



**Conditions  
générales**

**Hôpital Plus  
100**

**Hôpital Plus  
200**

# TABLE DES MATIÈRES

<b>1. Notions et définitions</b>	<b>3</b>
<b>2. Conditions d'affiliation</b>	<b>5</b>
<b>3. Début, durée et fin du contrat</b>	<b>7</b>
a. Début et durée du contrat	7
b. Suspension et fin du contrat	7
<b>4. Stage</b>	<b>8</b>
a. Période de stage générale	8
b. Dispense de la période de stage	8
c. Passage à une autre formule d'assurance	8
<b>5. Garanties de l'assurance</b>	<b>9</b>
a. Dispositions générales	9
b. Hôpital Plus 100	9
i. Garantie de base – hospitalisation	9
ii. Soins pré- et post-hospitaliers	9
iii. Soins ambulatoires en cas de maladie grave	10
iv. Couverture supplémentaire	10
c. Hôpital Plus 200	10
i. Garantie de base – hospitalisation	10
ii. Soins pré- et post-hospitaliers	10
iii. Soins ambulatoires en cas de maladie grave	10
iv. Couverture supplémentaire	11
<b>6. Limitation de la garantie : maladies, affections ou états préexistants</b>	<b>11</b>
<b>7. Franchise</b>	<b>13</b>
<b>8. Plafonds</b>	<b>13</b>
a. Plafonds généraux	13
b. Plafonds spécifiques	13
<b>9. Remboursement en cas de dommages à l'étranger</b>	<b>14</b>
<b>10. Demande d'intervention - prescription – expertise médicale</b>	<b>14</b>
<b>11. Exclusions</b>	<b>15</b>
<b>12. Primes</b>	<b>15</b>
<b>13. Dispositions finales</b>	<b>18</b>

## 1. Notions et définitions

### Accident

Tout événement soudain qui occasionne une lésion physique et dont la cause (ou une des causes) est étrangère à l'organisme de la victime. Les lésions doivent être constatées par un médecin habilité à pratiquer soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'affilié au moment de l'accident.

### Accouchement à domicile

Accouchement sans hospitalisation de jour ni hospitalisation de plusieurs jours.

### Année d'assurance

Une année d'assurance débute chaque année le jour où le contrat d'assurance a débuté, dure douze mois et se termine le jour de l'échéance annuelle.

### Assurance hospitalisation similaire

Une assurance hospitalisation offerte par un autre assureur, soit une société mutualiste d'assurances (SMA), soit un assureur privé, qui prévoit une intervention forfaitaire ou couvrant les frais, similaire à celle prévue par une des formules d'assurance d'Hôpital Plus. Une autre assurance hospitalisation est similaire lorsque les primes, les plafonds annuels et les interventions dans les suppléments d'honoraires sont similaires à ceux des formules d'assurance d'Hôpital Plus. Hôpital Plus évalue s'il s'agit d'une assurance hospitalisation similaire.

### Assuré

La personne sur qui pèse le risque et bénéficiaire du contrat d'assurance.

### Assureur

La société mutualiste d'assurances (SMA) Hôpital Plus, siège social rue de Livourne 25, 1050 Bruxelles, numéro d'entreprise 0471.459.194, agréée par l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales des mutualités (OCM) sous le numéro 450/01 pour offrir des assurances sous les branches 2

(maladie) et 18 (assistance).

### Co-assuré

L'assuré qui n'est pas le titulaire du contrat.

### Contrat d'assurance

Contrat conclu entre la SMA Hôpital Plus en tant qu'assureur et le preneur d'assurance. Le contrat est composé des conditions générales et particulières de l'assurance. Le contrat est conclu au moment où la SMA reçoit la police signée par le preneur d'assurance.

### Date d'échéance

La date d'échéance annuelle du contrat d'assurance est la date à laquelle chaque année le contrat d'assurance vient à échéance. La prime annuelle pour la prochaine année d'assurance est due au plus tard à la date d'échéance annuelle.

### Date de début du contrat

La date à laquelle le contrat entre en vigueur et que soit la période de stage ou les garanties du contrat débute(nt). Cette date est mentionnée dans les conditions particulières et ne se situe jamais avant le premier jour du mois suivant celui au cours duquel l'assureur reçoit la proposition d'assurance complétée et signée.

### Écrit

L'ensemble d'un message en caractères alphanumériques apposé sur un support durable et accessible pour le preneur d'assurance. Il peut s'agir de documents au format papier ou électronique. Un écrit recommandé peut être envoyé au format papier par voie postale ou au format électronique par l'intermédiaire d'une boîte électronique authentifiée (eBox ou Doccle).

### Frais parapharmaceutiques

Les frais pour des produits ou du matériel utilisé lors du traitement médical d'une maladie ou d'une affection et qui ne répondent pas à la définition de médicament, par exemple des bas de contention ou minerves. Les produits considérés comme non-parapharma-

ceutiques sont les produits homéopathiques, ainsi que tous les produits destinés aux soins, à l'hygiène et au confort personnels.

### Frais paramédicaux

Les frais pour les soins paramédicaux destinés à réduire les conséquences fonctionnelles d'une maladie ou d'une affection, par exemple de physiothérapie, de logopédie, de diététique, d'exercices thérapeutiques et d'ergothérapie.

### Franchise

Une partie des frais garantis qui reste toujours à charge de l'assuré et dont le montant est déterminé dans les présentes conditions générales.

### Hôpital

Une institution agréée par la loi (article 2 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux) et disposant de moyens de diagnostics et thérapeutiques scientifiquement prouvés. Hôpital Plus ne considère e.a. pas comme une hospitalisation un séjour dans une des institutions suivantes : une institution médico-pédagogique, une maison de repos et de soins (MRS), une institution de cures thermales, un centre de revalidation, un sanatorium, un centre médico-psychiatrique, une maison de repos pour personnes âgées, un hôpital ou une partie d'un hôpital ayant une reconnaissance spéciale comme MRS, une maison de soins psychiatriques (MSP).

### Hospitalisation

Une hospitalisation est tout séjour estimé médicalement nécessaire dans un hôpital pour lequel dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire au moins une journée d'hospitalisation est portée en compte.

### Hospitalisation de jour

Une hospitalisation sans nuitée pour une intervention chirurgicale pour laquelle le prix de la journée d'hospitalisation n'est pas porté en compte.

## Implant

Un implant est tout matériel, appareil, instrument, moyen auxiliaire synthétique ou étranger au corps, ainsi que toute matière ou tout article fabriqué en vue de son implantation totale ou partielle ou du remplacement d'une partie du tissu épithélial, en vue du diagnostic, de la prévention, de la surveillance, du traitement ou de l'allègement d'une maladie, (de la compensation) d'un handicap et de l'examen, du remplacement ou de la modification de l'anatomie ou du processus physiologique.

Un implant est destiné à rester implanté pendant 30 jours au moins. Il ne peut être retiré que moyennant un traitement médical ou une intervention chirurgicale.

## Intervention chirurgicale

Une intervention chirurgicale est une procédure chirurgicale dans le but de remédier à un problème médical ou de pouvoir établir un diagnostic et est invasive, cela veut dire que des tissus, des implants ou des organes sont ouverts, changés, implantés ou enlevés par le biais d'instruments, tout en évacuant l'excès de sang.

## Intervention légale/ remboursement par l'assurance maladie obligatoire (frais à l'étranger)

Tout remboursement prévu par une convention/un traité passé(e) avec le pays en question en matière de sécurité sociale des travailleurs salariés ou, à défaut d'une telle convention ou d'un tel traité, le montant fictif égal au remboursement prévu par la législation belge d'application à ce travailleur salarié.

## Intervention légale/ remboursement par l'assurance maladie obligatoire (frais en Belgique)

Toute indemnité dans le cadre de la législation belge en matière d'assurance maladie obligatoire soins de santé et indemnités (régime général), d'acci-

dents du travail et de maladies professionnelles.

## Maladie, affection ou état préexistant (par ex. une grossesse)

Une maladie, affection ou état qui existait déjà avant la date de début du contrat d'assurance auprès d'une des assurances hospitalisation d'Hôpital Plus ou dont il peut être supposé logiquement qu'il/elle existait déjà avant la date de début du contrat.

## Maladie ou affection

Toute atteinte à l'état de santé qui n'est pas la conséquence d'un accident et qui est reconnue par un médecin habilité à pratiquer soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'assuré au moment où la maladie ou l'affection est constatée.

