

MC ASSURE

ASSURANCES HOSPITALISATION

CONDITIONS
GÉNÉRALES
2019



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.

Le présent contrat a pour finalité, aux conditions décrites ci-dessous, d'intervenir financièrement dans les frais réels exposés par l'assuré en cas d'hospitalisation ou de traitement consécutif à une hospitalisation. La société mutualiste MC Assure est désignée sous l'abréviation MC Assure.

Table des matières

PARTIE 1	DISPOSITIONS COMMUNES AUX ASSURANCES HOSPITALISATION	4
Article 1	Conditions de souscription	4
Article 2	Impact du non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaire (AC) sur la possibilité de devenir membre de MC Assure, sur la qualité de membre de MC Assure et le maintien de la possibilité de bénéficier de la couverture de MC Assure	4
Article 3	Etendue territoriale	5
Article 4	Conclusion du contrat	5
Article 5	Prise d'effet de la couverture	6
Article 6	Le stage	6
Article 7	Exemption de souscription	7
Article 8	Objet du contrat	7
Article 9	Principe de solidarité	8
Article 10	Exclusions – absence d'intervention	8
Article 11	Obligations du preneur d'assurance et des assurés	8
Article 12	Modalités d'intervention	9
Article 13	Les primes	9
Article 14	Défaut de paiement de la prime	9
Article 15	Modifications contractuelles et tarifaires	10
Article 16	Durée et fin du contrat d'assurance	11
Article 17	Respect de la vie privée	11
Article 18	Subrogation et récupération	12
Article 19	Délai de prescription	12
Article 20	Correspondance et preuve	12
Article 21	Litiges ou plaintes	12
PARTIE 2	DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À L'ASSURANCE HOSPI +	13
Article 22	Fixation de la prime d'Hospi +	13
Article 23	Modalités d'intervention d'Hospi +	13
PARTIE 3	DISPOSITIONS SPECIFIQUES À L'ASSURANCE HOSPI +100 ET HOSPI +200	16
Article 24	Conditions particulières de souscription	16
Article 25	Fixation de la prime	16
Article 26	Modalités d'intervention Hospi +100 et Hospi +200	18
Annexe 1	LISTE DES MALADIES GRAVES ET/OU COÛTEUSES	21
Annexe 2	LISTE DES ORGANISMES AGRÉÉS	22
Annexe 3	PRIMES	23
Annexe 4	ABREVIATIONS	26
Annexe 5	LEXIQUE	26

Garanties en vigueur au 01-01-2019

DISPOSITIONS COMMUNES AUX ASSURANCES HOSPITALISATION

Article 1 – Conditions de souscription

§ 1 Les couvertures d'assurance décrites dans les présentes conditions générales sont réservées aux membres d'une Mutualité chrétienne affiliée à MC Assure. La qualité de membre d'une Mutualité chrétienne est exigée pendant toute la durée de leur contrat souscrit avec MC Assure.

On entend par membre :

- membre au sens de l'article 2, 1° ou 2°, de l'arrêté royal du 7 mars 1991, d'une mutualité affiliée, au jour des présentes conditions générales, à MC Assure soit :
 - 109 : Mutualité chrétienne du Brabant Wallon, Boulevard des Archers, 54 à 1400 - NIVELLES
 - 128 : Mutualité chrétienne du Hainaut Oriental, Rue du Douaire, 40, 6150 - ANDERLUES
 - 129 : Mutualité chrétienne Hainaut-Picardie, Rue St Brice, 44, 7500 - TOURNAI
 - 130 : Mutualité chrétienne de Liège, Place du XX Août, 38, 4000 - LIEGE
 - 132 : Mutualité chrétienne de la Province du Luxembourg, rue de la Moselle 7-9, 6700 - ARLON
 - 134 : Mutualité chrétienne de la Province de Namur, Rue des Tanneries 55, 5000 - NAMUR
 - 135 : Mutualité St Michel, Boulevard Anspach 111-115, 1000 - BRUXELLES
 - 137 : Mutualité chrétienne des arrondissements judiciaires de Verviers et d'Eupen, Rue Lucien Defays 77, 4800 - VERVIERS.
- un membre, au sens de l'article 2, 3°, de l'arrêté royal précité du 7 mars 1991, d'une mutualité affiliée, à la condition qu'il soit en ordre de cotisations depuis que la période visée à l'article 2quater, alinéa 3, de l'arrêté royal précité du 7 mars 1991 a été entamée pour les services de l'assurance complémentaire qui y sont visés.

§ 2 Chaque titulaire au sens de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités souhaitant souscrire une couverture d'assurance décrite dans les présentes conditions générales est tenu de le faire pour l'ensemble de son ménage mutualiste : lui et sa/ses personne(s) à charge.

§ 3 Toute modification dans la composition du ménage doit être signalée par écrit ou par voie électronique à MC Assure ou à l'un des intermédiaires d'assurance auquel le membre est affilié dans un délai de 30 jours.

§ 4 Les droits et obligations des assurés et de MC Assure sont régis par le contrat d'assurance lequel est formé par les présentes conditions générales, les conditions particulières d'assurance et par les avenants éventuels.

Ces documents sont soumis à la loi du 4 avril 2014 relatives aux assurances, ses arrêtés d'exécution, ainsi que la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

Article 2 – Impact du non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaire (AC) sur la possibilité de devenir membre de MC Assure, sur la qualité de membre de MC Assure et le maintien de la possibilité de bénéficier de la couverture de MC Assure

§ 1 On entend par « assurance complémentaire »: les services visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que les services visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire, organisés par une mutualité affiliée, par l'union nationale et par la société mutualiste auprès de laquelle la mutualité est affiliée.

§ 2 Le membre qui bénéficie des avantages de l'assurance complémentaire :

- peut souscrire une police d'assurance MC Assure.
- peut bénéficier de la couverture MC Assure si ses primes sont payées.

- § 3 Le membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est suspendue :
- peut souscrire une police d'assurance MC Assure mais ne bénéficiera de la couverture de MC Assure que pour autant que les primes soient payées.
 - continue de bénéficier de la couverture MC Assure à condition que ses primes MC Assure soient payées.
- § 4 Le membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée :
- ne peut souscrire une police d'assurance MC Assure et bénéficier de sa couverture.
 - voit sa police d'assurance résiliée par MC Assure et ne bénéficie plus de la couverture de MC Assure même si ses primes sont en ordre.
- § 5 Le membre, dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée, qui est en cours de stage de 24 mois pour pouvoir à nouveau bénéficier de ces avantages et qui est en ordre de cotisations depuis le début de ce stage :
- peut souscrire une police d'assurance MC Assure et bénéficier de la couverture aux conditions fixées par les présentes conditions générales pour les nouvelles affiliations.
- Si durant ledit stage de 24 mois, le membre a un retard de 6 mois dans le paiement de ses cotisations, il perd sa qualité d'assuré de MC Assure.
- Cette période de 6 mois est suspendue :
- si cette personne se trouve dans une situation de règlement collectif de dettes ou de faillite.
 - si cette personne est devenue personne à charge d'un titulaire qui n'est pas en ordre de paiement des cotisations pour l'assurance complémentaire.

