance décrit sous C.T.A 2.3.),
Sont remboursables à concurrence d'un montant de € 10.000 pour l'ensemble des frais exposés par année d'assurance et par assuré, après déduction de l'intervention statutaire ou de toute autre nature de la mutualité et pour autant qu'ils soient en rapport direct avec le traitement de la maladie grave diagnostiquée :

- à 100 % :**
- 4.6.1 les frais des actes médicaux prestés lors d'une visite ou d'une consultation ;
- 4.6.2. les frais du traitement homéopathique, du traitement d'acupuncture, du traitement d'ostéopathie et du traitement de chiropraxie ;
- 4.6.3. les frais des actes paramédicaux prescrits par un médecin et autorisés préalablement par l'assureur.
Ne sont subordonnés à aucune autorisation préalable : les soins infirmiers, la kinésithérapie et la physiothérapie ;
- 4.6.4. les frais des adjuvants médicaux prescrits par un médecin et autorisés préalablement par l'assureur.
Ne sont subordonnés à aucune autorisation préalable : les verres de lunettes ou les verres de contact (et en cas de remplacement à condition que la dioptrie ait changé d'au moins 0.5), les appareils auditifs, les bandages pour hernies, les bas à varices, les semelles orthopédiques, les coquilles plâtrées, le lombostat, les attelles et les béquilles.
Les frais dûment établis sont couverts à l'exclusion des frais d'entretien et de réparation, des frais des adjuvants pour leur utilisation et des pièces de rechange ;
- 4.6.5. les frais des prothèses médicales, à l'exception des prothèses dont la couverture est réglée au sous C.T.A. 4.7.2.2 ;
- 4.6.6. les frais d'une perruque dans le contexte d'une maladie oncologique avec un maximum de € 1.250 à la condition que l'assurance maladie légale intervienne ;
- 4.6.7. les frais des membres artificiels.

- à 80 % :**
- 4.6.8. les frais des médicaments allopathiques et homéopathiques, de pansement et de matériel médical, prescrits par un médecin, à l'exclusion des produits alimentaires, des compléments alimentaires, des vitamines et des minéraux, des produits d'hygiène et cosmétiques et de tout type de produit qui peut être obtenu dans le commerce en général.

Les frais qui excèdent ce montant de € 10 000 sont ensuite remboursables à 50% après déduction de l'intervention statutaire ou de toute autre nature de la mutualité.

Si la date de début du plan d'assurance souscrit ne coïncide pas avec la date d'échéance annuelle du contrat, le principe ci-dessus est appliqué au prorata du nombre de mois entre la date de début du plan d'assurance souscrit et la date d'échéance annuelle du contrat d'assurance.

En cas d'absence d'intervention de l'assurance maladie légale, le taux de remboursement est réduit de 50% pour le cas d'assurance après déduction de l'intervention statutaire ou de toute autre nature de la mutualité.

4.7. Traitements dentaires

- 4.7.1. Sont remboursés par cas d'assurance décrit sous C.T.A 2.1, selon les modalités définies aux C.T.A. 4.2, 4.3 et 4.4., après intervention légale, statutaire ou de toute autre nature de la mutualité, les frais d'extraction dentaire sous anesthésie générale lors d'une hospitalisation.
En cas de non-intervention de l'assurance maladie légale le taux de remboursement pour le cas d'assurance est réduit de 50 %, après déduction de l'intervention statutaire ou de toute autre nature de la mutualité.
- 4.7.2. Sont remboursés par cas d'assurance décrit sous les C.T.A. 2.1, 2.2 et 2.3 :
- à l'expiration d'un stage de 12 mois ;
 - après l'approbation préalable de l'assureur sur le plan de traitement ;
 - selon les modalités définies aux :
 - C.T.A. 4.2, 4.3, et 4.4. pour les cas d'assurance décrits sous C.T.A. 2.1.
 - C.T.A. 4.5. pour les cas d'assurance décrits sous C.T.A.2.2. ;
 - C.T.A. 4.6. pour les cas d'assurance décrits sous C.T.A 2.3. ;
 - avec un maximum de € 750 par personne et par année d'assurance en prenant en compte la date de prestation :
- 4.7.2.1. les soins dentaires, à l'exception de frais associés à un traitement orthodontique ;
- 4.7.2.2. les frais des prothèses dentaires et du matériel dentaire, y compris les bridges, les couronnes et les implants ;
- 4.7.2.3. toute chirurgie pré-prothétique (sinuslift ou autre) en vue d'une restauration prothétique dentaire.