## Notification

La notification correspond à la communication d'une décision ou d'un fait d'une partie à l'autre. Les notifications entre les parties s'effectuent par voie postale ou par e-mail. Le preneur d'assurance accepte expressément ce moyen de communication. L'adresse électronique est celle qui est indiquée dans la proposition d'assurance. Le preneur d'assurance avertira l'assureur dans le cas où il souhaite utiliser une autre adresse e-mail.

## Personne à charge

Une personne physique qui, dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire soins de santé et indemnités, n'est pas affiliée comme titulaire mais comme personne à charge d'un titulaire.

## Preneur d'assurance

La personne physique ayant signé le contrat. Le preneur d'assurance est le titulaire du contrat et est responsable du paiement des primes pour toutes les personnes assurées dans le contrat.

## Prime annuelle

La prime due pour bénéficier pendant toute une année de la couverture des assurances d'Hôpital Plus. La prime an-

nuelle est égale à douze fois les primes mensuelles reprises dans les présentes conditions générales. La prime annuelle est due à la date de l'échéance annuelle du contrat.

## Prime de début

La prime correspondant à l'âge de l'affilié au moment où le contrat entre en vigueur.

## Produits pharmaceutiques

Tout produit exclusivement délivré en pharmacie, prescrit par un médecin et enregistré comme spécialité ou préparation magistrale par le ministre de la santé publique. Les produits tels que les bandages, les produits diététiques et hygiéniques, les articles de soins infirmiers, les réactifs, les produits homéopathiques et les bas ne répondent pas à cette définition.

## Rooming-in

Passer la nuit dans la chambre d'hôpital d'une personne hospitalisée.

## Soins médicaux ambulatoires

Les soins médicaux fournis en dehors d'une période d'hospitalisation.

## Soins pré- et post-hospitaliers

Les soins médicaux ambulatoires fournis pendant la période débutant un mois avant l'hospitalisation et se terminant trois mois après et qui ont un rapport direct avec cette hospitalisation.

## Stage

La période qui commence à courir à la date de début du contrat et pendant laquelle l'assuré n'a pas droit aux interventions de l'assureur et dont la durée est déterminée dans les présentes conditions générales

## Supplément d'honoraires

Le supplément d'honoraire porté en compte par le prestataire de soins en plus de l'honoraire conventionnel. Les prestataires de soins ne peuvent pas porter en compte des suppléments d'honoraires aux patients qui, lors d'une hospitalisation de plusieurs jours,

séjourner dans une chambre à deux ou à plusieurs lits. Les prestataires de soins non conventionnés peuvent porter en compte des suppléments d'honoraires aux patients séjournant dans une chambre à deux lits lors d'une hospitalisation de jour.

### Tarif conventionnel/ tarif standard

Les honoraires pour les consultations, les interventions et les traitements tels qu'ils sont annuellement fixés dans un accord national par les mutualités et les syndicats de médecins.

### Ticket modérateur

La différence entre le montant réellement payé par l'assuré au prestataire de soins et le remboursement par l'assurance maladie obligatoire.

### Titulaire

Une personne physique qui, par son activité professionnelle ou sa situation assimilée, a ou peut avoir des droits en assurance maladie obligatoire soins de santé et indemnités et qui, en cette qualité, est affiliée à une des mutualités libérales.

### Transport de malades

Le transport urgent de malades couchés est le transport d'une personne malade dans une ambulance vers l'hôpital le plus proche, ou bien le transport entre hôpitaux. Le transport urgent de malades couchés a lieu lorsqu'un transfert urgent du patient est indispensable. Le transport urgent par hélicoptère est également inclus dans cette catégorie.

Par transport spécifique de malades, on entend le transport qui n'est pas considéré comme urgent. Il s'agit du transport en véhicule propre, taxi, train (2e classe) pour les déplacements dans le cadre du traitement ambulatoire d'une maladie grave dans le sens des présentes conditions générales.

En cas de doute sur la signification d'une clause, c'est l'interprétation la plus favorable à l'assuré qui prévaut. Si le preneur d'assurance et l'assuré ne sont

pas une seule et même personne, c'est l'interprétation la plus favorable à l'assuré qui prévaut.

## 2. Conditions d'affiliation

### 1.1

La personne physique désirant s'assurer auprès d'une des assurances hospitalisation offertes par la SMA Hôpital Plus, doit satisfaire de façon cumulative aux conditions suivantes :

- être inscrit en qualité de titulaire ou de personne à charge pour l'assurance maladie obligatoire et/ou les services complémentaires auprès d'une mutualité libérale qui fait partie de la SMA Hôpital Plus ;
- être en ordre de paiement de la cotisation pour les services complémentaires ;
- avoir conclu un contrat d'assurance pour une des assurances hospitalisation .

### 1.2

La personne qui devient, au sein d'une mutualité affiliée auprès de la SMA Hôpital Plus, un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est suspendue, peut s'assurer à une des assurances de la SMA Hôpital Plus. Elle ne peut toutefois bénéficier de la couverture d'une de ces assurances que pour autant qu'elle paie les primes prévues à ce sujet.

### 1.3

La personne qui devient, au sein d'une mutualité affiliée auprès de la SMA Hôpital Plus, un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée, ne peut s'assurer à une des assurances de la SMA Hôpital Plus et ne peut donc pas bénéficier de la couverture d'une de ces assurances.

Elle ne peut s'assurer à la SMA Hôpital Plus et bénéficier de la couverture prévue dans ces conditions générales que si elle est en ordre de cotisations

pour les services de l'assurance complémentaire depuis qu'est entamée la période de 24 mois durant laquelle elle doit y payer ces cotisations sans pouvoir y bénéficier d'avantages, pour pouvoir y redevenir un membre qui peut bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire.

En cas de retard de 6 mois dans le paiement de ces cotisations depuis qu'est entamée la période de 24 mois, cette personne perd sa qualité d'assuré de la SMA Hôpital Plus.

Cette période de 6 mois est suspendue :

- lorsque la personne qui n'est pas en ordre de paiement des cotisations pour l'assurance complémentaire se trouve dans une situation de règlement collectif de dettes ou de faillite ;
- pendant la période durant laquelle la personne a perdu la qualité de titulaire en assurance complémentaire et a la qualité de personne à charge d'un titulaire qui n'est pas en ordre de paiement des cotisations pour les services de l'assurance complémentaire.

### 2.

La personne physique désirant s'assurer auprès de l'assurance hospitalisation facultative Hôpital Plus 100 peut le faire sans limite d'âge.

La personne physique désirant s'assurer auprès de l'assurance hospitalisation facultative Hôpital Plus 200 doit le faire jusqu'au dernier jour précédant son 66ième anniversaire. Cette limite d'âge s'applique également aux éventuelles personnes à charge.

### 3.

En dérogation au paragraphe 2, aucune limite d'âge n'est d'application aux personnes qui, par mutation ou simple affiliation, s'affilient à une mutualité libérale et s'assurent en même temps auprès d'une des assurances hospitalisation d'Hôpital Plus, à condition que :

- la/les personne(s) concernée(s),



avaï(en)t une assurance hospitalisation similaire offerte par une entité mutualiste (SMA) le jour précédant immédiatement celui de la demande d'affiliation auprès d'Hôpital Plus ;

- la/les personne(s) concernée(s) ai(en)t payé les primes requises pour cette assurance mutualiste similaire.

Comme preuve de l'existence de ce contrat, le candidat-assuré joindra à la proposition d'assurance complétée et signée une attestation d'assurance établie par l'ancien assureur. Cette attestation doit clairement indiquer pour tous les assurés la date de début du contrat précédent, sa date de fin et le fait que toutes les primes ont été payées.

#### 4.

Un assuré qui est déjà assuré auprès d'Hôpital Plus 100 et n'a pas encore atteint l'âge de 66 ans, peut passer à Hôpital Plus 200 par le biais d'un formulaire de transfert. Au cours des trois premiers mois suivant le transfert, la couverture d'Hôpital Plus 100 reste intégralement d'application.

Lorsqu'un assuré fait le transfert d'Hôpital Plus 200 à Hôpital Plus 100, ce transfert vaut également pour toute éventuelle personne à charge co-assurée répondant aux conditions.

### 3. Début, durée et fin du contrat

#### a) Début et durée du contrat

##### 1.

Le contrat d'assurance est de durée illimitée et offre en principe une garantie à vie, pour autant que les conditions d'affiliation soient remplies.