Article 3 – Etendue territoriale

- § 1 Peut bénéficier des garanties :
- L'assuré qui a sa résidence habituelle en Belgique
 - L'assuré qui a sa résidence habituelle à l'étranger pour autant qu'il reste assujéti à l'A.S.S.I.
- § 2 Toutes les assurances facultatives de MC Assure couvrent les hospitalisations et prestations qui se produisent sur le territoire belge.
- Les assurances Hospi +, Hospi +100 et Hospi +200 couvrent également les hospitalisations ayant lieu en dehors du territoire national, dans le cadre d'un accord bilatéral ou multilatéral ou dans le cadre des projets européens de type «Interreg». Les prestations fournies en dehors du territoire national sont également accordées aux bénéficiaires ayant leur résidence principale dans une région frontalière qui se font soigner dans un établissement hospitalier, situé en dehors du territoire national dans un rayon de 25 km maximum de leur résidence principale (art. 294, 7° de l'A.R. du 2 juillet 1996).

Article 4 – Conclusion du contrat

- § 1 Le contrat peut être conclu au moyen d'une proposition d'assurance ou d'une police présignée.
- La proposition d'assurance n'engage ni le candidat preneur, ni l'assureur à conclure le contrat. Lorsque le candidat preneur a signé la proposition d'assurance, les conditions particulières lui seront transmises. Le contrat ne sera conclu qu'au moment de la réception par MC Assure des conditions particulières signées par le preneur d'assurance.
- En cas de police présignée, le contrat sera formé dès la signature du document par le preneur d'assurance.
- § 2 Délai de résiliation d'un contrat formé par une police présignée :
- Le preneur d'assurance dispose de la faculté de résilier le contrat dans un délai de 14 jours à compter de la prise de cours du contrat, avec effet immédiat au moment de la notification.
 - L'assureur peut résilier dans un délai de 14 jours à compter de la réception de la police présignée. Dans ce cas-là, la résiliation devient effective 8 jours après sa notification.

§ 3 Le contrat peut être conclu à distance. Tout contrat conclu à distance est conclu au moment où l'assureur reçoit l'acceptation du preneur d'assurance c'est-à-dire au moment de la réception par MC Assure des conditions particulières signées par le preneur d'assurance.

Le preneur d'assurance et l'assureur disposent d'un délai de 14 jours pour résilier le contrat d'assurance sans pénalité et sans obligation de motivation.

La résiliation émanant du preneur d'assurance prend effet au moment de la notification de la résiliation à l'assureur, celle émanant de l'assureur 8 jours après sa notification au preneur d'assurance.

Article 5 – Prise d'effet de la couverture

§ 1 Lorsque le contrat est conclu via une proposition d'assurance, la couverture prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la réception par MC Assure de la proposition d'assurance complétée et signée par le preneur d'assurance pour autant que la prime ait été payée pour cette date.

Toutefois, si la date de prise de cours de la garantie souhaitée par le preneur est ultérieure à la prise d'effet décrite à ci-dessus, la garantie prendra cours à la date mentionnée dans la proposition d'assurance, pour autant que la prime ait été payée pour cette date.

A défaut, la garantie prend cours le 1^{er} jour du mois suivant le paiement de la prime.

En cas de police présignée, la couverture prend cours au moment du paiement de la prime.

La date de prise d'effet du contrat est mentionnée dans les conditions particulières.

§ 2 Si la prime n'est pas payée pour le dernier jour du 3^{ème} mois qui suit la demande de souscription, une nouvelle procédure de souscription sera requise.

§ 3 Dans tous les cas, la garantie ne prendra cours que pour autant que la période de stage éventuelle soit écoulée.

§ 4 En cas d'ajout d'un assuré au contrat, la garantie prendra effet à la date reprise sur l'avenant au contrat pour autant que la prime y afférente ait été payée pour cette date. A défaut, la garantie prendra cours le 1^{er} jour du mois suivant le paiement de la prime.

§ 5 Toute modification de contrat vers une formule présentant d'autres garanties ne peut se faire qu'après la date du premier anniversaire de la signature du contrat de la couverture en cours.

- S'il s'agit d'un passage vers une formule présentant des garanties supérieures, elle se fera au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande par MC Assure.
- S'il s'agit d'un passage vers une formule présentant des garanties inférieures elle se fera au 1^{er} jour du trimestre suivant la réception de la demande par MC Assure.

Article 6 – Le stage

§ 1 A partir de la date de prise de cours telle que définie ci-dessus, l'assuré est soumis à une période de stage de six mois au cours de laquelle aucune prestation de l'assurance n'est accordée. Le stage prend cours à la date de prise d'effet de la couverture.

Lorsqu'un assuré est ajouté dans le contrat, il doit également accomplir un stage de six mois qui prend cours à la date de prise d'effet de la couverture.

Lors du passage d'une assurance vers un autre produit offrant des garanties plus élevées, l'assuré doit accomplir un stage de six mois relativement aux nouvelles garanties à dater de la prise d'effet de ces nouvelles garanties.

Le stage ne s'applique pas aux hospitalisations consécutives à un accident survenu après la prise d'effet de la garantie.

§ 2 Dispense de stage :

- Par dérogation au §1, il y a une dispense de stage dans les cas suivants:
 - Si l'assuré était précédemment couvert par une assurance présentant des garanties similaires, dont le stage éventuel a été accompli et les primes y afférentes payées, pour autant que sa demande de souscription à MC Assure soit effectuée dans un délai inférieur à 90 jours à dater de la fin de la couverture précédente.
 - Si un assuré souscrit un contrat d'hospitalisation au cours du trimestre civil de la signature de son inscription comme titulaire auprès d'une Mutualité chrétienne affiliée à MC Assure et pour autant que son stage ait été accompli durant le contrat souscrit par l'assuré principal dont il était personne à charge au sens de l'A.S.S.I., quelle que soit la couverture facultative choisie.
- En cas de naissance ou d'adoption, l'enfant est dispensé de stage à condition que l'assuré principal qui lui ouvre le droit à la couverture ait accompli son stage ou en ait été dispensé.

Article 7 – Exemption de souscription

Chaque titulaire souhaitant souscrire une couverture d'assurance décrite dans les présentes conditions générales est tenu de le faire pour l'ensemble du ménage mutualiste.

Cette obligation ne sera pas applicable au membre du ménage qui fournit la preuve qu'il est couvert par une assurance hospitalisation souscrite à titre privé ou collectif c'est-à-dire prise en charge financièrement par son employeur.

