

CONDITIONS TARIFAIRES D'ASSURANCE DU PLAN CLINICOMFORT

EDITION 09.2004

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 le Plan CLINICOMFORT.

2. Cas d'assurance selon le Plan CLINICOMFORT (= C.G.A. 6)

- 2.1. Le cas d'assurance est constitué par le traitement stationnaire dans un centre hospitalier suite à la survenance d'une maladie, d'un accouchement ou d'un accident pour autant qu'un jour de séjour puisse et soit effectivement porté en compte. Le cas d'assurance débute avec l'entrée en centre hospitalier et se termine avec la sortie du centre hospitalier. L'accouchement à domicile est assimilé à l'accouchement en milieu hospitalier.
- 2.2. Le cas d'assurance est également constitué par le traitement ambulatoire suite à la survenance d'une maladie grave. Le cas d'assurance débute avec l'instauration du traitement médical et se termine lorsqu'il n'existe plus de nécessité de traitement.
- 2.3. Sont considérées comme maladies graves dès le moment où un examen médical objectif en a permis l'établissement du diagnostic:
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 plaques, 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, la dialyse rénale.
- L'assureur est en droit de subordonner le droit aux prestations à la présentation des pièces médicales qui objectivent le diagnostic posé.
- 2.4. Sont remboursés dans le cadre d'un cas d'assurance les frais médicaux qui:
- 2.4.1. ont un caractère curatif, diagnostique ou palliatif;
 - 2.4.2. sont médicalement nécessaires;
 - 2.4.3. sont prestés par des dispensateurs de soins reconnus;
 - 2.4.4. sont éprouvés à suffisance sur le plan thérapeutique;
 - 2.4.5. sont exposés pendant la durée du cas d'assurance.
- Dans les conditions ainsi énumérées, l'assureur garantit la liberté thérapeutique du dispensateur des soins et de la personne assurée.
- 2.5. Sont remboursés par cas d'assurance décrit au point C.T.A. 2.1., et selon les modalités définies au point C.T.A. 2.6., après l'intervention légale statutaire ou de toute autre nature de la mutualité :
- 2.5.1. les frais de séjour;
 - 2.5.2. les frais de séjour et de logement d'un des parents dans le même centre que celui de l'enfant hospitalisé pour autant que le parent soit assuré d'après un même plan d'assurance, que la présence du parent soit considérée comme partie indispensable du traitement médical et que l'enfant n'ait pas atteint la tranche d'âge qui suit celle de 0 à 19 ans;
 - 2.5.3. les frais des prestations médicales;
 - 2.5.4. les frais des prestations paramédicales;
 - 2.5.5. les frais pharmaceutiques, de pansement et de matériel médical;
 - 2.5.6. les frais des adjuvants médicaux;
 - 2.5.7. les frais de chirurgie;
 - 2.5.8. les frais d'anesthésie;
 - 2.5.9. les frais de l'utilisation de la salle d'opération et d'accouchement;
 - 2.5.10. les frais des prothèses médicales, à l'exception des frais suivants : les frais des prothèses dentaires, du matériel dentaire, des bridges, des couronnes et des implants;
 - 2.5.11. les frais des membres artificiels;
 - 2.5.12. les frais de transport par ambulance routière et les frais de transport par hélicoptère, avec un maximum de € 1.000, en Belgique, par année d'assurance et par personne assurée. En cas de transport par hélicoptère, il s'agit des frais de transport hélicoptère de la personne assurée à destination d'une unité de soins intensifs d'un centre hospitalier.
 - 2.5.13. les frais de mortuaire qui sont portés en compte sur l' 'Extrait de la note d'hospitalisation destiné au bénéficiaire' ;
 - 2.5.14. 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 par le prestataire de soins habilité à la mère, au nouveau-né et à la famille;
 - 2.5.15. 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 la personne assurée et hospitalisée;