Le contrat débute à la date de début spécifiée dans les conditions particulières, à condition que le/les candidat(s)-assuré(s) réponde(nt) aux conditions d'affiliation telle que reprises dans les présentes conditions générales.

Le contrat entre en vigueur au plus tôt le premier jour du mois suivant la signature de l'offre d'assurance et le paiement intégral de la prime de début. Le contrat auprès de la SMA Hôpital Plus ne peut jamais prendre cours avant le début de l'affiliation à une des mutualités libérales affiliées à la SMA Hôpital Plus. La prime de début est déterminée en fonction de l'âge au moment de l'entrée en vigueur du contrat.

##### 2.

La garantie prend cours à la date de début du contrat à condition que le preneur d'assurance ait intégralement payé la prime de début avant le début du contrat.

S'il faut accomplir un stage, la date d'entrée en vigueur correspond au premier jour de la période de stage.

##### 3.

Le paiement spontané d'une prime, sans y avoir été invité, ne donne pas lieu à la conclusion d'un contrat d'assurance.

#### b) Suspension et fin du contrat

##### 1.

Seul l'assuré peut à tout moment résilier le contrat par écrit recommandé, par exploit d'huissier ou par remise d'une lettre de résiliation contre accusé de réception. Lors de la résiliation du contrat d'assurance, le délai de résiliation est d'un mois et prend cours le jour suivant celui de la notification ou de la date de l'accusé de réception, ou, en cas de lettre recommandée, à compter du jour suivant celui de la remise de la lettre recommandée à la poste.

##### 2.1

La personne qui devient, au sein d'une mutualité affiliée auprès de la SMA Hôpital Plus, un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est suspendue, maintient la qualité d'assuré(e) de la SMA. La garantie du contrat est suspendue pour la même durée.

##### 2.2

La personne qui devient, au sein d'une mutualité affiliée auprès de la SMA Hôpital Plus, un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée, perd la qualité d'assuré(e) de la SMA et ne peut donc plus bénéficier de la couverture de la SMA, même si elle était en ordre au niveau du paiement des primes pour la SMA.

Elle ne peut redevenir assuré(e) de la SMA et bénéficier à nouveau de la couverture prévue dans ces conditions générales que si elle est en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire depuis qu'est entamée la période de 24 mois durant laquelle elle doit y payer ces cotisations sans pouvoir y bénéficier d'avantages, pour pouvoir y redevenir un membre qui peut bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire.

En cas de retard de 6 mois dans le paiement de ces cotisations depuis qu'est entamée la période de 24 mois, cette personne perd sa qualité d'assuré(e) de la SMA.

Cette période est suspendue :

- lorsque la personne qui n'est pas en ordre des cotisations pour l'assurance complémentaire se trouve dans une situation de règlement collectif de dettes ou de faillite ;
- pendant la période durant laquelle la personne a perdu la qualité de titulaire en assurance complémentaire et a la qualité de personne à charge d'un titulaire qui n'est pas en ordre de paiement des cotisations pour les services de l'assurance complémentaire.

##### 3.

Le contrat prend fin de droit lorsque le titulaire assuré décède. Les héritiers légaux de l'assuré sont tenus d'en avvertir la SMA Hôpital Plus via un extrait d'acte de décès. Le cas échéant, la SMA Hôpital Plus rembourse la prime payée pour les mois restants de l'année d'assurance en cours.

En cas de décès du titulaire, les co-assurés et éventuelles personnes à charge peuvent poursuivre leur contrat d'assurance sans interruption et sans conditions supplémentaires.

#### 4.

Le contrat d'assurance n'est pas unilatéralement résiliable par la SMA Hôpital Plus, sauf en cas de défaut de paiement.

Le non-paiement de la prime due au jour d'échéance peut constituer pour la SMA Hôpital Plus un motif de suspension de la couverture ou de résiliation du contrat d'assurance.

En cas de non-paiement de la prime, la SMA Hôpital Plus met l'assuré en demeure par lettre recommandée ou par exploit d'huissier pour non-paiement de la prime due dans un délai de minimum 15 jours, à compter du jour suivant la date du cachet de la poste de la lettre recommandée ou de l'exploit d'huissier. Cette mise en demeure mentionne également la date d'échéance de la prime, les conséquences du non-paiement de la prime dans le délai proposé de minimum 15 jours et le début de ce délai. Enfin, cette mise en demeure stipule que la suspension de la couverture entrera en vigueur à partir du jour suivant la fin du délai de minimum 15 jours imparti pour le paiement.

Si, malgré cette mise en demeure, la prime reste impayée, une suspension effective de la couverture entrera en vigueur après l'expiration du délai précité de minimum 15 jours. Cette période de suspension dure également au minimum 15 jours.

En cas de suspension de la couverture :

- l'assuré ne peut prétendre à une intervention d'Hôpital Plus ;
- la suspension prend fin en cas de paiement des primes arriérées dans le délai imparti ;
- la SMA Hôpital Plus peut résilier le contrat d'assurance si la prime n'est toujours pas payée après la suspension.

Dans le dernier cas, la résiliation prend effet après l'expiration d'un délai de minimum 15 jours, à compter du premier jour de la suspension. La résiliation du contrat d'assurance par la SMA Hôpital Plus est confirmée par courrier ordinaire.

Les primes impayées jusqu'à la date de résiliation restent redevables à Hôpital Plus avec une limite de deux primes annuelles consécutives.

## 4. Stage

### a) Période de stage générale

La période de stage générale pour les nouveaux assurés auprès des assurances hospitalisation de la SMA Hôpital Plus est de trois mois et débute à la date de début du contrat. La SMA Hôpital Plus n'est redevable d'aucune intervention pendant cette période de stage.

Lorsque des hospitalisations ont lieu pendant la période de stage, la durée de ces périodes d'hospitalisation est ajoutée à la période de stage.

### b) Dispense de la période de stage

La période de stage ne doit pas être accomplie :

- en cas d'accident, à condition que l'accident se soit produit après la date de début du contrat ;
- dans le cas des maladies contagieuses aiguës suivantes : rubéole, rougeole, varicelle, scarlatine, diphtérie, coqueluche, oreillons, poliomyélite, méningite cérébrospinale, dysenterie, typhus et paratyphus, typhus exanthématique, choléra, variole, malaria, fièvre récurrente, encéphalite, charbon et tétanos ;

Le stage ne doit également pas être accompli par les personnes qui, le jour précédant la date du début du contrat auprès de la SMA Hôpital Plus, avaient une assurance hospitalisation similaire, soit via une entité mutualiste (SMA), soit via un assureur privé, à condition :

- qu'il n'y ait aucune interruption entre les deux périodes d'assurance ;
- que la personne concernée ait été assurée auprès de l'assurance précédente pendant au moins trois mois et que ses primes aient été payées.

Au cas où cette période était plus courte, la durée d'affiliation est déduite de la période de stage générale.

De plus, la période de stage générale ne doit pas être accomplie pour un nouveau-né, à condition que :

- l'un des parents de l'enfant est affilié depuis au moins 3 mois auprès d'Hôpital Plus ou était affilié auprès d'une assurance hospitalisation similaire ;
- le nouveau-né soit affilié dans les deux mois suivant la naissance ;

Si le parent était assuré pendant moins de trois mois auprès de l'assurance hospitalisation précédente, la durée d'assurance est déduite de la période de stage générale.

### c) Passage à une autre formule d'assurance

Lors du passage d'Hôpital Plus 100 vers Hôpital Plus 200, une période transitoire de trois mois est d'application. Au cours de cette période, les garanties et les interventions contractuelles d'Hôpital Plus 100 restent d'application.

Lors du passage d'une formule forfaitaire (Hospi Forfait Base ou Hospi Forfait Plus) à une formule frais réels (Hôpital Plus 100 ou Hôpital Plus 200), les règles de remboursement de la formule forfaitaire restent d'application pendant les trois premiers mois après le passage.

Lors du passage d'Hôpital Plus Franchise vers Hôpital Plus 100 ou Hôpital Plus 200, les règles de remboursement d'Hôpital Plus Franchise restent d'application pendant les trois premiers mois après le passage.