Si l'exemption est sollicitée au moment de la souscription du contrat, elle prendra effet à la date mentionnée dans les conditions particulières pour autant que l'attestation soit remise dans les 3 mois à dater de la souscription du contrat. Passé ce délai, son exemption prendra cours le 1^{er} jour du mois qui suit la réception de l'attestation d'assurance par MC Assure.

Si en cours de contrat, un assuré acquiert une couverture d'assurance à titre collectif, l'exemption prendra effet à la fin du mois de la réception de la demande et d'une attestation précisant le type d'assurance, la compagnie et le fait que l'assurance est prise en charge financièrement par l'employeur.

Article 8 – Objet du contrat

§ 1 Les couvertures d'assurance ont pour objet d'accorder, à charge de MC Assure, une intervention financière dans le coût d'une hospitalisation d'un assuré, à la condition que ce coût ait déjà été partiellement pris en charge par une intervention légale.

Il s'agit d'une assurance à caractère indemnitaire. En aucun cas l'indemnisation, cumulée avec toute autre intervention pour la même cause, ne peut dépasser le montant des frais réellement supportés par l'assuré. L'intervention de l'assureur sera le cas échéant plafonnée en conséquence.

§ 2 L'assureur n'interviendra qu'après que l'assuré ait, au préalable, épuisé tous ses droits :

- À l'intervention légale de l'A.S.S.I. en ce compris le maximum à facturer (M.A.F.).
- Émanant de la législation relative aux accidents du travail ou des maladies professionnelles, ou à toute indemnisation résultant du droit de la responsabilité civile.
- Émanant de toute intervention d'un fonds social statutaire ou non ou du fonds spécial de solidarité.
- Émanant de l'application de toute législation étrangère.
- Émanant des interventions des services statutaires organisés par la mutualité, par Solimut ou par l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes en ce compris le service « hospitalisation solidaire » organisé par la société mutualiste « SOLIMUT ».

§ 3 L'ouverture du droit dans certaines législations peut être conditionnelle.

Dans ce cas, l'octroi du remboursement le sera à titre d'avance récupérable. Lorsque le membre ou sa famille se voit signifier le droit à l'intervention de ladite législation, MC Assure récupérera toute somme pouvant être couverte par ladite législation. Cette récupération se fera, soit par note de débit adressée au membre, soit sur base d'une convention subrogatoire signée par le membre.

Article 9 – Principe de solidarité

La présence d'une maladie, d'une affection ou d'un état préexistant dans le chef d'un assuré n'entraîne ni l'exclusion de cet assuré, ni une majoration des primes, ni une restriction dans l'intervention de MC Assure.

Article 10 – Exclusions – absence d'intervention

Sont exclus de la couverture d'assurance :

- Les hospitalisations, soins et fournitures pour un traitement esthétique, de rajeunissement ou de chirurgie plastique ne faisant pas l'objet d'une intervention de l'A.S.S.I.
- Les hospitalisations, soins et fournitures résultant de l'utilisation d'armes ou d'engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique.
- Les hospitalisation, soins, fournitures résultant de la pratique d'un sport à titre professionnel, d'un sport rémunéré, y compris les entraînements.
- Les prestations et fournitures dont la réalisation a été rendue nécessaire par le refus par le patient pour une raison non médicale de prestations médicales adéquates en concordance avec les données actuelles de la science et de la bonne pratique médicale.
- Les frais liés aux traitements expérimentaux, qui n'ont pas de base scientifique.
- Les hospitalisations en cours au moment de la prise de cours de la garantie.
- Les hospitalisations qui débutent pendant le stage.
- Les hospitalisations, soins et fournitures lorsqu'il n'y a pas d'intervention légale.
- Les forfaits salles de plâtre, les forfaits pour dialyse tels que définis par l'A.S.S.I.
- Les frais de transport, en maison de repos ou en maison de repos et de soins, les séjours en maison de convalescence et en centre de rééducation.
- Les prothèses ou implants dentaires placés au cours d'un séjour hospitalier.
- Les hospitalisations résultant d'un sinistre causé intentionnellement par l'assuré, d'une participation volontaire à un crime, délit, excepté le cas de légitime défense.
- Les hospitalisations résultant d'un accident ou maladie survenu lorsque l'assuré se trouve en état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou sous l'influence de stupéfiants, d'hallucinogènes ou autres drogues, sauf si l'assuré apporte la preuve qu'il n'existe aucune relation causale entre l'hospitalisation et ces circonstances.
- Les soins médicaux et paramédicaux ayant fait l'objet d'une intervention du service « soins ambulatoires pour la petite enfance » de SOLIMUT.

Article 11 – Obligations du preneur d'assurance et des assurés

§ 1 Les assurés doivent remplir la déclaration de consentement conformément à l'article 17. Le preneur d'assurance et/ou la personne assurée doivent, par écrit, communiquer à l'assureur :

- Tout changement d'adresse ou de composition de ménage.
- Le fait de cesser d'être soumis à législation belge en matière de Sécurité Sociale.
- Si une des conditions de souscription au contrat vient à être modifiée ou supprimée.
- La survenance du sinistre le plus rapidement possible à l'aide des documents prévus à cet effet ainsi que toutes les pièces justificatives originales des frais exposés.

§ 2 Le preneur est tenu de payer la prime dès réception de l'avis d'échéance.

Article 12 – Modalités d'intervention

§ 1 Les interventions de MC Assure sont accordées aux assurés lorsqu'une demande d'intervention complétée et signée et toutes les pièces justificatives originales des frais exposés lui ont été communiquées.

Toute note de crédit éventuelle devra être transmise à l'assureur.

§ 2 Conformément aux lois relatives à la protection de la vie privée et aux droits du patient, l'assuré ou la personne désignée par celui-ci autorise MC Assure à réclamer intégralement auprès du médecin traitant et/ou de l'hôpital concerné les données médicales et/ou les rapports rédigés dans le cadre d'un examen unilatéral ou contradictoire.

MC Assure est également autorisé à récupérer auprès de l'hôpital ou du prestataire de soins les montants facturés à tort et qui ont donné lieu à son intervention.

§ 3 Le remboursement des frais exposés se fera selon le barème des honoraires fixé par l'A.S.S.I., dans les limites des plafonds d'intervention et sous déduction:

- des interventions préalables intervenues conformément à l'article « objet du contrat » des présentes conditions générales.
- des franchises prévues aux présentes conditions générales

§ 4 En cas de décès de l'assuré, les prestations sont payées à ses héritiers.

Article 13 – Les primes

Les primes pour les différentes couvertures sont reprises à l'annexe 3 des présentes conditions générales.

La prime est toujours payée anticipativement. Elle peut être payée annuellement, semestriellement ou trimestriellement par domiciliation ou annuellement par virement selon le choix de l'assuré.

La prime est due par le preneur d'assurance dès que celui-ci a reçu l'avis d'échéance de MC Assure.

