

# PLAN D'ASSURANCE ISPLUS GROUPE: Frais hospitaliers et frais pré- et post-hospitaliers, frais ambulatoires en rapport avec une maladie grave

## CONDITIONS TARIFAIRES D'ASSURANCE (C.T.A.) - Edition : 10/2007

LES CONDITIONS TARIFAIRES D'ASSURANCE (C.T.A.) SONT FORMULEES EN EXECUTION DES CONDITIONS GENERALES D'ASSURANCE (C.G.A.).

### 1. PLAN D'ASSURANCE (= C.G.A. 6)

Le plan d'assurance est le Plan IS Plus

### 2. CAS D'ASSURANCE (= C.G.A. 7)

#### 2.1. Le cas d'assurance est constitué par :

2.1.1. le traitement stationnaire dans un centre hospitalier pour autant que le centre hospitalier porte au moins un jour de séjour en compte ainsi que dans centre hospitalier assuré reconnu comme 'one day clinic' pour autant qu'une hospitalisation chirurgicale de jour ou une hospitalisation de jour avec un maxi-forfait, un forfait d'hôpital de jour (les groupes 1 à 7 inclus) soit mis en compte. Le cas d'assurance débute 30 jours avant l'entrée en centre hospitalier (= période pré-hospitalière) et se termine 90 jours après la sortie du centre hospitalier mais au plus tard au début d'un nouveau cas d'assurance (= période posthospitalière).

En cas de traitement dans un hôtel hospitalier ou dans un centre palliatif, assimilé à un centre hospitalier, il n'y a pas de couverture pendant la période pré- et posthospitalière.

L'accouchement à domicile est assimilé à l'accouchement dans un centre hospitalier.

2.1.2. le traitement ambulatoire d'une maladie définie comme maladie grave (cfr. C.T.A. point 2.3.), s'il y a un lien direct entre le traitement et la maladie grave. Ce traitement ambulatoire se limite aux frais définis dans les C.T.A. point 2.7

2.2. La garantie d'assurance s'étend aux cas d'assurance survenus à la suite d'un risque défini dans la police.

2.3. Sont seuls considérés comme maladie grave sauf dérogation prévue dans la police ou autrement : le cancer, la leucémie, la maladie de Parkinson, la maladie de Hodgkin, la maladie de Pompe, la maladie de Crohn, la maladie d'Alzheimer, le SIDA, le diabète, la tuberculose, la sclérose en plaque, la sclérose latérale amyotrophique, la méningite cérébrospinale, la poliomyélite, les dystrophies musculaires progressives, l'encéphalite, le tétanos, l'hépatite virale, la malaria, le typhus exanthématique, les affections typhoïdes et paratyphoïdes, la diphtérie, le choléra, le charbon, la mucoviscidose, une affection rénale, nécessitant une dialyse rénale.

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 au taux de remboursement prévu dans la police après intervention légale, statutaire ou de tout 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 la même chambre 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 l'âge de 18 ans;

2.5.3. 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;

2.5.4. les frais des prestations médicales;

2.5.5. les frais des prestations paramédicales;

2.5.6. les frais pharmaceutiques, de pansement et de matériel médical;

2.5.7. les frais des adjuvants médicaux;

2.5.8. les frais de chirurgie;

2.5.9. les frais d'anesthésie;

2.5.10. les frais de l'utilisation de la salle d'opération et d'accouchement;

2.5.11. les frais des prothèses médicales;

2.5.12. les frais des membres artificiels;

2.5.13. les frais de transport en ambulance routière en Belgique;