## 5. Garanties de l'assurance

### a) Dispositions générales

#### 1.

Hôpital Plus rembourse les frais mentionnés ci-dessous sur la base du montant facturé. Ce remboursement ne tient pas compte des frais s'ils peuvent être couverts par :

- de l'assurance obligatoire, visée par la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et ses arrêtés d'exécution et par l'AR du 30 juin 1964 ;
- des législations relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles (loi du 10 avril 1971 et loi du 3 juin 1970 et les arrêtés d'exécution y afférents) ;
- des règlements européens n° 1408/71, 547/72 et 883/04 ou les accords multilatéraux ou bilatéraux en matière de sécurité sociale conclus par la Belgique ;
- l'assurance complémentaire obligatoire des mutualités et/ou de l'Union nationale ;
- le service « soins urgents sur le lieu de séjour » des mutualités et/ou de l'Union nationale (Mutas).

Au cas où l'assuré n'aurait pas droit aux remboursements précités pour quelle raison que ce soit, l'assureur le remboursera de la même façon qu'un assuré ayant droit à ces remboursements.

En tout cas, le remboursement ne peut jamais être supérieur à la différence entre le montant facturé et les remboursements légaux et réglementaires.

#### 2.

L'intervention est uniquement due en cas d'hospitalisation dans un des services hospitaliers suivants :

- 190 N(n)  
soins néo-natals non intensifs,
- 200 B  
traitement de la TBC,
- 210 C  
diagnostic et traitement chirurgical,
- 220 D  
diagnostic et traitement médical,
- 230 E

- pédiatrie,
- 240 H  
hospitalisation simple,
- 640 S4  
service affections chroniques nécessitant des soins palliatifs,
- 250 L  
maladies contagieuses,
- 260 M  
maternité,
- 270 NIC(N)  
soins néo-natals intensifs,
- 290  
traitement de grands brûlés,
- 320  
clinique de jour chirurgie,
- 490 I  
soins intensifs.

En cas d'hospitalisation dans un service hospitalier limité, comme décrit à l'article 8.b, l'assuré peut avoir droit à une intervention de maximum 800 euros par année d'assurance, la garantie soins pré- et post-hospitaliers incluse.

En cas d'hospitalisation de jour, comme décrite dans les présentes conditions générales, l'assuré aura uniquement droit à une intervention si cette hospitalisation a lieu dans le cadre d'une intervention chirurgicale.

### b) Hôpital Plus 100

#### i. Garantie de base – hospitalisation

En cas d'hospitalisation pour cause de maladie, d'accident, de grossesse ou d'accouchement, Hôpital Plus 100 couvre les frais pour les soins de santé pour lesquels une intervention légale est prévue. L'intervention d'Hôpital Plus 100 est limitée à 100 % du montant de l'intervention légale.

Les frais suivants sont couverts :

- les frais de séjour, y compris les suppléments facturés pour une chambre particulière ;
- les tickets modérateurs ;
- les honoraires et les suppléments d'honoraires, limités à 100 % de l'intervention légale de l'INAMI et

- de l'honoraire conventionnel ;
- les frais du transport urgent de malades couchés, justifié pour des raisons médicales urgentes, limités à 255 euros par année d'assurance ;
- les frais de soins dentaires, les prothèses dentaires et les prothèses thérapeutiques légalement remboursés s'ils sont dispensés au cours de l'hospitalisation et se rapportent directement à l'intervention chirurgicale ;
- les frais des interventions chirurgicales pratiquées lors d'une hospitalisation de jour chirurgicale ;
- les frais des produits (para)pharmaceutiques légalement remboursés ;

Les frais pour lesquels aucune intervention légale n'est prévue ne sont pas remboursés.

#### ii. Soins pré- et post-hospitaliers

Hôpital Plus 100 rembourse les frais médicaux pour les soins ambulatoires dispensés pendant la période d'un mois avant et de trois mois après l'hospitalisation, à condition que :

- ces frais aient un rapport direct avec l'hospitalisation, et
- les frais pour l'hospitalisation soient remboursés par Hôpital Plus sur base des présentes conditions générales.

L'intervention dans les frais médicaux des soins ambulatoires (soins pré- et post-hospitaliers) est limitée à 575 euros par années d'assurance. Les soins médicaux et les produits (para)pharmaceutiques pour lesquels il n'y a pas d'intervention légale ne sont pas remboursés. Le remboursement ne dépasse jamais 100% du montant légalement remboursé par prestation.

#### iii. Soins ambulatoires en cas de maladie grave

##### 1.

Cette garantie rembourse les frais des soins ambulatoires pour une maladie grave, dans le cadre des dispositions

des présentes conditions générales, également pendant les années où aucune hospitalisation n'a lieu, à condition qu'une intervention légale de l'INAMI soit prévue pour les soins médicaux et que les frais liés aux soins aient un rapport direct avec les maladies ci-dessous. Les soins médicaux et les produits pharmaceutiques pour lesquels il n'y a pas d'intervention légale, ne sont pas remboursés. Le remboursement ne dépasse jamais 100% du montant légalement remboursé par prestation.

Hôpital Plus 100 rembourse les frais de soins de santé sans hospitalisation pour les maladies suivantes : cancer, leucémie, tuberculose, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébrospinale, variole, typhus, encéphalite, charbon, tétanos, choléra, maladie de Hodgkin, sida, hépatite virale, scarlatine, diabète, affections rénales nécessitant une dialyse, maladie de Crohn, muco-viscidose et colite ulcéreuse (RCH).

La reconnaissance vaut en principe pour une période de 5 ans, à compter à partir de la date de début du traitement, sauf lorsque la maladie est incurable ou que la reconnaissance est limitée dans le temps, c'est-à-dire à moins de 5 ans. La période susmentionnée de 5 ans est prolongée moyennant un nouveau certificat médical attestant que la personne est encore soumise à un traitement pour la maladie grave.

## 2.

En outre, Hôpital Plus 100 intervient en cas de soins ambulatoires d'une maladie grave dans les :

- frais relatifs aux traitements spécifiques, analyses et examens remboursés par l'assurance maladie obligatoire, nécessités par la maladie grave ;
- frais relatifs à la location de matériel divers ;
- frais des produits (para)pharmaceutiques pour lesquels une intervention légale de l'INAMI est prévue ;
- frais du transport spécifique de

malades, limités à 127,5 euros par année d'assurance sur présentation de la preuve de transport (taxi, train 2e classe, transport de malades en voiture, ambulance : remboursé à raison de 0,15 euro le kilomètre).

## iv. Couverture supplémentaire

En plus de la garantie de base, de la garantie pour soins pré- et post-hospitaliers et de la garantie pour les soins ambulatoires en cas de maladie grave, Hôpital Plus 100 rembourse également :

- les frais des implants et des produits (para)pharmaceutiques qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire, à condition que les implants et médicaments soient délivrés au cours de l'hospitalisation. Le remboursement est octroyé à concurrence de 75 % du prix facturé, avec un plafond commun de 1 500 euros par hospitalisation ;
- les frais d'accouchement à domicile à raison d'une intervention forfaitaire de 250 euros ;
- les frais des soins post-nataux à raison d'une intervention forfaitaire de 140 euros ;
- les frais de séjour pour le rooming-in d'un parent d'un enfant de moins de 18 ans à raison de maximum 20 euros par jour.

## c) Hôpital Plus 200

### i. Garantie de base - hospitalisation

En cas d'hospitalisation pour cause de maladie, d'accident, de grossesse ou d'accouchement, Hôpital Plus 200 couvre les frais pour les soins de santé pour lesquels une intervention légale est prévue. L'intervention d'Hôpital Plus 200 est limitée à 200 % du montant de l'intervention légale.

Les frais suivants sont couverts :

- les frais de séjour, y compris les suppléments facturés pour une chambre particulière ;
- les tickets modérateurs ;
- les honoraires et les suppléments

d'honoraires, limités à 200 % de l'intervention légale de l'INAMI et de l'honoraire conventionnel ;

- les frais du transport urgent de malades couchés, justifié pour des raisons médicales urgentes, limités à 255 euros par année d'assurance ;
- les frais de soins dentaires, les prothèses dentaires et les prothèses thérapeutiques légalement remboursés s'ils sont dispensés au cours de l'hospitalisation et se rapportent directement à l'intervention chirurgicale ;
- les frais des interventions chirurgicales pratiquées lors d'une hospitalisation de jour chirurgicale ;
- les frais des produits (para)pharmaceutiques légalement remboursés ;

Les frais pour lesquels aucune intervention légale n'est prévue, ne sont pas remboursés.