En cas de souscription d'une nouvelle personne à charge, la modification du montant de la prime prend cours au premier jour du mois qui suit l'inscription.

Article 14 – Défaut de paiement de la prime

Le défaut de paiement de la prime ou d'une partie de celle-ci à l'échéance peut donner lieu à la suspension de la garantie et/ou à la résiliation du contrat à condition que le débiteur ait été mis en demeure.

La mise en demeure est adressée soit par exploit d'huissier soit par lettre recommandée et vaut sommation de payer endéans un délai de 15 jours à compter du lendemain de la signification ou du lendemain du dépôt de la lettre recommandée.

La suspension de la garantie ou la résiliation du contrat prend effet à compter du lendemain du jour où le délai de 15 jours prend fin.

Si la garantie a été suspendue, le paiement par le preneur d'assurance des primes échues, majorées s'il y a lieu des frais et intérêts, met fin à cette suspension, avec effet le lendemain (à 0 heure) du paiement intégral de la dette.

La prime impayée et les primes venues à échéance pendant la période de la suspension sont acquises à MC Assure à titre d'indemnités forfaitaires.

Ce droit de MC Assure est toutefois limité aux primes afférentes à deux années consécutives.

Aucun sinistre survenu pendant la période de suspension de la garantie ne peut engager MC Assure et la prime payée pendant ou après un sinistre éventuel ne rétablit pas la couverture d'assurance pendant cette période de suspension.

Si le membre ne paie pas la prime dans le délai prévu, MC Assure lui adressera d'abord un rappel. Sans réaction dans la quinzaine, une mise en demeure lui sera transmise par lettre recommandée à la poste. S'il ne réagit toujours pas dans les deux semaines qui suivent le dépôt de ce courrier auprès des services de la poste, la garantie sera suspendue à partir de la date prévue dans la mise en demeure.

La garantie ne ressortira ses effets que le lendemain (à 0 heure) de l'apurement intégral de la prime échue. Si la prime n'est pas versée à l'expiration du troisième mois suivant l'échéance, la garantie d'assurance pourra par ailleurs être résiliée d'office.

Article 15 – Modifications contractuelles et tarifaires

- § 1 Les primes, franchises et prestations peuvent être indexées de plein droit avec effet au début de chaque année d'assurance telle que définie dans le lexique repris à l'annexe 5, sur base de l'évolution de l'indice des prix à la consommation mesurée au mois d'août. Ainsi, pour l'année « n », l'indexation est calculée en multipliant la prime, la franchise ou prestation par le rapport entre l'indice de l'année « n-1 » et celui de l'année « n-2 ».
- § 2 Les primes, les franchises et les prestations peuvent également être adaptées au début de chaque année d'assurance telle que définie dans le lexique repris à l'annexe 5, sur base d'un ou plusieurs indices médicaux spécifiques calculés et publiés au Moniteur belge par le SPF Economie, si l'évolution de cet ou de ces indices dépasse celle de l'indice des prix à la consommation. L'indice utilisé est l'indice global du second trimestre de l'année précédente.
- § 3 L'O.C.M peut exiger que MC Assure mette un tarif en équilibre si l'application de ce tarif donne lieu à des pertes. En outre, l'O.C.M, à la demande de MC Assure et si elle constate que l'application de ce tarif, nonobstant l'application des § 1 et § 2, donne lieu ou risque de donner lieu à des pertes, peut autoriser MC Assure à prendre des mesures afin de mettre ses tarifs en équilibre. Ces mesures peuvent comporter une adaptation des conditions de couverture.
- § 4 L'augmentation des primes s'applique :
- aux contrats souscrits à partir de la notification de la décision de l'O.C.M.
 - et, sans préjudice du droit à la résiliation du preneur d'assurance aux primes de contrats en cours, qui viennent à échéance à partir du 1^{er} jour du 2^{ème} mois qui suit la notification de la décision de l'O.C.M.
- § 5 Tout impôt, taxe, contribution ou cotisation en relation avec ces couvertures, imposés par la loi ou par toutes autres dispositions réglementaires, est ou sera exclusivement à charge du preneur.
- § 6 Si MC Assure modifie les conditions ou les montants des primes, elle en avise le preneur d'assurance par l'envoi d'une notification écrite. L'adaptation de la prime, des conditions générales et tarifaires s'appliquera à l'assurance en cours.
- § 7 Sauf accord réciproque des parties et à la demande exclusive du membre, MC Assure ne peut plus apporter de modifications aux conditions de couverture après que le contrat d'assurance a été conclu.
- § 8 Dans des circonstances exceptionnelles et conformément à la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance, d'autres modifications des conditions de couverture peuvent être autorisées par l'O.C.M.

Article 16 – Durée et fin du contrat d'assurance

- § 1 Le contrat d'assurance est conclu à vie sauf dans les situations prévues au §2 et sans préjudice des dispositions de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.
- § 2 Le contrat prend fin en cas de
- Résiliation par le preneur d'assurance :
 - « sans motif » après au minimum 1 an de souscription à l'assurance : à la fin du trimestre en cours pour autant que la demande de résiliation ait été introduite au plus tard le dernier jour du deuxième mois de ce même trimestre. À défaut, la résiliation est reportée à la fin du trimestre suivant.
 - suite à un avis de modification des conditions contractuelles ou tarifaires endéans les 3 mois qui suivent cet avis: le preneur peut résilier son contrat dans les 3 mois qui suivent la notification par l'assureur de modifier ses conditions contractuelles ou tarifaires.
La prise d'effet sera effective le mois suivant la réception de la demande de résiliation auprès de MC Assure.
 - si assurance similaire via l'employeur : à la fin du mois de réception de la demande et d'une attestation qui précise expressément le type d'assurance, la compagnie, les personnes assurées et le fait que l'assurance est prise en charge financièrement par l'employeur.
 - Résiliation par MC Assure :
 - si non-paiement des primes.
 - si décès du preneur.
 - si l'assuré ne remplit plus les conditions de souscription reprises à l'article « Conditions de souscription » des présentes conditions générales.
 - à la fin du mois au cours duquel la personne, qui était à la charge d'un titulaire membre de l'assurance facultative, s'inscrit en qualité de titulaire auprès d'une autre entité mutualiste.
 - en cas de mutation vers un organisme assureur, autre que la Mutualité chrétienne.
 - en cas de fraude de l'assuré vis-à-vis de MC Assure.
- § 3 La demande de résiliation doit être envoyée à MC Assure par lettre recommandée, par exploit d'huissier ou par la remise de la lettre de résiliation contre récépissé.
- § 4 Le cas échéant, MC Assure effectuera une compensation entre son intervention et la dette du preneur d'assurance.
- § 5 La couverture d'assurance reste toutefois acquise pour les hospitalisations ayant débuté avant la résiliation du contrat et se poursuivant au-delà.
- § 6 Si le contrat a été résilié, un nouveau contrat pourra être conclu dans les cas de résiliations prévus au §2, aux conditions suivantes :
- sans stage et aux nouvelles conditions tarifaires/couverture si nouvelle inscription dans les trois mois qui suivent la résiliation et après apurement des dettes éventuelles.
 - avec stage et aux nouvelles conditions tarifaires/couverture si nouvelle inscription au-delà des trois mois qui suivent la résiliation et après apurement des dettes éventuelles.