5. Prime (= C.G.A. 15-28-29)

Pendant la durée du contrat d'assurance la prime est adaptée à la date d'échéance annuelle suivant la catégorie d'âge atteinte par l'assuré à cette date et au tarif en vigueur de cette catégorie d'âge. L'âge est obtenu en soustrayant l'année de naissance de l'année en cours.

Cumulativement, et comme prévu sous les articles 29.2. à 29.10. des C.G.A., des adaptations de la prime peuvent également être décidées après la conclusion du contrat, notamment en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation ou des indices médicaux spécifiques ou sur base d'une décision des autorités de contrôle.

6. Contribution personnelle (= C.G.A.12)

Une contribution personnelle, dont le montant choisi par l'assuré est déterminé dans la police, est appliquée que l'admission ait lieu dans un hôpital partenaire ou non :

- 6.1. par cas d'assurance décrits sous les C.T.A. 2.1.1 et 2.1.2,
- 6.2. par assuré,
- 6.3. en cas d'admission dans une chambre à un lit uniquement.

7. Assurabilité (= C.G.A.16)

- 7.1. Sont assurables, les personnes physiques qui en même temps :
- 7.1.1. lors de la souscription du plan d'assurance n'ont pas atteint l'âge de 70 ans ;
 - 7.1.2. ont leur domicile et leur résidence fixe et habituelle en Belgique ;
 - 7.1.3. sont assujettis à la sécurité sociale belge et en bénéficient ;
 - 7.1.4. sont acceptées sur la base des critères médicaux et techniques d'assurance.
- 7.2. Les nouveaux-nés sont assurables, sans examen du risque, à partir de la naissance pour autant que le plan soit conclu dans les 60 jours suivant la naissance.
- 7.3. Les étudiants âgés de 18 à 25 ans inclus qui séjournent pour une période maximale de 6 mois dans les pays membres de l'Union Européenne (excepté les pays et les territoires d'outre-mer), dans le cadre de leurs études pour autant qu'ils demeurent couverts par la sécurité sociale belge et qu'ils fournissent à l'assureur une attestation de période de séjour à l'étranger délivrée par leur établissement d'enseignement d'accueil à l'étranger et/ou par leur établissement d'enseignement d'origine ainsi qu'une copie de leur carte européenne d'assurance maladie.

8. Territorialité

La garantie d'assurance est valable en Belgique.
La garantie d'assurance est également valable dans les pays membres de l'Union Européenne (excepté les pays et les territoires d'outre-mer) pour une hospitalisation à l'étranger qui est médicalement nécessaire et imprévue.

La garantie d'assurance est également valable selon les modalités définies sous C.T.A. 4.4. dans les pays membres de l'Union Européenne (excepté les pays et les territoires d'outre-mer) pour une hospitalisation à l'étranger qui est médicalement nécessaire et planifiée, à condition qu'un accord - au moyen d'un formulaire S2- ait été obtenu au préalable par écrit de la mutualité.
Les pays et territoires d'outre-mer sont ceux définis par l'Union Européenne.

9. Fin de la garantie d'assurance (= C.G.A. 24)

Si le cas d'assurance, décrit sous les C.T.A. 2.1 et 2.2, se prolonge au-delà de la date de fin du plan d'assurance, le remboursement des frais exposés après cette fin est garanti jusqu'à la fin du cas d'assurance.

Le cas d'assurance décrit sous C.T.A. 2.3 cesse automatiquement à la date de fin du plan d'assurance.