### ii. Soins pré- et post-hospitaliers

Hôpital Plus 200 rembourse les frais médicaux pour les soins ambulatoires dispensés pendant la période d'un mois avant et de trois mois après l'hospitalisation, à condition que :

- ces frais aient un rapport direct avec l'hospitalisation, et
- les frais pour l'hospitalisation soient remboursés par Hôpital Plus sur base des présentes conditions générales.

L'intervention dans les frais médicaux des soins ambulatoires (soins pré- et post-hospitaliers) est limitée à 750 euros par année d'assurance. Les soins médicaux et les produits (para)pharmaceutiques pour lesquels il n'y a pas d'intervention légale ne sont pas remboursés. Le remboursement ne dépasse jamais 100% du montant légalement remboursé par prestation.

### iii. Soins ambulatoires en cas de maladie grave

#### 1.

Cette garantie rembourse les frais des

soins ambulatoires pour une maladie grave, dans le cadre des dispositions des présentes conditions générales, également pendant les années où aucune hospitalisation n'a lieu, à condition qu'une intervention légale de l'INAMI soit prévue pour les soins médicaux et que les frais liés aux soins aient un rapport direct avec les maladies ci-dessous. Les soins médicaux et les produits pharmaceutiques pour lesquels il n'y a pas d'intervention légale, ne sont pas remboursés. Le remboursement ne dépasse jamais 100% du montant légalement remboursé par prestation.

Hôpital Plus 200 rembourse les frais de soins de santé sans hospitalisation pour les maladies suivantes : cancer, leucémie, tuberculose, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébrospinale, variole, typhus, encéphalite, charbon, tétanos, choléra, maladie de Hodgkin, sida, hépatite virale, scarlatine, diabète, affections rénales nécessitant une dialyse, maladie de Crohn, muco-viscidose et colite ulcéreuse (RCH).

La reconnaissance vaut en principe pour une période de 5 ans, à compter à partir de la date de début du traitement, sauf lorsque la maladie est incurable ou que la reconnaissance est limitée dans le temps, c'est-à-dire à moins de 5 ans. La période susmentionnée de 5 ans est prolongée moyennant un nouveau certificat médical attestant que la personne est encore soumise à un traitement pour la maladie grave.

## 2.

En outre, Hôpital Plus 200 intervient en cas de soins ambulatoires d'une maladie grave dans les :

- frais relatifs aux traitements spécifiques, analyses et examens remboursés par l'assurance maladie obligatoire, nécessités par la maladie grave ;
- frais relatifs à la location de matériel divers ;
- frais des produits (para)pharmaceutiques pour lesquels une interven-

tion légale de l'INAMI est prévue ;

- frais du transport spécifique de malades, limités à 127,5 euros par année d'assurance sur présentation de la preuve de transport (taxi, train 2e classe, transport de malades en voiture, ambulance : remboursé à raison de 0,15 euro le kilomètre).

## iv. Couverture supplémentaire

En plus de la garantie de base, de la garantie pour soins pré- et post-hospitaliers et de la garantie pour les soins ambulatoires en cas de maladie grave, Hôpital Plus 200 rembourse également :

- les frais des implants et des produits (para)pharmaceutiques qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire, à condition que les implants et médicaments soient délivrés au cours de l'hospitalisation. Le remboursement est octroyé à concurrence de 75 % du prix facturé, avec un plafond commun de 1 500 euros par hospitalisation ;
- les frais d'accouchement à domicile à raison d'une intervention forfaitaire de 500 euros ;
- les frais des soins post-nataux à raison d'une intervention forfaitaire de 140 euros ;
- les frais de séjour pour le rooming-in d'un parent d'un enfant de moins de 18 ans à raison de maximum 20 euros par jour.

## 6. Limitation de la garantie : maladies, affections ou états préexistants

### 1.

Si un assuré est hospitalisé au cours des cinq premières années de son contrat auprès d'une assurance hospitalisation frais réels de la SMA Hôpital Plus suite à une maladie, affection ou état préexistant :

- **dans une chambre à deux ou à plusieurs lits**, il a droit à l'intervention dans les frais réels dans les limites des présentes conditions générales et tels que décrits dans la garantie

de base, les soins pré- et post-hospitaliers et la couverture supplémentaire, visés à l'article 5.a, 5.b. et 5.c des présentes conditions générales ;

- **dans une chambre particulière**, il a droit à l'intervention dans les frais réels dans les limites des présentes conditions générales et tels que décrits dans la garantie de base, les soins pré- et post-hospitaliers et la couverture supplémentaire, visés à l'article 5.a, 5.b. et 5.c des présentes conditions générales, à l'exception des suppléments d'honoraires et des suppléments de la chambre qui ne sont pas remboursés dans le cas présent.

Les hospitalisations suite à une grossesse préexistante sont remboursées de la même façon au cours des neuf premiers mois, à l'exception des suppléments de chambre et d'honoraires en cas d'hospitalisation en chambre particulière.

La garantie limitée en cas de maladie, affection ou état préexistant est également d'application lorsque, lors des premiers symptômes de la maladie, de l'affection ou de l'état, les médecins ne peuvent poser un diagnostic clair et précis.

La notion de préexistence n'est pas appliquée à l'intervention des soins ambulatoires dispensés dans le cadre du traitement d'une maladie grave.

### 2.

Si l'assuré était assuré - jusqu'au jour précédant la conclusion du contrat d'assurance auprès de la SMA Hôpital Plus - auprès d'une assurance hospitalisation frais réels similaire d'une autre entité mutualiste et à condition qu'il n'y ait aucune interruption entre les deux assurances, la période de cinq ans (ou de neuf mois en cas de grossesse) est réduite du nombre de mois complets d'affiliation ininterrompue à cette assurance hospitalisation mutualiste précédente.



### 3.

Si une hospitalisation dans une chambre particulière pour une maladie, une affection ou un état préexistant débute au cours de la cinquième année d'assurance et continue au cours de la sixième, l'exclusion susmentionnée de suppléments de chambre et d'honoraires reste d'application. À partir de la sixième année d'assurance, cette exclusion expire et ces frais seront remboursés.

### 4.

Lors de l'évaluation de la préexistence, le médecin-conseil de la SMA Hôpital Plus se base sur l'attestation médicale introduite par l'assuré et sur toutes les données médicales supplémentaires qu'il estime nécessaires pour l'évaluation de la demande de l'assuré et qu'il reçoit via l'assuré.

### 5.

La dissimulation volontaire ou la communication inexacte des données peut être invoquée par la SMA Hôpital Plus comme motif de refus des interventions.

La dissimulation involontaire ou la communication inexacte involontaire de données relatives à l'état de santé ne sera pas invoquée par la SMA Hôpital Plus comme motif de refus ou de limitation des interventions, à condition que :

- un délai de 24 mois soit expiré à partir de l'entrée en vigueur du contrat d'assurance auprès de la SMA Hôpital Plus ;
- ces données concernent une maladie, une affection ou un état dont les symptômes se soient déjà manifestés au moment de l'entrée en vigueur du contrat d'assurance auprès de la SMA Hôpital Plus, mais ne soient pas diagnostiqués dans le même délai de 24 mois.

La SMA Hôpital Plus n'invoquera pas la dissimulation involontaire ou la communication inexacte involontaire de données relatives à une maladie, une affection ou un état comme motif de refus ou de limitation d'une interven-

tion lorsque cette maladie ou affection ne s'était pas encore manifestée d'une façon ou l'autre au moment de l'affiliation à la SMA Hôpital Plus.

### 6.

La période de cinq ans est également d'application aux nouveau-nés présentant une maladie, une affection ou un handicap congénital lorsque le parent dont le nouveau-né est à charge, n'est pas assuré depuis au moins neuf mois auprès d'une des assurances hospitalisation frais réels d'Hôpital Plus

Les hospitalisations du nouveau-né suite à une maladie, une affection ou un handicap congénital sont remboursées en vertu des règles stipulées dans les présentes conditions générales, à condition que :

- le parent dont le nouveau-né est à charge dans l'assurance maladie obligatoire, soit assuré depuis au moins neuf mois auprès d'Hôpital Plus, et
- le nouveau-né soit assuré auprès d'Hôpital Plus dans les deux mois suivant la naissance.

La période d'affiliation auprès d'une assurance hospitalisation précédente, consécutive, similaire de l'entité mutualiste précédente est déduite de ces neuf mois.

### 7.

En dérogation du paragraphe précédent, le nombre de mois pendant lesquels on était assuré à Hôpital Plus Continuité est déduit lors du passage à Hôpital Plus 200 de la période susmentionnée de 5 ans (ou de 9 mois en cas de grossesse).