- 2.5.14. les frais de transport par hélicoptère en Belgique du lieu de l'accident au centre hospitalier pour autant que ce transport soit médicalement nécessaire et qu'un autre moyen de transport ne puisse être utilisé;
  - 2.5.15. les frais de mortuaire qui sont portés en compte sur la facture d'hospitalisation;
  - 2.5.16. 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.
- 2.6. En cas de non-intervention de l'assurance maladie légale, le taux de remboursement est réduit de 50 %, après déduction de l'intervention légale, statutaire ou de toute autre nature de la mutualité.
- 2.7. Sont remboursés par cas d'assurance, au taux de remboursement prévu dans la police, après l'intervention légale, statutaire ou de tout autre nature de la mutualité, pour autant qu'ils soient en rapport direct avec la cause du traitement en centre hospitalier et exposés pendant la période pré- et posthospitalière (= frais pré- et posthospitaliers) ou en cas d'une maladie grave :
- 2.7.1. les frais des actes médicaux prestés lors d'une visite ou d'une consultation;
  - 2.7.2. les frais des traitements homéopathiques, d'acupuncture, ostéopathie et chiropraxie;
  - 2.7.3. 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;
  - 2.7.4. 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;
  - 2.7.5. les frais des prothèses médicales;
  - 2.7.6. les frais des membres artificiels;
  - 2.7.7. les frais des produits pharmaceutiques, allopathiques et homéopathiques, les frais 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;
- 2.8. En cas de non-intervention de l'assurance maladie légale, le taux de remboursement est réduit de 50 %, après déduction de l'intervention légale, statutaire ou de toute autre nature de la mutualité. Si la personne assurée bénéficie uniquement des gros risques auprès de la mutuelle, une intervention fictive de la mutuelle sera prise en compte (si la nomenclature INAMI prévoit un remboursement)

### 3. FRANCHISE (= C.G.A. 13)

La franchise s'applique :

- 3.1. par personne assurée;
- 3.2. 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;
- 3.3. une fois au cas d'assurance qui s'étale d'une façon ininterrompue sur deux années d'assurance consécutives.

### 4. ASSURABILITE (= C.G.A. 16)

- 4.1. L'affiliation des membres du personnel est obligatoire. L'affiliation est possible pour autant :
  - 4.1.1. qu'ils soient soumis à la sécurité sociale belge et qu'ils en bénéficient;
  - 4.1.2. qu'il ne soit démontré qu'un risque similaire ou identique est déjà couvert par un autre contrat d'assurance, soit totalement soit partiellement,;
  - 4.1.3. qu'ils aient leur domicile et leur résidence fixe en Belgique ou dans un pays qui confine à la Belgique;
  - 4.1.4. qu'ils soient en service actif d'une filiale du preneur d'assurance établie en Belgique;
  - 4.1.5. qu'ils soient engagés par un contrat à durée indéterminée.
- 4.2. L'affiliation des membres de famille est facultative. L'affiliation est possible pour autant :
  - 4.2.1. qu'ils cohabitent officiellement avec le membre du personnel;
  - 4.2.2. qu'ils soient soumis à la sécurité sociale belge et qu'ils en bénéficient;
  - 4.2.3. que l'affiliation s'étende à tous les membres de famille;
  - 4.2.4. qu'il ne soit démontré qu'un risque similaire ou identique est déjà couvert par un autre contrat d'assurance, soit totalement soit partiellement.

## 5. RISQUES NON PREVUS OU EXCLUS (= C.G.A. 25)

---

La garantie d'assurance ne s'étend pas :

- 5.1. aux cas d'assurance en cours à la date de début de la garantie d'assurance en prenant en considération la date d'entrée en centre hospitalier (sauf en cas de reprise d'un contrat d'assurance existant qui couvre un risque similaire ou identique);
- 5.2. aux traitements dentaires 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;
- 5.3. aux prothèses dentaires et au matériel dentaire 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 Belgium est intervenu), est établie et dont le plan de traitement a préalablement été soumis à et approuvé par l'assureur;
- 5.4. aux traitements psychothérapeutiques ou psychosomatiques.  
Dans le cas d'un traitement (stationnaire) psychothérapeutique et/ou psychosomatique dans un centre hospitalier, l'intervention est limitée à 120 jours par personne assurée et par année d'assurance.

## 6. TERRITORIALITE (= C.G.A. 26)

---

La garantie d'assurance s'étend :

- 6.1. aux pays formant l'Union Européenne;
- 6.2. à tout autre pays pour tout cas d'assurance dont il est établi qu'il ne résulte pas d'un séjour entrepris dans le but de subir un traitement relatif à une maladie, un accouchement ou un accident.