 - 2.5.16. les frais de l'extraction dentaire sous anesthésie générale en centre hospitalier;
 - 2.5.17. un montant de € 10 par jour d'hospitalisation, sans dépasser € 50 par cas d'assurance. Si un minifortait, un maxifortait, un forfait A, B, C, ou D, de la chirurgie de jour ou un accouchement à domicile est facturé, un montant unique de € 20 est remboursé par cas d'assurance sauf s'il s'agit du traitement d'une maladie grave : dans ce cas les frais sont remboursés de la manière spécifique décrite aux points C.T.A. 2.9. et 2.10.
- 2.6. L'assureur rembourse à 100 % les frais décrits sous et conformément au point C.T.A. 2.5. s'ils sont repris sur l' 'Extrait de la note d'hospitalisation destiné au bénéficiaire' et/ou sur la 'Note d'honoraires destinée au patient' en application des annexes 37 et 38 du Règlement du 28.07.2003 (M.B. 29.08.2003) (ci-après le 'Règlement'). Les frais repris aux points C.T.A. 2.5.12., 2.5.14., 2.5.15. et l'accouchement à domicile sont remboursés de la manière spécifique décrite dans chaque cas.
- 2.6.1. Cependant, pour le calcul du remboursement en cas de séjour dans un centre hospitalier repris sur la liste 'intervention limitée' (voir point C.T.A. 10), l'assureur :
- 2.6.1.1. indemnise les frais de séjour uniquement en cas d'une occupation effective d'une chambre à 2 lits ou plus de 2 lits ;
 - 2.6.1.2. prend les totaux à charge et facturés au patient pour toutes les rubriques composant la facture et compare ce montant avec les totaux à charge et facturés à la mutualité pour toutes les rubriques composant la facture. L'assureur remboursera le montant des totaux à charge et facturés au patient sans que celui-ci ne puisse dépasser le montant des totaux à charge et facturés à la mutualité.
- 2.6.2. L'assureur rembourse également, après application éventuelle du point C.T.A. 2.6.1., le montant prévu au point C.T.A. 2.5.17. et déduit du montant ainsi obtenu les postes suivants selon cet ordre:
- 2.6.2.1. les frais non médicaux,
 - 2.6.2.2. les frais non couverts par la garantie d'assurance,
 - 2.6.2.3. l'intervention statutaire ou de toute autre nature de la mutualité ou de tout autre organisme,
 - 2.6.2.4. la franchise éventuelle .
- 2.6.3. Pour l'accouchement à domicile, l'assureur procède au remboursement des frais comme décrit ci-dessus sans que ceux-ci ne puissent dépasser le montant des totaux à charge et facturés à la mutualité.
- 2.7. Si le cas d'assurance fait l'objet de plusieurs factures successives conformes aux annexes 37 et 38 du Règlement susvisé, l'assureur procède selon ce qui est prévu au point C.T.A. 2.6. en globalisant toutes les factures.
- 2.8. En cas d'absence d'intervention de l'assurance maladie légale pour tous les postes de la facture d'hospitalisation, le cas d'assurance ne donne droit à aucune intervention de l'assureur.
- 2.9. Sont remboursés par cas d'assurance après l'intervention légale, statutaire ou de toute autre nature de la mutualité, pour autant qu'ils soient en rapport direct avec le traitement ambulatoire d'une maladie grave diagnostiquée :
- à 100 % :**
- 2.9.1. les frais des actes médicaux prestés lors d'une visite ou d'une consultation,
 - 2.9.2. les frais du traitement homéopathique, du traitement d'acupuncture, du traitement d'ostéopathie et du traitement de chiropraxie,
 - 2.9.3. 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.
 - 2.9.4. 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, les verres de contact, 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.
 - 2.9.5. les frais des prothèses médicales, à l'exception des prothèses dont la couverture est exclue au point C.T.A. 6.7.,
 - 2.9.6. les frais des membres artificiels.

