

CONDITIONS TARIFAIRES D'ASSURANCE

DKV Medi Pack

EDITION 04.2016

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 Medi Pack.

2. Cas d'assurance selon DKV Medi Pack (= C.G.A. 6)

2.1. Traitement ambulatoire

Le cas de l'assurance est formé par le traitement ambulatoire suite à la survenance d'une maladie, d'un accouchement ou d'un accident. Le cas d'assurance débute avec l'instauration du traitement médical et se termine lorsqu'il n'existe plus de nécessité de traitement.

Le traitement dentaire ambulatoire ne constitue pas un cas d'assurance.

2.2. Hospitalisation

2.2.1. Le cas d'assurance est constitué par l'admission et le traitement dans un hôpital dans une chambre à deux ou à plusieurs lits 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.

Une hospitalisation dans une chambre à un lit ne constitue pas un cas d'assurance.

2.2.2. 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' ou
- 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.

Une admission en hôpital de jour dans une chambre à un lit ne constitue pas un cas d'assurance

2.2.3. Un accouchement à domicile est assimilé à un accouchement en hôpital en chambre à deux ou plusieurs lits.

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 :

- 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.

4. Frais couverts

4.1. Traitement ambulatoire

Sont remboursés par cas d'assurance décrit sous l'article 2.1, après intervention légale, statuaire ou de toute autre nature de la mutualité :

à 80 % :

- 4.1.1. les frais des actes médicaux prestés lors d'une visite ou d'une consultation ;
- 4.1.2. les frais du traitement homéopathique, du traitement d'acupuncture, du traitement d'ostéopathie et du traitement de chiropraxie ;
- 4.1.3. 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 ;
- 4.1.4. 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 ;
- 4.1.5. 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.

- 4.1.6. 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 ;
- 4.1.7. les frais des prothèses médicales, à l'exception des prothèses dentaires et du matériel dentaire tels que les bridges, les couronnes et les implants dentaires ;
- 4.1.8. 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 ;
- 4.1.8. les frais des membres artificiels ;
- 4.1.9. les frais de soins post-natals dans les limites définies dans la convention conclue entre l'organisation de soins post-natals et 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 ;

En cas de non-intervention de l'assurance maladie légale pour le cas d'assurance le taux de remboursement est maintenu à 80%.

4.2. Hospitalisation

Sont remboursés par cas d'assurance décrit sous l'article 2.2., après intervention légale, statuaire ou de toute autre nature de la mutualité :

à 100 % :

- 4.2.1. les frais de séjour dans une chambre à deux ou plusieurs lits ;
- 4.2.2. 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 ;
- 4.2.3. les frais des prestations médicales ;
- 4.2.4. les frais des prestations paramédicales ;
- 4.2.5. les frais pharmaceutiques, de pansement et de matériel médical ;
- 4.2.6. les frais des adjuvants médicaux ;
- 4.2.7. les frais de chirurgie ;
- 4.2.8. les frais d'anesthésie ;
- 4.2.9. les frais de l'utilisation de la salle d'opération, de travail et de salle de plâtres ;
- 4.2.10. les frais des prothèses médicales, à l'exception des prothèses dentaires dont la couverture est réglée sous l'article 4.3.2.2 ;
- 4.2.11. les frais des membres artificiels ;
- 4.2.12. les frais de transport en ambulance routière vers et depuis un hôpital en Belgique et le transfert vers un autre hôpital en Belgique ;
- 4.2.13. 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 ;
- 4.2.14. les frais mortuaires qui sont portés en compte sur la facture d'hospitalisation ;
- 4.2.15. 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.

En cas d'absence d'intervention de l'assurance maladie légale pour tous les postes de la facture d'hospitalisation, 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.

4.3. Traitements dentaires lors d'une hospitalisation

4.3.1 Sont remboursés par cas d'assurance décrit sous l'article 2.2, à 100 % après intervention légale, statuaire 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 sur aucun des postes de la facture d'hôpital 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.

4.3.2. Sont remboursés par cas d'assurance décrit sous l'article 2.2 :

- à l'expiration d'un stage de 12 mois ;
- après l'approbation préalable du plan de traitement par l'assureur ;
- à 100 % après intervention légale, statuaire ou de toute autre nature de la mutualité. En cas de non-intervention de l'assurance maladie légale, le taux de remboursement est maintenu à 100 % ;
- avec un maximum de € 750 par assuré et par année d'assurance en prenant en compte la date de la prestation effectuée :
- 4.3.2.1. les soins dentaires, à l'exception de frais associés à un traitement orthodontique,
- 4.3.2.2. les frais des prothèses dentaires et du matériel dentaire, y compris les bridges, les couronnes et les implants,
- 4.3.2.3. 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. De plus, 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. Franchise (= C.G.A.12)

La franchise telle que déterminée dans la police s'applique au cas d'assurance décrit sous l'article 2.1 :

- 6.1. par assuré,
- 6.2. par année d'assurance, en prenant en compte la date de la prestation effectuée. Si la date de début du plan d'assurance souscrit ne coïncide pas avec la date d'échéance annuelle, la franchise est appliquée au prorata du nombre de mois s'étalant entre la date de début du plan d'assurance souscrit et la date d'échéance annuelle du contrat d'assurance.

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. La souscription est obligatoire pour tous les membres de la famille (conjoint et enfants à charge) ;
- 7.3. Les nouveaux-nés sont assurables, sans examen du risque, à partir de la naissance selon le même plan d'assurance que l'un des parents assurés pour autant que le plan soit conclu dans les 60 jours suivant la naissance.
- 7.4. 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 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 dans les pays membres de l'Union Européenne (excepté les pays et les territoires d'outre-mer) pour un traitement ambulatoire moyennant l'intervention de l'assurance maladie légale belge ou pour une hospitalisation à l'étranger qui est médicalement nécessaire et imprévue.

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 planifiée, à condition qu'un accord ait été conclu au préalable avec la mutualité.

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

Le cas d'assurance décrit sous l'article 2.1 cesse automatiquement à la date de fin du plan d'assurance.

Si le cas d'assurance décrit sous l'article 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.

10. Medi-Card®

10.1. Service

Par l'utilisation de la Medi-Card® les coûts encourus 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 et
- que le séjour ait lieu dans un type de chambre assuré.

Les services associés à la Medi-Card® ne sont pas applicables dans le cas d'admission dans une chambre à un lit.

10.2. Engagements

En utilisant 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 la personne assurée reconnaît que les frais suivants restent à sa charge :

- la franchise ;
- les frais non-médicaux ;
- le montant dépassant le plafond assuré, les frais relatifs au cas d'assurance qui sont non couverts ;
- les frais refusés par l'assureur.

Les services associés à la Medi-Card® peuvent être suspendus 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.