Article 17 – Respect de la vie privée

MC Assure traite les données personnelles conformément à la réglementation sur la protection des données à caractère personnel. La politique de confidentialité de MC Assure est disponible sur le site internet: www.mc.be/disclaimer et à la requête de l'assuré.

MC Assure est tenue de solliciter le consentement des assurés afin de pouvoir traiter les données relatives à la santé.

Article 18 – Subrogation et récupération

- § 1 MC Assure est subrogée, à concurrence du montant de son intervention dans les droits et actions de l'assuré contre le tiers responsable du dommage, conformément à l'article 95 de la Loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.
- § 2 MC Assure n'exercera aucun recours contre les membres de la famille de l'assuré qui ont causé l'accident de manière non intentionnelle, sauf si leur responsabilité est effectivement garantie par un contrat d'assurance.
- § 3 L'assuré ne peut renoncer à un quelconque recours sans l'accord de MC Assure.
- § 4 A la demande de MC Assure, l'assuré réitérera cette subrogation par acte séparé.

Article 19 – Délai de prescription

Le délai de prescription de toute action dérivant du contrat d'assurance est de trois ans conformément aux articles 88 et 89 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

Toute demande de remboursement doit être obligatoirement transmise à MC Assure avant l'expiration d'un délai de trois ans qui court à partir du jour de la date de réception de la facture d'hospitalisation par l'assuré. Si le membre n'a pas la preuve de la date de réception, on retiendra comme date de réception le troisième jour ouvrable qui suit la date mentionnée sur la facture.

Article 20 – Correspondance et preuve

- § 1 Les communications ou notifications destinées à MC Assure doivent être faites à la Mutualité chrétienne à laquelle le preneur d'assurance est affilié; celles destinées au preneur d'assurance sont faites à son domicile légal.
- § 2 Le preneur d'assurance s'engage à réceptionner toutes lettres et correspondances recommandées ou autres que lui adressera MC Assure. En cas de refus de ces lettres et correspondances, celles-ci seront considérées comme lui étant parvenues.
- § 3 Il sera définitivement justifié :
- de l'envoi de lettres de MC Assure par le récépissé de la poste lorsqu'il s'agit d'une lettre recommandée.
 - du contenu des lettres et dossiers de MC Assure, par leurs copies qui sont revêtues de la force probante conformément à l'article 196 de la Loi du 17 juin 1991 portant organisation du secteur public du crédit et de la détention des participations du secteur public dans certaines sociétés financières du droit privé.

Article 21 – Litiges ou plaintes

§ 1 Médiation

En cas de litige relatif à l'exécution du présent contrat, l'assuré a la possibilité de s'adresser :

- à la mutualité à laquelle il est affilié.
- à MC Assure.
- au Service Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles, Tél. : 02-547 58 71 - Fax : 02-547 59 75 - www.ombudsman.as.

§ 2 Juridictions

Toute contestation relative aux présentes conditions générales et aux contrats d'assurance conclus avec MC Assure est soumise au droit belge et relève de la compétence exclusive des juridictions belges.

§ 3 MC Assure agit sous le contrôle de l'O.C.M., qui l'a agréée comme entreprise d'assurances sous le numéro 150/02, pour organiser des assurances maladie (branche 2) et l'assistance à titre complémentaire (branche 18).

PARTIE 2

DISPOSITIONS SPECIFIQUES Á L'ASSURANCE Hospi +

Article 22 – Fixation de la prime Hospi +

§ 1 La prime due par le preneur d'assurance est calculée en fonction du nombre et de l'âge des assurés. C'est l'âge atteint au moment de la prise d'effet de la couverture qui détermine le montant de la prime.

La prime s'élève annuellement (au 1^{er} janvier 2019) à :

Hospi +	
Âge	Primes
De 0 à 17 ans	0,00 €
18 ans et plus	36,72 €
Dès la 4 ^{ème} PAC	16,56 €

§ 2 Le montant de la prime annuelle est déterminé :

- pour un nouvel assuré à MC Assure, par l'âge atteint à la date de prise de cours de son contrat.
- pour tout autre assuré, par l'âge atteint au premier janvier de l'année civile.

§ 3 Le montant des primes annuelles et la répartition de ces primes en « frais d'administration », « frais de distribution » et « primes hors de ces frais » sont repris à l'annexe 3 des présentes conditions générales.

Article 23 – Modalités d'intervention d'Hospi +

§ 1 Intervention pour séjour en établissement général hospitalier

L'assurance Hospi + intervient dans les frais réellement supportés par le membre de la manière suivante :

- intervention à concurrence de la franchise appliquée par le service « hospitalisation solidaire » de « SOLIMUT ».
- 3,72 € maximum par jour d'hospitalisation pour les frais de téléphone facturés par l'établissement hospitalier.
- les implants non remboursables par l'A.S.S.I. : remboursement maximum de 5.000 € par admission lorsque le membre n'a pas obtenu une décision positive d'intervention de SOLIMUT, telle que prévue dans les statuts de celle-ci, et sous réserve de l'accord du Conseiller Médical.

§ 2 Franchise

Une franchise de 100 € par bénéficiaire et par année civile est appliquée aux hospitalisations classiques et de jour. Aucune franchise n'est appliquée pour les enfants de moins de 18 ans.

§ 3 Intervention pour séjour en établissement psychiatrique

Lors d'un séjour en établissement psychiatrique, une intervention forfaitaire de 10 € par jour, avec un maximum de trente jours par hospitalisation, est accordée lorsque le plafond annuel d'intervention prévu par le service « hospitalisation solidaire » de « SOLIMUT » est atteint et après application des dispositions prévues aux §1 et §2 du présent article. Le cumul des interventions ne pourra jamais dépasser le montant total de la facture.

§ 4 Interventions dans l'aide à domicile

Suite à une hospitalisation classique ou de jour et si l'état de santé du membre la justifie, une intervention est prévue :

- dans la location de matériel sanitaire : intervention limitée à 3 mois avec un plafond mensuel de 30 €, la caution et le transport étant à charge de l'affilié.
- dans la location d'un matériel de bio-télé vigilance : intervention limitée à 3 mois avec un plafond mensuel de 17 €, la caution et les frais de placement étant à charge de l'assuré.