à 80 % :

- 2.9.7. les frais des médicaments allopathiques et homéopathiques, de pansement et de matériel médical, prescrits par un médecin, à l'exclusion de tout type de produit qui peut être obtenu dans le commerce en général.
- 2.10. En cas de non-intervention de l'assurance maladie légale pour les frais décrits aux points C.T.A. 2.9.1. à 2.9.7., les taux de remboursement sont réduits de 50%, après déduction de l'intervention statutaire ou de toute autre nature de la mutualité.

3. Stage (= C.G.A. 11)

Le stage s'élève à 9 mois pour accouchement.

4. Franchise (= C.G.A.13)

La franchise s'applique :

- 4.1. par personne assurée,
- 4.2. par année d'assurance, mais au prorata du nombre de mois s'étalant entre le début d'un plan d'assurance et la date d'échéance annuelle si ce début ne coïncide pas avec la date d'échéance annuelle,
- 4.3. une fois au cas d'assurance qui s'étale d'une façon ininterrompue sur deux années d'assurance consécutives.

La franchise n'est pas d'application en cas de traitement ambulatoire suite à la survenance d'une maladie grave.

5. Assurabilité (= C.G.A. 16 et 17)

Sont assurables :

- 5.1. les personnes qui lors de l'entrée en assurance sont valides;
- 5.2. les personnes qui lors de l'entrée en assurance ont un âge d'entrée permettant le calcul de la prime selon une tranche d'âge prévue et en vigueur;
- 5.3. les personnes qui ont leur domicile et leur résidence fixe et habituelle en Belgique;
- 5.4. les personnes qui sont soumises à la législation sociale en vigueur et en bénéficient;
- 5.5. les nouveau-nés à partir du mois de la naissance d'après le même plan d'assurance qu'un des parents assurés pour autant que le plan d'assurance soit conclu dans les 60 jours suivant le mois de la naissance.

6. Exclusions de la garantie d'assurance (= C.G.A. 23)

Outre les exclusions prévues au point C.G.A. 23, la garantie d'assurance ne s'étend pas aux

- 6.1. frais qui sont la suite directe ou indirecte du traitement de l'obésité ;
- 6.2. frais qui sont liés à une intervention esthétique ou plastique, même en cas de troubles fonctionnels,
- 6.3. frais qui sont liés aux traitements suivants: la liposuction, la liposculpture, la gastroplastie, le gastric banding, l'abdominoplastie, la réduction ou l'augmentation mammaire, la rhino-septoplastie, la blépharoplastie, l'otoplastie, la reprise de cicatrice hypertrophiée;
- 6.4. frais qui sont liés à la chirurgie reconstructive sauf si ces frais sont exposés à la suite d'une maladie grave selon le point C.T.A. 2.3. , d'une maladie congénitale dans le chef d'un nouveau-né assuré en application du point C.T.A. 5.5., ou d'un accident pour lequel la couverture d'assurance est acquise et moyennant accord préalable du médecin-conseil de l'assureur;
- 6.5. cas d'assurance pour lesquels le séjour a lieu, même partiellement, dans une chambre à 1 lit d'un centre hospitalier repris sur la liste 'intervention limitée', à l'exception de ceux où la législation belge en vigueur facture le séjour comme celui dans une chambre commune ou à deux lits;
- 6.6. cas d'assurance selon les points C.T.A. 2.1. et 2.2. survenant en-dehors du territoire belge. La garantie est cependant acquise dans le pays de résidence ou dans le pays de travail s'il s'agit de travailleurs frontaliers, reconnus comme tel par la sécurité sociale belge et affiliés dans le pays de travail à l'assurance maladie légale;
- 6.7. traitements dentaires ou d'orthodontie, aux frais des prothèses dentaires, du matériel dentaire, des bridges, des couronnes et des implants, à l'exception des frais prévus au point C.T.A. 2.5.16. pour lesquels la garantie d'assurance est acquise.

7. Fin de la garantie d'assurance (= C.G.A. 25)

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

La couverture Maladies Graves (= C.T.A.2.2.) prend automatiquement fin à la date de fin du plan et de la garantie d'assurance.

8. La prime (= C.G.A. 40)

En dérogation aux points C.G.A. 40.1. et 40.2. la prime n'est ni calculée ni modifiée en raison du domicile ou de la résidence fixe et habituelle du preneur d'assurance.

