

Plan IS+

1. Frais d'hospitalisation

- a. Remboursement global à 100 % (après intervention de la mutualité) de tous les frais médicalement nécessaires durant un séjour à l'hôpital : chambre (également chambre individuelle), médicaments, labo, chirurgien, anesthésiste, etc. ;
- b. Certaines prestations pour lesquelles la mutualité n'intervient pas sont également remboursées à 100% (p. ex. : matériel endoscopique, stent, neurostimulateur, etc.) ;
- c. En cas de non-intervention de la mutualité : remboursement limité à 50 % (p.ex. hospitalisation planifiée à l'étranger, pour laquelle la mutuelle ne donne pas son accord de remboursement) ;
- d. Le patient est libre de choisir l'hôpital, le médecin et la chambre ;
- e. Remboursement à partir du premier jour ;
- f. Aucune limite dans la durée de l'hospitalisation ;
- g. Aucune limite dans le montant de l'hospitalisation (au lieu de max 4X l'intervention légale !) ;
- h. Les frais de transport en ambulance en Belgique ;
- i. Transport en hélicoptère en Belgique en cas d'urgence médicale ;
- j. Frais de séjour du donneur : max €1.250 (pré/post exclus) ;
- k. Rooming-in (présence d'un parent lors de l'hospitalisation d'un enfant < 18) ;
- l. Les risques « maladie » (également SIDA), « accident » (tant dans la vie privée que dans la vie professionnelle) et « accouchement » (également accouchement à domicile) sont couverts ;
- m. Remboursement à 100 % des adjuvants médicaux, membres artificiels, prothèses ;
- n. Couverture des soins palliatifs ;
- o. Couverture des soins pour les sports amateurs ;
- p. Location de petit matériel médical ;
- q. Frais mortuaire ;
- r. Pas de stage (même pas pour les accouchements) en cas d'affiliation dans les temps ;
- s. Plus de questionnaire médical ! ;
- t. Plus d'exclusion en raison de maladies préexistantes ! ;
- u. Couverture mondiale (si domicile fixe en Belgique) ;

- v. Rapatriement (via DKV ASSISTANCE) : uniquement en cas de voyage privé (accident ou maladie) : voir annexe II. Attention : cette formule n'est pas une assurance voyage complète !

2. Frais ambulatoires

En outre, ce plan rembourse à 100% les frais ambulatoires directement liés à l'hospitalisation dans les 30 jours qui précèdent et les 90 jours qui suivent celle-ci, et ce, après intervention de la mutualité (en cas de non-intervention de la mutualité, le remboursement sera limité à 50 %).

Les frais ambulatoires englobent les prestations médicales et paramédicales, les produits pharmaceutiques (également les médecines alternatives telles que l'homéopathie, l'ostéopathie, l'acupuncture et la chiropraxie, etc.), les adjuvants médicaux, les membres artificiels, les prothèses médicales et les soins postnatals.

3. Couvertures complémentaires

a. Frais ambulatoires en cas de maladie grave

Une couverture illimitée est prévue pour tous les frais ambulatoires à la suite d'une des maladies suivantes (27) :

cancer, leucémie, maladie de Parkinson, maladie de Hodgkin, maladie de Pompe, maladie de Crohn, maladie d'Alzheimer, SIDA, diabète, tuberculose, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, méningite cérébrospinale, poliomyélite, dystrophies musculaires progressives, encéphalite, tétanos, hépatite virale, malaria, typhus exanthématique, affections typhoïdes et paratyphoïdes, diphtérie, choléra, charbon, mucoviscidose, dialyse rénale.

Ces frais sont remboursés à 100 %, après intervention de la mutualité (en cas de non-intervention de la mutualité, le remboursement sera limité à 50 %).

b. Clinique de jour (One-day-clinic)

Le traitement stationnaire dans un centre hospitalier sera pris en charge, pour autant qu'un jour de séjour soit porté en compte par le centre hospitalier. Il en va de même pour le traitement stationnaire dans un établissement assuré reconnu comme « clinique de jour » (One-day-clinic), pour autant qu'une hospitalisation chirurgicale de jour ou une hospitalisation de jour avec un maxi-forfait ou un forfait d'hôpital de jour (les groupes 1 à 7 inclus) soit comptabilisée. La salle de plâtre n'est pas couverte.

4. Risques limités ou exclus

- a. Traitements dentaires sont exclus quelle qu'en soit la nature, à l'exception de ceux dont la nécessité médicale suite à la survenance d'une maladie non-stomatologique ou d'un accident est établie.
- b. Prothèses dentaires et matériel dentaire sont exclus quelle qu'en soit la nature, à l'exception de ceux délivrés et placés pendant la période posthospitalière, dont la nécessité médicale (suite à la survenance d'une maladie non-stomatologique ou d'un accident pour lequel DKV est intervenu) est établie et dont le plan de traitement a préalablement été soumis à et approuvé par l'assureur.
- c. Dans le cas d'un traitement stationnaire psychothérapeutique et/ou psychomatique dans un centre hospitalier, l'intervention est limitée à 120 jours par personne par année d'assurance.

d. L'assurance est exclue pour les cas survenus à la suite :

- (1) D'une tentative de suicide ;
- (2) D'une toxicomanie chronique ou non-accidentelle et une intoxication ;
- (3) D'une vaccination légale, d'un acte intentionnel, d'une kératotomie, d'une chirurgie réfractive, d'une stérilisation, d'une technique ou d'un procédé anticonceptionnel, d'une insémination artificielle quelle que soit la technique appliquée, d'une intervention esthétique. Si l'intervention esthétique est la suite d'une maladie ou d'un accident pour l(a)quel(le) la garantie est acquise, cette intervention est bien couverte ;
- (4) De troubles fonctionnels, subjectifs ou psychiques dont, soit la cause et les symptômes ne peuvent pas être objectivés médicalement, soit le traitement ou la thérapie ne s'impose pas d'un point de vue exclusivement médical ;
- (5) D'un séjour dans les lieux de cures balnéaires, de santé et de convalescence, ainsi que dans tout autre service ou institution mais dans le but de suivre une cure quelconque, même si le séjour est médicalement prescrit.