L'intervention est accordée

- si la location débute dans un délai maximum de 30 jours calendrier après la date de sortie de l'hôpital
- uniquement pour les prestations réalisées par les entités juridiques agréées par l'AG :
 - L'ASBL PSD « permanence soins à domicile » n° BCE 0445.266.919, siège social à Bouge.
 - Pour les membres ayant leur domicile dans une des neuf communes germanophones de Belgique, les services de télévigilance organisés par la Communauté germanophone via les C.P.A.S. des communes.
 - Les magasins Qualias et Solival dont la liste est reprise en annexe 2.

§ 5 Couverture Maladies graves et/ou coûteuses

L'assurance intervient dans les frais de soins ambulatoires non couverts par l'A.S.S.I qui sont onéreux pour les personnes présentant :

- une maladie grave et/ou coûteuse reprise dans le tableau en annexe 1.
- une maladie grave et/ou coûteuse non inscrite sur la liste mais nécessitant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 mois, particulièrement coûteux et qui présente un caractère chronique.
- une polypathologie (plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique nécessitant des soins coûteux d'une durée prévisible supérieure à 6 mois).

Conditions d'intervention

- L'existence d'une hospitalisation classique ou de jour dans l'année calendrier précédant la demande d'ouverture du dossier. Pour certaines pathologies, le diagnostic sera complété par un rapport médical. La demande d'ouverture se fait au moyen du formulaire de MC Assure.
- Les frais supportés par le patient doivent être repris dans la liste des dépenses admissibles ci-dessous.

Intervention

L'intervention est fixée, pendant la période d'ouverture du dossier, à un forfait de 100 € par année civile.

L'assuré peut néanmoins présenter un relevé annuel de remboursement équivalent à 50 % des dépenses admissibles consécutives à la maladie déclarée sans toutefois dépasser un plafond d'indemnisation de 150 € par année civile (correspondant aux dépenses entre 200 € et 500 €). La prise en charge après déduction du forfait sera donc de 150 € maximum par année civile.

Dépenses admissibles

- Médicaments ou produits pharmaceutiques non remboursables prescrits
- Matériel de bandagisterie loué ou acheté auprès des entités juridiques agréées par le Conseil d'administration ou en pharmacie sur prescription
- Frais de transport vers un centre de soins ou un prestataire de soins : les transports en commun en tarif 2^{ème} classe, les transports en voiture privée ou en taxi à raison de 0,25 € du km, les frais de parking
- Prestations des prestataires paramédicaux suivants : psychologue, esthéticien, diététicien, ergothérapeute, podologue, ostéopathe
- Traitements pour préservation de la fertilité lorsque le patient répond aux conditions définies par l'A.S.S.I.

Ouverture du dossier

Lorsque le forfait prévu par « SOLIMUT » est versé.

Clôture du dossier

Automatique le 31 décembre de chaque année.

Pour les dossiers ouverts à partir du 1^{er} juillet, au 31 décembre de l'année suivante.

Prolongation

Prolongation d'un an sur présentation du formulaire de renouvellement complété et signé par l'assuré et un médecin, au plus tard le 31 décembre de l'année pour laquelle le renouvellement est sollicité.

Modalités d'intervention

L'intervention est accordée sur présentation des pièces justificatives originales et du formulaire prévu à cet effet avant le 30 juin de l'année qui suit l'année des dépenses introduites, sans préjudice des dispositions prévues à l'article 88 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

Cette intervention est versée au membre ou à toute personne désignée par ce dernier. En cas de décès, elle sera payée aux héritiers.

DISPOSITIONS SPECIFIQUES À L'ASSURANCE Hospi +100 ET Hospi +200

Article 24 – Conditions particulières de souscription

Pour souscrire à l'Hospi +100 ou Hospi +200, il faut répondre aux conditions de souscription et d'assurabilité reprises dans la Partie 1 des présentes conditions générales.

Il faut également :

- soit être âgé de moins de 70 ans à la date de prise d'effet de la couverture.
- soit être âgé de « 70 ans ou plus » et avoir été couvert par une assurance hospitalisation similaire dans un délai inférieur à 90 jours à dater de la fin de la couverture précédente avec le stage accompli.

Article 25 – Fixation de la prime

La prime due par le preneur d'assurance est calculée en fonction du nombre et de l'âge des assurés auxquels elle ouvre le droit. En cas de souscription après 45 ans, la prime est majorée. La majoration ne s'applique qu'à la personne concernée.

C'est l'âge atteint au moment de la prise d'effet de la couverture qui détermine le montant de la prime.

Le montant de la prime annuelle est déterminé :

- pour un nouvel assuré à MC Assure, par l'âge atteint à la date de prise de cours de son contrat.
- pour tout autre assuré, par l'âge atteint au 1^{er} janvier de l'année civile.

Le montant des primes annuelles et la répartition de ces primes en « frais d'administration », « frais de distribution » et « primes hors de ces frais » sont repris en annexe 3 des présentes conditions générales.

Au 1^{er} janvier 2019, les montants annuels de la prime sont les suivants :

- **1° en cas de souscription avant 45 ans**

Hospi +100 :

- Si souscription avant le 45^{ème} anniversaire après le 31-12-2015

Hospi +100 Souscription avant 45 ans

Âge actuel	Âge d'affiliation	€ annuel
De 0 à 17 ans	Jusqu'à 44 ans	32,40 €
De 18 à 24 ans	Jusqu'à 44 ans	48,00 €
De 25 à 49 ans	Jusqu'à 44 ans	113,28 €
De 50 à 64 ans	Jusqu'à 44 ans	145,56 €
65 ans et plus	Jusqu'à 44 ans	258,84 €
Dès la 4 ^{ème} PAC		16,56 €

Possibilité de souscription à partir de 70 ans : uniquement pour les membres avec une assurance hospitalisation similaire.

- Si souscription après le 65^{ème} anniversaire et avant le 01-01-2016 avec une couverture similaire existante

65 ans à 69 ans inclus		390,60 €
70 ans et plus		414,36 €

Hospi +200 :

- Si souscription avant le 45^{ème} anniversaire après le 31-12-2015

Hospi +200 Souscription avant 45 ans

Âge actuel	Âge d'affiliation	€ annuel
De 0 à 17 ans	Jusqu'à 44 ans	81,84 €
De 18 à 24 ans	Jusqu'à 44 ans	120,84 €
De 25 à 49 ans	Jusqu'à 44 ans	284,76 €
De 50 à 64 ans	Jusqu'à 44 ans	366,12 €
65 ans et plus	Jusqu'à 44 ans	650,40 €
Dès la 4 ^{ème} PAC		42,00 €

Possibilité de souscription à partir de 70 ans : uniquement pour les membres avec une assurance hospitalisation similaire.

- Si souscription après le 65^{ème} anniversaire et avant le 01-01-2016 avec une couverture similaire existante

65 ans à 69 ans inclus		981,12 €
70 ans et plus		1.041,00 €

- 2° en cas de souscription après 45 ans**

L'assuré de plus de 45 ans qui souscrit l'Hospi +100 ou l'Hospi +200 se voit appliquer une majoration de prime. La majoration ne s'applique qu'à la personne concernée.