10. 'Hôpitaux partenaires'

- 10.1. Liste des « Hôpitaux partenaires »
La liste des 'Hôpitaux partenaires' est communiquée au preneur d'assurance lors de l'émission de la police.
Chaque année, au 1er janvier, la liste des 'Hôpitaux partenaires' est actualisée et est disponible à tout moment sur le site www.dkv.be. Elle peut être obtenue sur simple demande à l'assureur.
La nouvelle liste sera applicable à tout cas d'assurance dont la date d'admission en hôpital coïncide avec ou est postérieure à la date d'entrée en vigueur de la nouvelle liste.
En cas de séjour dans un hôpital non partenaire, la nouvelle liste peut avoir des conséquences d'une part sur le taux d'indemnisation en cas de choix de l'assuré d'une chambre à 1 lit (voir C.T.A. 4.3.) et d'autre part sur la (non)application de la méthode de paiement Medi-Card (voir C.T.A. 11.1).
- 10.2. Critères utilisés pour établir la liste des 'Hôpitaux partenaires'
En date du 1er janvier 2018, la liste 'Hôpitaux partenaires' reprend tous les hôpitaux de Belgique tels que définis à l'article 10 des C.G.A.
Avant la fin de chaque année et pour chaque hôpital repris sur la liste 'Hôpitaux partenaires', l'assureur procède à l'évaluation des critères pour la période se terminant au 30 juin en vue d'une publication de la liste actualisée des hôpitaux partenaires pour le 1er janvier suivant.
- 10.2.1. Les critères suivants doivent être respectés de façon cumulative :
- 10.2.1.1. Suppléments d'honoraires : la croissance du montant total des suppléments d'honoraires est inférieure ou égale à un pourcent. Le calcul de cette croissance est basé sur le rapport entre d'une part la somme des suppléments d'honoraires facturés par l'hôpital aux assurés dans le cadre des plans d'assurance individuels de l'assureur pendant deux périodes de 12 mois consécutives (s'étalant chacune du 1er juillet au 30 juin) et d'autre part la somme des honoraires INAMI pour ces mêmes périodes.
A titre transitoire pour les hôpitaux utilisant la méthode de paiement Medi-Card et aux fins de l'actualisation de la liste des « Hôpitaux partenaires » au 1er janvier 2019, seules les factures transmises électroniquement à l'assureur seront prises en compte pour le calcul du critère.
Par supplément d'honoraires, on désigne la différence entre le tarif conventionnel d'une prestation de soins (défini par l'INAMI) et le montant réel facturé au patient.
Par honoraire INAMI, on désigne le tarif officiel de la nomenclature INAMI pour une prestation d'un dispensateur de soins individuel conventionné, par exemple : médecin, kinésithérapeute, dentiste, ... Voir l'équation suivante :
Croissance entre y
$$-1 \text{ et } y \text{ de } \left(\frac{\sum \text{Suppléments d'honoraires facturés}}{\sum \text{Honoraires INAMI}} \right) \leq 1\%$$
- 10.2.1.2. Suppléments de chambre : la croissance du montant moyen de supplément de chambre à un lit pendant deux périodes de 12 mois consécutives (s'étalant chacune du 1er juillet au 30 juin) est inférieure ou égale à l'évolution de l'indice des prix à la consommation pendant ces mêmes périodes.
A titre transitoire pour les hôpitaux utilisant la méthode de paiement Medi-Card et aux fins de l'actualisation de la liste des « Hôpitaux partenaires » au 1er janvier 2019, seules les factures transmises électroniquement à l'assureur seront prises en compte pour le calcul du critère.
Par supplément de chambre, on désigne un supplément en sus du prix de la journée d'hospitalisation (définie par l'INAMI).
- 10.2.1.3 En complément des critères visés sous C.T.A. 10.2.1.1 et 10.2.1.2., tout 'hôpital général aigu' doit, au plus tard à partir du 1er janvier 2019, faire usage de la méthode de paiement 'Medi-Card' de DKV Belgium ainsi que du système de transmission électronique des factures d'hospitalisation à l'assureur.
Par 'hôpital général aigu', on désigne l'hôpital universitaire, l'hôpital général à caractère universitaire ou l'hôpital général sans caractère universitaire tel que défini par le SPF Santé Publique.
- 10.2.2. Tout hôpital n'étant plus répertorié dans la liste 'Hôpitaux partenaires', peut y être réintégré à la date de la prochaine actualisation, à condition qu'il remplisse à cette date, les conditions reprises sous C.T.A. 10.2.1. depuis la première des deux périodes de 12 mois consécutives s'étalant du 1er juillet au 30 juin précédant l'année de sortie de la liste 'Hôpitaux partenaires'.
En d'autres termes, l'assureur compare l'évolution des suppléments d'honoraires et de chambre appliqués par l'hôpital entre deux périodes : d'une part le niveau de ces suppléments au cours de la première des deux périodes de 12 mois consécutives s'étalant du 1er juillet au 30 juin qui précède la date de sortie, d'autre part le niveau de ces suppléments au cours de la période du 1er juillet au 30 juin qui précède la date de la prochaine actualisation. Pour pouvoir réintégrer la liste des hôpitaux partenaires, l'évolution des suppléments entre ces 2 périodes exprimée en pourcentage doit être égale ou inférieure à la croissance cumulée d'un pourcent par an pour les suppléments d'honoraires et la croissance cumulée de l'évolution de l'indice des prix à la consommation pour les suppléments de chambre.