## 7. Franchise

#### 1.

Lors d'une hospitalisation avec séjour en chambre à deux ou à plusieurs lits, il n'y a pas de franchise.

Lors d'une hospitalisation en chambre particulière, y compris pour les soins

ambulatoires dispensés pendant la période d'un mois avant et de trois mois après l'hospitalisation, il existe une franchise de 150 euros par hospitalisation, avec un maximum de 300 euros par année d'assurance, quel que soit le nombre d'hospitalisations.

Aucune franchise n'est appliquée en cas d'hospitalisation de jour chirurgicale.

#### 2.

Pour une hospitalisation ininterrompue dont le premier jour se situe au cours des quinze derniers jours d'une année d'assurance et la sortie d'hôpital se situe dans les trente premiers jours de l'année d'assurance suivante, la franchise n'est appliquée qu'une seule fois.

Une hospitalisation avec un séjour partiel en chambre particulière et un séjour partiel en chambre à deux ou à plusieurs lits est considérée comme une hospitalisation avec un séjour complet en chambre particulière.

## 8. Plafonds

### a) Plafonds généraux

Les interventions dans les frais de l'assuré sont limitées à 15 000 euros par année d'assurance pour Hôpital Plus 100, tandis que les interventions pour Hôpital Plus 200 sont limitées à 25 000 euros par année d'assurance.

### b) Plafonds spécifiques

#### 1.

Le remboursement des frais pour soins ambulatoires d'une maladie grave est limité à 5 000 euros par année d'assurance pour Hôpital Plus 100 et à 7 000 euros pour Hôpital Plus 200.

#### 2.

L'intervention dans les frais de matériel endoscopique et de viscéro-synthèse est limitée à 1 265 euros pour Hôpital Plus 100 et Hôpital Plus 200, après déduction du remboursement légal. Ce montant est compris dans les plafonds généraux.

### 3.

En cas d'hospitalisation dans un des services suivants dans un hôpital général, le remboursement – y compris les frais des soins pré- et post-hospitaliers – est limité à 800 euros par assuré par année d'assurance :

- 300 G  
service de gériatrie et de revalidation,
- 340 K  
service de neuropsychiatrie infantile,
- 370 A  
service neuropsychiatrique (jour et nuit),
- 410 T  
service psychiatrique (jour et nuit),
- 610 S1  
service des affections cardio-pulmonaires,
- 620 S2  
service des affections locomotrices,
- 630 S3  
service des affections neurologiques,
- 650 S5  
service des poly pathologies chroniques avec soins médicaux prolongés,
- 660 S6  
service des affections psycho-gériatriques,
- 690 S9  
service des affections chroniques.

Le plafond précité est compris dans les plafonds généraux.

### 4.

En cas d'hospitalisation combinée, c'est-à-dire une hospitalisation dans différents services hospitaliers, incluant un des services stipulés dans le paragraphe 3, une répartition par service hospitalier correspondant sera faite pour le paiement de l'intervention de la composante « frais de séjour ». Concernant les autres parties de la facture, la répartition sera faite sur le(s) services hospitaliers non soumis au plafond stipulé au paragraphe 3.

## 9. Remboursement en cas de dommages à l'étranger

Les garanties des assurances hospitalisation frais réels d'Hôpital Plus sont d'application partout dans le monde. L'assuré obtient le remboursement pour un dommage à l'étranger après épuisement des remboursements de l'assurance maladie obligatoire, de MUTAS ou d'une autre assurance voyage ou assurance professionnelle.

Tout comme pour les dommages se produisant en Belgique, le remboursement est au maximum d'une fois le montant du remboursement légal. Pour les dommages à l'étranger, ce remboursement est fixé par une convention en matière de sécurité sociale des travailleurs salariés passée avec le pays en question.

A défaut d'une telle convention, Hôpital Plus base ses remboursements sur un montant fictif égal au remboursement prévu par la législation belge applicable aux travailleurs salariés.

## 10. Demande d'intervention - prescription - expertise médicale

### 1.

Dès que possible et en tout cas dans un délai de trois ans, l'assuré doit déclarer le dommage pour lequel il souhaite obtenir une intervention.

La SMA ne peut invoquer la constatation du non-respect de ce délai de déclaration, s'il est prouvé que la déclaration a été faite le plus vite possible.

### 2.

En vue de la constatation des circonstances et de l'ampleur du dommage, l'assuré transmet au plus vite tout renseignement utile à la SMA Hôpital Plus et répond à toute question qui lui est posée à ce sujet.

### 3.

En vue de l'obtention d'une intervention conforme aux présentes conditions générales, l'assuré remplit un formulaire de demande d'intervention, soit au format papier, soit au format électronique, et joint un rapport d'hospitalisation et une attestation médicale, complétée par le médecin traitant.

L'assuré doit expressément:

- joindre tous les documents justificatifs originaux ou une copie de ceux-ci, p. ex. facture de l'hôpital, attestations de remboursement de la mutualité, accusés de réception du pharmacien,...;
- vérifier et compléter le numéro de compte en banque sur lequel l'intervention doit être payée.

La SMA Hôpital Plus peut toujours réclamer des pièces justificatives supplémentaires si elle les estime nécessaires à l'évaluation de la demande d'intervention.

### 4.

La demande d'intervention doit être introduite dans les trois ans, à compter du jour du dommage, sauf si l'assuré peut prouver qu'il n'a eu connaissance du dommage qu'à une date ultérieure. Dans ce cas, le délai de prescription de trois ans ne débute qu'à partir du moment de la notification du dommage. Ce délai vient en tout cas à échéance cinq ans après le dommage, sauf en cas de fraude.

La prescription ne court pas contre l'assuré, le bénéficiaire ou la victime qui en raison de force majeure se trouve dans l'impossibilité d'agir dans le délai prescrit.

Si le dommage a été déclaré dans les délais, la prescription est interrompue jusqu'au moment où la SMA Hôpital Plus notifie sa décision par écrit à l'assuré.

## 5.

Les interventions telles que stipulées dans les présentes conditions générales sont uniquement octroyées sous réserve du droit dont dispose la SMA Hôpital Plus de faire contrôler à tout moment l'état de santé de l'assuré par un médecin qu'elle a reconnu. Le médecin choisi par l'assuré fournit au médecin mandaté par la SMA Hôpital Plus, qui en fait la demande, les déclarations médicales nécessaires à l'exécution de ce contrat.

En cas de litige entre le médecin de l'assuré et celui de la SMA Hôpital Plus, les deux parties désignent un médecin tiers afin d'arriver à une décision. Au cas où les deux parties ne parviennent pas à un accord concernant le médecin tiers à désigner, le choix sera fait par le président du tribunal de première instance du domicile de l'assuré. La décision du médecin tiers est sans appel. Les frais relatifs à sa désignation et ses honoraires sont supportés par les deux parties à concurrence de la moitié par chacune d'elles.

## 11. Exclusions

### 1.

Les dommages ou frais découlant des cas suivants ne sont pas couverts par les garanties des assurances hospitalisation de la SMA Hôpital Plus :

- les accidents ou maladies ne pouvant être constatés par un examen médical ;
- les accidents ou maladies ne pouvant être attestés par une prescription médicale ;
- les traitements esthétiques et les cures de rajeunissement, sauf les frais des interventions chirurgicales réparatoires suite à une maladie ou un accident assurés ;
- les maladies ou accidents ayant une origine de cause à effet suite à une intoxication alcoolique, un état d'ébriété, l'usage de produits dopants, de narcotiques ou de stupéfiants sans prescription médicale, sauf si l'assuré peut prouver qu'il les a pris

par ignorance ou sous la contrainte d'un tiers ;

- les maladies ou accidents suite à l'alcoolisme, la dépendance ou l'usage exagéré de médicaments ;
- la stérilisation, les traitements contraceptifs, l'insémination in vitro, la fécondation in vitro (FIV) ;
- les faits de guerre, sauf si l'assuré n'y a pas participé activement ou a agi en légitime défense ;
- activités sportives payées, exercices d'activités aériennes ou motorisées et l'exercice d'activités sportives dangereuses ;
- les actes intentionnels de l'assuré, sauf s'il peut prouver qu'il a agi dans l'intention de sauver des personnes ou des biens ;
- les délits ou crimes, actes téméraires, paris ou défis réalisés par l'assuré ;
- les suites directes ou indirectes de produits radioactifs ou de l'accélération artificielle de particules atomiques, à l'exception de l'utilisation de produits radioactifs pour des raisons médicales ;
- les mutilations volontaires ou (les tentatives de) suicide ;
- les accidents où l'assuré fait partie de l'équipage d'un véhicule aéroporté ou exerce, pendant le vol, des activités professionnelles ou autres relatives à l'appareil ou au vol.