Hospi +100 :**Hospi +100 Souscription après 45 ans**

Âge actuel	Âge d'affiliation	€ annuel
De 25 à 49 ans	De 45 à 49 ans	124,80 €
De 50 à 64 ans	De 45 à 49 ans	159,96 €
De 50 à 64 ans	De 50 à 54 ans	167,52 €
De 50 à 64 ans	De 55 à 59 ans	189,24 €
De 50 à 64 ans	De 60 à 64 ans	218,64 €
De 65 à 69 ans	De 45 à 49 ans	284,88 €
De 65 à 69 ans	De 50 à 54 ans	297,84 €
De 65 à 69 ans	De 55 à 59 ans	336,72 €
De 65 à 69 ans	De 60 à 64 ans	388,44 €
65 ans et plus	À partir de 65 ans	703,44 €
Dès la 4 ^{ème} PAC		16,56 €

Possibilité de souscription à partir de 70 ans : uniquement pour les membres avec une assurance hospitalisation similaire.

Hospi +200 :

Hospi +200 Souscription après 45 ans		
Âge actuel	Âge d'affiliation	€ annuel
De 25 à 49 ans	De 45 à 49 ans	313,32 €
De 50 à 64 ans	De 45 à 49 ans	403,08 €
De 50 à 64 ans	De 50 à 54 ans	421,20 €
De 50 à 64 ans	De 55 à 59 ans	476,28 €
De 50 à 64 ans	De 60 à 64 ans	549,60 €
De 65 à 69 ans	De 45 à 49 ans	715,56 €
De 65 à 69 ans	De 50 à 54 ans	748,08 €
De 65 à 69 ans	De 55 à 59 ans	845,40 €
De 65 à 69 ans	De 60 à 64 ans	975,72 €
65 ans et plus	À partir de 65 ans	1.358,64 €
Dès la 4 ^{ème} PAC		42,00 €

Possibilité de souscription à partir de 70 ans : uniquement pour les membres avec une assurance hospitalisation similaire.

Article 26 – Modalités d'intervention Hospi +100 et Hospi +200

§ 1 Intervention pour séjour en établissement général hospitalier

L'assurance Hospi +100 ou Hospi +200 intervient dans les frais réellement supportés par le membre de la manière suivante :

- Intervention à concurrence de la franchise appliquée par le service « hospitalisation solidaire » de « SOLIMUT ».
- Les suppléments d'honoraires en lien avec le choix de chambre particulière :
 - Hospi +100 : plafonnés à 100% du montant du barème fixé par l'A.S.S.I. pour les prestations médicales
 - Hospi +200 : plafonnés à 200% du montant du barème fixé par l'A.S.S.I. pour les prestations médicales.
- Les suppléments de chambre en lien avec le choix de chambre particulière : 100 € maximum par jour.
- 3,72 € maximum par jour d'hospitalisation pour les frais de téléphone facturés par l'établissement hospitalier.
- Les implants non remboursables par l'A.S.S.I. : remboursement maximum de 5.000 € par admission lorsque le membre n'a pas obtenu une décision positive d'intervention de SOLIMUT, telle que prévue dans les statuts de celle-ci, et sous réserve de l'accord du Conseiller Médical.
- Pour les soins délivrés à l'étranger, l'intervention des Hospi +100 ou Hospi +200 s'élève à
 - s'ils sont facturés sur base des frais réels : maximum 100 % du montant des barèmes des honoraires fixés par l'assurance maladie obligatoire du pays où les soins ont été délivrés pour les prestations médicales, le matériel de synthèse, les prothèses et les produits pharmaceutiques, mais l'intervention pour le séjour hospitalier ne peut dépasser pour les prestations énoncées 100% du montant accordé par le barème belge.

- s'ils sont facturés forfaitairement : l'intervention peut atteindre au maximum 62 € par journée d'hospitalisation.

§ 2 Franchise

Une franchise de 100 € par bénéficiaire et par année civile est appliquée aux hospitalisations classiques et de jour. Aucune franchise n'est appliquée pour les enfants de moins de 18 ans.

§ 3 Intervention pour séjour en établissement psychiatrique

Lors d'un séjour en établissement psychiatrique, une intervention forfaitaire de 10 € par jour, avec un maximum de trente jours par hospitalisation, est accordée lorsque le plafond annuel d'intervention prévu par le service « hospitalisation solidaire » de « SOLIMUT » est atteint et après application des dispositions prévues aux §1 et §2 du présent article. Le cumul des interventions ne pourra jamais dépasser le montant total de la facture.

§ 4 Frais pré- et post-hospitalisation

Sont pris en charge les tickets modérateurs des prestations médicales et paramédicales, les suppléments d'honoraires limités à 100% maximum du montant des barèmes fixés par l'A.S.S.I. qui ont lieu au maximum 30 jours avant et maximum 90 jours après les événements repris ci-dessous.

Ces frais, pour des soins prestés en Belgique, doivent être liés à une hospitalisation, à un don d'organe par l'assuré, à un accouchement à domicile ou dans une maison de naissance, à une hospitalisation à l'étranger couverte par le service « MUTAS » organisé par SOLIMUT, ou par une convention bi ou multi latérale.

Ne sont pas couverts les frais pré et post suivants :

- soins et prothèses dentaires
- médicaments
- forfaits dialyse et salles de plâtre
- frais de lunettes et lentilles
- appareils auditifs
- soins non remboursés par l'A.S.S.I.
- frais de transport
- soins ayant fait l'objet d'une intervention du service soins ambulatoires pour la petite enfance de Solimut
- frais de pré ou post hospitalisation résultant d'une hospitalisation non couverte par l'assurance.

§ 5 Interventions dans l'aide à domicile

Suite à une hospitalisation classique ou de jour et si l'état de santé du membre la justifie, une intervention est prévue :

- dans la location de matériel sanitaire : intervention limitée à 3 mois avec un plafond mensuel de 30 €, la caution et le transport étant à charge de l'affilié.
- dans la location d'un matériel de bio-télé vigilance : intervention limitée à 3 mois avec un plafond mensuel de 17 €, la caution et les frais de placement étant à charge de l'assuré.

L'intervention est accordée

- si la location débute dans un délai maximum de 30 jours calendrier après la date de sortie de l'hôpital.
- uniquement pour les prestations réalisées par les entités juridiques agréées par l'A.G. :
 - L'A.S.B.I.P.S.D. « permanence soins à domicile » n° BCE 0445.266.919, siège social à Bouge.
 - Pour les membres ayant leur domicile dans une des neuf communes germanophones de Belgique, les services de télévigilance organisés par la Communauté germanophone via les C.P.A.S. des communes.
 - Les magasins Qualias et Solival dont la liste est reprise en annexe 2.