9. Modification de la prime (= C.G.A. 47)

Outre ce qui est prévu au point C.G.A. 47.2., l'assureur procède chaque année au calcul de l'adaptation éventuelle de la prime :

- 9.1. l'assureur pourra adapter la prime en fonction de paramètres représentant ses coûts réels, conformément à la législation en vigueur.
- 9.2. l'adaptation visée au point C.T.A. 9.1. pourra être remplacée par une indexation de la totalité (100%) de la prime en utilisant la rubrique 'Soins des hôpitaux et assimilés' de l'indice des prix à la consommation pour autant qu'une telle indexation soit autorisée par la législation en vigueur. Dans ce cas, le montant indexé est égal au montant initial multiplié par le nouvel indice et divisé par l'indice initial.

10. Liste 'intervention limitée'

- 10.1. Critères utilisés pour établir la liste 'intervention limitée'

Le nom des centres hospitaliers pour lesquels l'intervention de l'assureur sera limitée de la manière décrite au point C.T.A. 2.6.1. est repris sur la liste 'intervention limitée', ci-après '**liste IL**', qui est communiquée au preneur d'assurance lors de l'émission de la police. Un centre hospitalier est repris sur la liste IL si son coût moyen d'hospitalisation (ci-après CMH) est supérieur de 40 % ou plus au coût moyen général d'hospitalisation (ci-après CMG).

Le **CMH** d'un centre hospitalier est le montant total de tous les frais d'hospitalisation facturés par ce centre hospitalier, que l'assureur a pris en charge au cours de l'année précédente et des six premiers mois de l'année en cours dans le cadre des produits de la série IS et Clini, divisé par le nombre de cas d'hospitalisation dans ce centre hospitalier au cours de la même période.

Le **CMG** est le montant total de tous les frais d'hospitalisation facturés par tous les centres hospitaliers, que l'assureur a pris en charge au cours de l'année précédente et des six premiers mois de l'année en cours dans le cadre des produits de la série IS et Clini, divisé par le nombre total de cas d'hospitalisation dans tous les centres hospitaliers au cours de la même période.

Pour établir la première liste IL, l'assureur a calculé le CMG et les CMH sur la base des montants qu'il a pris en charge au cours de la période du 01.01.2003 au 30.06.2004 dans le cadre des produits de la série IS.

Un **cas d'hospitalisation** est défini comme l'ensemble de toutes les périodes de séjour d'une personne assurée dans un même centre hospitalier suite à la survenance de la même maladie ou d'un même accident ou accouchement et ayant fait l'objet d'au moins un remboursement par l'assureur au cours de la même année calendrier.

- 10.2. Adaptation annuelle de la liste IL

Au cours du second semestre de chaque année, l'assureur recalcule le CMG à prendre comme référence et les nouveaux CMH et met à jour la liste IL en conséquence.

Si le pourcentage de variation du nouveau CMG par rapport au CMG de la période précédente dépasse le pourcentage de variation de la rubrique 'Soins des Hôpitaux et assimilés' de l'indice des prix à la consommation pour la même période, ce dernier sera pris comme pourcentage de variation maximal pour le calcul du nouveau CMG pris comme référence.

- 10.3. Notification, entrée en vigueur et contrôle des listes IL

Toute modification de la liste IL sera notifiée par écrit avec un préavis raisonnable au preneur d'assurance.

La nouvelle liste IL sera applicable à tout cas d'assurance dont le début du séjour coïncide ou est postérieur à la date d'entrée en vigueur de la nouvelle liste IL qui est indiquée dans la notification.

Les assurés peuvent obtenir auprès de l'assureur une note d'information expliquant plus amplement la méthodologie utilisée pour la détermination du CMG et des CMH ainsi qu'une copie de l'attestation du réviseur d'entreprise désigné par l'assureur certifiant le contenu de la liste IL et l'application correcte de la méthodologie utilisée pour la détermination du CMG et des CMH en application du présent point C.T.A. 10.