### 2.

Les assurances hospitalisation de la SMA Hôpital Plus n'octroient également pas d'interventions pour :

- toutes les prestations et dépenses pour lesquelles aucune intervention légale de l'INAMI n'est prévue, sauf disposition contraire dans les présentes conditions générales ;
- les semelles orthopédiques, les chaussures orthopédiques, les levants de pied, les voiturettes et accessoires, les bandages pour hernies, les ceintures abdominales, les lombostats, qu'il y ait ou non, une intervention de l'INAMI ;
- les bandages non-registrés, les produits diététiques et hygiéniques, les articles infirmiers, les réactifs et

les médicaments homéopathiques.

### 3.

Les assurances hospitalisation de la SMA Hôpital Plus n'interviennent pas dans les frais de cures, sauf si les conditions suivantes sont remplies de façon cumulative :

- le traitement est de nature thérapeutique ;
- le traitement est dispensé dans une institution qui répond aux conditions déterminées à cet effet ;
- la SMA Hôpital Plus a accordé son accord écrit préalablement au traitement.

Aucune intervention n'est prévue pour la tuberculose, sauf pour un traitement en sanatorium.

## 12. Primes

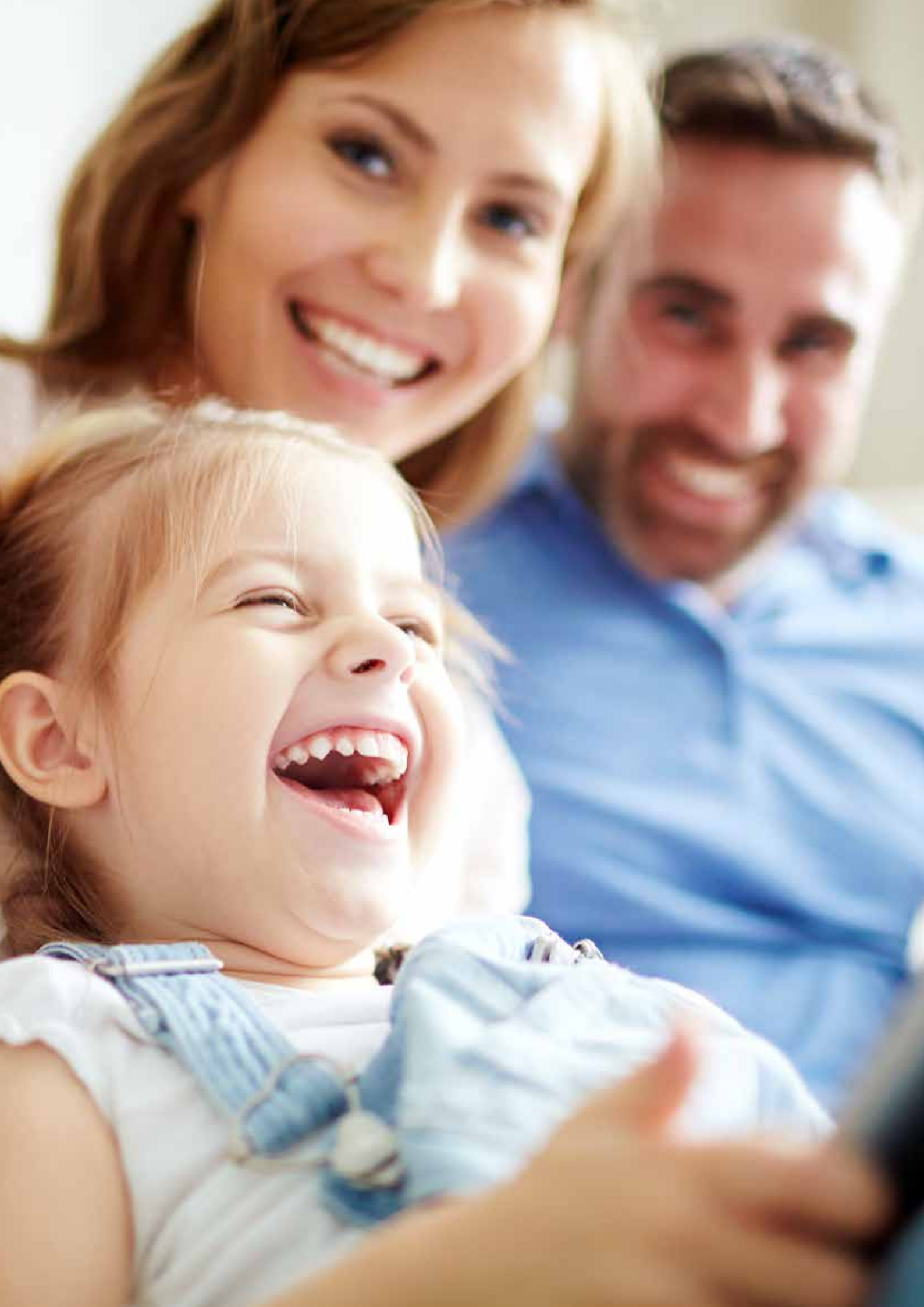
### 1.

Toute personne assurée auprès d'une des assurances hospitalisation de la SMA Hôpital Plus, doit payer une prime. Cette prime est redevable par année d'assurance, mais peut être réclamée par périodes de trois mois. La prime est une et indivisible et doit être payée selon la périodicité convenue.

La prime est une dette quérable. Lorsque la prime n'est pas payée directement à la SMA Hôpital Plus, le paiement de la prime à un tiers est libératoire si ce dernier a effectivement réclamé le paiement dans le cadre d'un mandat spécial entre le tiers et la SMA Hôpital Plus.

### 2.

Le preneur d'assurance qui désire payer les primes par virement, recevra annuellement ou trimestriellement un formulaire de virement l'invitant à payer la prime annuelle ou trimestrielle pour la prochaine année d'assurance ou le prochain trimestre due au plus tard le jour de l'échéance du contrat d'assurance.





Le preneur désirant payer la prime par domiciliation, le fera par trimestre ou par an. Le paiement est dû le jour d'échéance annuelle ou endéans les dix jours du trimestre selon le mode de paiement choisi et la période de paiement choisie.

### 3.

La prime de début dépend de l'âge de l'assuré à la date du début du contrat. Au cas où le preneur d'assurance ne paierait pas la première prime au plus tard le dernier jour du premier mois du contrat d'assurance, la garantie ne sera pas activée.

Les augmentations de primes liées à l'âge entrent en vigueur à partir de la première échéance du contrat qui suit l'anniversaire donnant lieu à l'augmentation. Les taxes et impôts éventuels relatifs aux primes perçues sont exclusivement à charge du preneur d'assurance. Ils sont perçus avec la prime.

### 4.

À l'exception de l'indexation annuelle et après accord commun entre la SMA Hôpital Plus et l'assuré, cette première ne peut plus modifier les primes après la conclusion du contrat, suite à l'article 204 de la loi relative aux assurances du 4 avril 2014. Une modification de la prime ne peut être effectuée qu'en faveur de l'assuré.

### 5.

Au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, la SMA Hôpital Plus peut adapter les primes sur base de l'augmentation exprimée en pourcentage de l'indice des prix à la consommation (IPC) du mois de juillet des deux années précédentes. L'année de base de l'indice utilisé est 2013 (2013 = 100).