- 10.2.3. Tout hôpital répertorié dans la liste 'Hôpitaux partenaires' mais ne répondant plus aux critères précités sous C.T.A. 10.2.1., est réputé être sorti de la liste mais peut bénéficier d'un moratoire d'une année supplémentaire, dès qu'il s'engage par écrit à revenir dans les normes définies par les critères repris sous C.T.A. 10.2.1 avant la fin de l'année supplémentaire. Une telle demande n'est pas recevable deux années consécutives.
Pendant le moratoire, la garantie d'assurance dans les 'hôpitaux partenaires' continue à s'appliquer.
L'éventuelle réintégration de l'hôpital dans la liste des 'hôpitaux partenaires' a lieu pour autant que les conditions prévues aux C.T.A. 10.2.2. soient remplies.
- 10.2.4. Tout hôpital pour lequel une fraude ou un abus de quelque nature que ce soit est constaté, sera exclu à effet immédiat de la liste 'Hôpitaux partenaires'. Par fraude on entend :
- 10.2.4.1. : l'usage de faux en écriture ou l'escroquerie ou le détournement de fonds dans le chef de l'hôpital, d'un membre du corps médical ou administratif ou d'un service de facturation interne ou externe ayant, avec une intention frauduleuse, provoqué un impact financier matériel sur le coût des frais médicaux mis à charge de l'assureur,
- 10.2.4.2. : les faits énumérés à l'art 128 de la loi coordonnée sur les hôpitaux du 10 juillet 2008.
- 10.2.5. Tout hôpital étant déclaré par les autorités compétentes en infraction par rapport au niveau minimal de la qualité des soins stipulé par la législation en la matière, sera exclu à effet immédiat de la liste 'Hôpitaux partenaires'.

11. Medi-Card®

- 11.1. Méthode de paiement
La Medi-Card est une méthode de paiement qui fait suite à une convention entre un hôpital belge et l'assureur. Tout hôpital partenaire (voir C.T.A. 10.) signe une telle convention.
La liste des hôpitaux ayant adhéré à cette convention est actualisée et est disponible à tout moment sur le site www.dkv.be. Elle peut être obtenue sur simple demande à l'assureur.
En cas d'utilisation de la Medi-Card® les frais médicaux exposés lors de l'admission dans un hôpital belge sont payés par l'assureur directement à l'hôpital pour autant :
– qu'ils ne soient pas exclus par le contrat d'assurance ;
– que le séjour ait lieu dans un type de chambre assuré .
- 11.2. Engagements
En cas d'utilisation de la Medi-Card® qui est strictement personnelle, l'assuré accepte l'application des droits et obligations qui y sont liés. Lorsque l'assureur rembourse à l'hôpital les frais de séjour dans le cadre d'un dossier Medi-Card®, le preneur d'assurance ou l'assuré reconnaît que restent à sa charge les sommes non remboursables dans le cadre des présentes garanties.
L'usage de la Medi-Card® peut être suspendu à l'égard d'un assuré :
– en cas d'utilisation abusive de la carte ;
– en cas de non-paiement par l'assuré des frais précités restant à sa charge ;
– en cas de non-paiement de la prime par le preneur d'assurance.