La prime peut également être adaptée sur la base de différents indices spécifiques en vigueur pour les conventions privées d'assurance-maladie, comme stipulé dans l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2010 déterminant les indices spécifiques visés à l'article 204, § 3, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances (appelés plus loin « indices médicaux »). Les indices médicaux sont calculés une fois par an et sont publiés le premier jour

ouvrable du mois de juillet (base : 2013 = 100). L'adaptation est réalisée en fonction de l'augmentation proportionnelle de l'indice médical entre celui publié la deuxième année précédant l'année à partir de laquelle la prime adaptée est d'application et celui publié l'année précédant cette année. Les garanties liées à chacun des produits sont les suivantes :

- Hôpital Plus 100 : garantie en chambre double ou commune
- Hôpital Plus 200 : garantie en chambre particulière

### 6.

En vertu de l'article 204, § 5 de la loi du 4 avril 2014, la SMA Hôpital Plus peut adapter ses primes de façon raisonnable et proportionnelle :

- aux modifications intervenues dans la profession de l'assuré, en ce qui concerne l'assurance soins de santé non obligatoire, l'assurance incapacité de travail, l'assurance invalidité et l'assurance soins ;
- aux modifications du revenu de l'assuré en ce qui concerne l'assurance incapacité de travail et l'assurance invalidité ;
- lorsque l'assuré change de statut dans le régime de sécurité sociale en ce qui concerne l'assurance maladie-invalidité obligatoire et l'assurance incapacité de travail, pour autant que ce changement ait une conséquence significative pour les risques et/ou les frais ou l'étendue de la couverture assurée ;
- lorsqu'une augmentation réelle et significative du coût des prestations garanties ou lorsque l'évolution des risques couverts l'exigent.

### 7.

Une exonération de la prime pour les enfants de moins de 8 ans est applicable pour Hôpital Plus 100 et Hôpital Plus 200, à condition :

- qu'un des parents soit assuré à la SMA Hôpital Plus ;
- que l'enfant soit assuré au même produit d'assurance que le parent.

L'exonération de la prime court jusqu'à la première échéance du contrat suivant le 8<sup>ième</sup> anniversaire.

Les primes mensuelles, valables à partir du 1er janvier 2024, sont les suivantes :

### Hôpital Plus 100

Âge	Âge lors de l'affiliation						
	0 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 65	66 - 69	70 - 79	80 ≤
0 - 19	€ 3,29	/	/	/	/	/	/
20 - 24	€ 5,80	/	/	/	/	/	/
25 - 29	€ 8,74	/	/	/	/	/	/
30 - 49	€ 13,06	/	/	/	/	/	/
50 - 54	€ 15,84	€ 15,84	/	/	/	/	/
55 - 59	€ 15,84	€ 15,84	€ 15,84	/	/	/	/
60 - 64	€ 15,84	€ 15,84	€ 15,84	€ 24,26	/	/	/
65 - 69	€ 28,03	€ 28,03	€ 28,03	€ 36,41	€ 36,41	/	/
à partir de 70 ans	€ 40,88	€ 40,88	€ 40,88	€ 49,28	€ 49,28	€ 54,19	€ 59,15

### Hôpital Plus 200

Âge	Âge lors de l'affiliation			
	0 - 49	50 - 54	55 - 59	60 ≤
0 - 19	€ 4,79	/	/	/
20 - 24	€ 8,41	/	/	/
25 - 29	€ 12,66	/	/	/
30 - 49	€ 18,99	/	/	/
50 - 54	€ 22,88	€ 24,04	/	/
55 - 59	€ 22,88	€ 24,04	€ 30,92	/
60 - 64	€ 22,88	€ 24,04	€ 30,92	€ 47,30
65 - 65	€ 40,45	€ 42,47	€ 54,61	€ 76,26
66 - 69	€ 40,45	€ 42,47	€ 54,61	€ 76,26
70 ≤	€ 59,02	€ 61,96	€ 67,82	€ 85,38

## 13. Dispositions finales

### 1.

Si la SMA Hôpital Plus a procédé à l'intervention dans le dommage subi par l'assuré, elle intervient à concurrence du montant de cette intervention dans les droits et les actions juridiques de l'assuré contre les tiers responsables, après en avoir notifié le(s) tiers. L'assuré s'engage à confirmer, si nécessaire, par écrit cette subrogation à la demande de la SMA Hôpital Plus.

Les dispositions que l'assuré prendrait le cas échéant avec le tiers responsable ou le service assureur, sans autorisation écrite de la SMA Hôpital Plus, n'y sont pas opposables, vu la subrogation.

Si par le fait de la personne lésée, la subrogation ne peut plus produire ses effets, la SMA Hôpital Plus peut réclamer à la personne lésée la restitution de l'indemnité versée dans la mesure du préjudice subi. La subrogation ne peut nuire à la personne lésée qui n'aurait été indemnisée qu'en partie. Dans ce cas, elle peut exercer ses droits, pour ce qui lui reste dû, de préférence à Hôpital Plus.

Sauf en cas de malveillance, la SMA Hôpital Plus n'a aucun recours contre les descendants, les ascendants, le conjoint ou le cohabitant légal et les alliés en ligne directe de l'assuré, ni contre les personnes vivant au foyer, ses hôtes et les membres de son personnel domestique.

### 2.

L'assuré est lié par les dispositions de l'article 74 de la loi du 4 avril 2014, qui stipule que l'assuré doit respecter les délais de déclaration d'un dommage tels qu'ils sont définis dans le contrat d'assurance. L'assuré est en outre lié par les dispositions de l'article 75 de cette même loi, qui stipule que pour toute assurance visant un dédommagement en cas de sinistre, l'assuré doit prendre toutes les mesures raisonnables pour prévenir ou pour limiter les conséquences du sinistre. Lorsque l'assuré ne respecte pas ces dispositions dans une intention frauduleuse, la SMA Hôpital Plus refuse ses prestations ou la couverture si de ce fait un désavantage est occasionné à l'assureur.

L'assuré s'engage à accepter toutes les lettres recommandées ou autres lettres et correspondance qui lui sont envoyées par la SMA Hôpital Plus.

### 3.

Le preneur d'assurance et l'assuré sont obligés :

- d'introduire les déclarations et les communications par écrit au siège social de la SMA Hôpital Plus ou d'une des mutualités libérales affiliées à la SMA Hôpital Plus ;
- de mettre le plus rapidement possible la SMA Hôpital Plus au courant lorsque les conditions du maintien du contrat d'assurance ne sont plus remplies ;
- de renseigner le plus rapidement possible la SMA Hôpital Plus sur l'existence d'un contrat couvrant partiellement ou totalement un risque identique ou similaire ;
- de fournir à la SMA Hôpital Plus tous renseignements demandés.

Lorsque le preneur d'assurance et/ou l'assuré ne satisfont pas à ces obligations et que cette lacune s'avère causer un désavantage après un sinistre pour la SMA Hôpital Plus, cette dernière peut réduire ses prestations en conséquence.

Le preneur d'assurance et l'assuré déclarent du fait de la signature de la proposition d'assurance qu'ils donnent expressément leur autorisation à la SMA Hôpital Plus pour recueillir et traiter

leurs données médicales et personnelles conformément aux dispositions de la loi du 30 juillet 2018 et le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). La SMA Hôpital Plus peut utiliser leurs données médicales afin de conclure, de gérer et d'exécuter le contrat d'assurance conformément à ces finalités.

La SMA Hôpital Plus déclare que les informations et données médicales et personnelles ne sont recueillies, traitées et utilisées que pour la réalisation de ces finalités, les informations et données recueillies sont adéquates, pertinentes et non excessives. Toute utilisation de ces données aura lieu dans le respect de la législation belge relative à la protection de la vie privée.

### 4.

La SMA Hôpital Plus est placée sous le contrôle de l'Office de contrôle des mutualités et unions nationales de mutualités (OCM), qui lui a octroyé le droit d'offrir des assurances dans le sens de la branche 2 et de la branche 18. L'OCM a octroyé à cette fin le numéro d'autorisation 450/01 à Hôpital Plus.

La SMA est soumise aux lois et aux arrêtés d'exécution suivants :

- la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités et ses arrêtés d'exécution ;
- la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière

d'organisation de l'assurance maladie complémentaire ;

- la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances ;
- la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance ;
- les circulaires de la Banque Nationale de Belgique (BNB), la FSMA et les communications de l'Office de Contrôle des mutualités et des unions nationales des mutualités (OCM).

### 5.

Toutes plaintes concernant les assurances de la SMA Hôpital Plus peuvent être adressées :

- à la direction effective de la SMA Hôpital Plus, rue de Livourne 25, 1050 Bruxelles ;
- à l'Ombudsman des assurances Belgique, Square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles, [www.ombudsman.as](http://www.ombudsman.as)

### 6.

Ces conditions générales donnent une description des dispositions statutaires des assurances de la SMA Hôpital Plus telles qu'elles existent à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2024. En cas de doute ou de litige concernant l'application des présentes conditions générales, seuls les statuts de la SMA Hôpital Plus ont force de loi. Ces statuts peuvent être consultés, sur rendez-vous, au siège social de la SMA Hôpital Plus, rue de Livourne 25, 1050 Bruxelles.