§ 6 Couverture Maladies graves et/ou coûteuses

L'assurance intervient dans les frais de soins ambulatoires non couverts par l'A.S.S.I qui sont onéreux pour les personnes présentant :

- une maladie grave et/ou coûteuse reprise dans le tableau en annexe 1.
- une maladie grave et/ou coûteuse non inscrite sur la liste mais nécessitant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 mois, particulièrement coûteux et qui présente un caractère chronique.
- une polypathologie (plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique nécessitant des soins coûteux d'une durée prévisible supérieure à 6 mois).

Conditions d'intervention

- L'existence d'une hospitalisation classique ou de jour dans l'année calendrier précédant la demande d'ouverture du dossier. Pour certaines pathologies, le diagnostic sera complété par un rapport médical. La demande d'ouverture se fait au moyen du formulaire de MC Assure.
- Les frais supportés par le patient doivent être repris dans la liste des dépenses admissibles ci-dessous.

Intervention

L'intervention est fixée, pendant la période d'ouverture du dossier, à un forfait de 200 € par année civile. L'assuré peut néanmoins présenter un relevé annuel de remboursement équivalent à 50 % des dépenses admissibles conséquentes à la maladie déclarée sans toutefois dépasser un plafond d'indemnisation de 1.800 € par année civile (correspondant aux dépenses entre 400 € et 4000 €). La prise en charge après déduction du forfait sera donc de 1.800 € maximum par année civile.

Dépenses admissibles

- Médicaments ou produits pharmaceutiques non remboursables prescrits.
- Matériel de bandagisterie loué ou acheté auprès des entités juridiques agréées par le Conseil d'administration ou en pharmacie sur prescription.
- Frais de transport vers un centre de soins ou un prestataire de soins : les transports en commun en tarif 2^{ème} classe, les transports en voiture privée ou en taxi à raison de 0,25 € du km, les frais de parking.
- Prestations des prestataires paramédicaux suivants : psychologue, esthéticien, diététicien, ergothérapeute, podologue, ostéopathe
- Traitements pour préservation de la fertilité lorsque le patient répond aux conditions définies par l'A.S.S.I.

Ouverture du dossier

Lorsque le forfait prévu par « SOLIMUT » est versé.

Clôture du dossier

Automatique le 31 décembre de chaque année.

Pour les dossiers ouverts à partir du 1^{er} juillet, au 31 décembre de l'année suivante.

Prolongation

Prolongation d'un an sur présentation du formulaire de renouvellement complété et signé par l'assuré et un médecin, au plus tard le 31 décembre de l'année pour laquelle le renouvellement est sollicité.

Modalités d'intervention

L'intervention est accordée sur présentation des pièces justificatives originales et du formulaire prévu à cet effet avant le 30 juin de l'année qui suit l'année des dépenses introduites, sans préjudice des dispositions prévues à l'article 88 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

Cette intervention est versée au membre ou à toute personne désignée par ce dernier. En cas de décès, elle sera payée aux héritiers.

LISTE DES MALADIES GRAVES ET/OU COÛTEUSES

Pathologie	Critère à attester par le médecin
Accident vasculaire cérébral invalidant	Handicap moteur étendu
Aplasie médullaire	
Artériopathie oblitérante (coronarienne ou périphérique) chronique et évolutive avec manifestations cliniques ischémiques	
Cirrhose du foie décompensée	
Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé et déficit immunitaire grave acquis (syndrome immunodéficientaire acquis)	
Diabète insulino-dépendant ou non insulino-dépendant ne pouvant pas être équilibré par le seul régime	
Epilepsie	Pharmacorésistance des crises
Forme grave d'une affection neuro-musculaire (dont myopathie)	Handicap moteur étendu
Hémoglobinopathie homozygote	
Hémophilie	
Insuffisance cardiaque grave	Classification NYHA, stade III
Insuffisance rénale	GFR < 45 à deux reprises par analyse sanguine ou protéinurie > 1 gr/j à deux reprises par analyse urinaire
Insuffisance respiratoire chronique grave	VEMS < ou = 30 %
Maladie de Parkinson	
Maladie métabolique héréditaire nécessitant un traitement prolongé spécialisé	
Mucoviscidose	
Paraplégie	
Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive	
Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	HAQ > 0,5 (Health Assessment Questionnaire) ou présence de manifestations
Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale	Durée de la maladie supérieure à un an avec conséquences
Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	A l'occasion de toute poussée évolutive et/ou nécessitant un traitement
Sclérose en plaques invalidante	Nécessitant un traitement de fond et/ou avec handicap permanent
Spondylarthrite ankylosante grave	Nécessitant un traitement de fond et/ou avec handicap permanent systémiques
Suites de transplantation d'organe	
Tuberculose active	
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	

LISTE DES ORGANISMES AGREES

- Qualias Courcelles, Rue Philippe Monnoyer 35 à 6180 Courcelles
- Qualias Charleroi Optique, Boulevard Tirou 165 à 6000 Charleroi
- Qualias Tamines, Rue des Prairies 3a à 5060 Tamines
- Qualias Nivelles, Boulevard des Archers 56 à 1400 Nivelles
- Qualias Montigny-le-Tilleul, Rue de Gozée 659 à 6110 Montigny-le-Tilleul
- Qualias Court-Saint-Etienne, Avenue des Métallurgistes 1 à 1490 Court-Saint-Etienne
- Qualias Anderlues, Chaussée de Mons 23/3 à 6150 Anderlues
- Qualias La Louvière, Rue Sylvain Guyaux 39 à 7100 La Louvière
- Qualias Namur, Rue du Lombard 8, à 5000 Namur
- Qualias Namur optique, Rue du Lombard 24 a à 5000 Namur
- Qualias Bouge optique, Rue Saint-Luc 8 (Dans le hall de l'hôpital Saint-Luc) à 5004 Bouge
- Qualias Soignies, Rue du Mons 16 à 7060 Soignies
- Qualias Beaumont, Rue Félix Dutry 21 à 6500 Beaumont
- Qualias Philippeville, Rue de l'Arsenal 7 à 5600 Philippeville
- Qualias Ixelles, Rue Malibran 49 à 1050 Bruxelles
- Qualias Mons, Rue des Canonnières 1, 7000 Mons
- Qualias Berchem-Sainte-Agathe, Avenue Josse Goffin 204 à 1082 Berchem-Sainte-Agathe
- Qualias Dinant, Avenue des Combattants 15 à 5500 Dinant
- Qualias Ath, Chaussée de Tournai 108 à 7800 Ath
- Qualias Marche, Avenue du Monument 8 à 6900 Marche-en-Famenne
- Qualias Tournai, Rue Saint-Brice 56 à 7500 Tournai
- Qualias Sart-Tilman, Route du Condroz 475 à 4031 Angleur
- Qualias Libramont, Rue des Alliés 2c à 6800 Libramont
- Qualias Mouscron, Rue du Bas Voisinage 77 à 7700 Mouscron
- Qualias Comines, Rue de Wervicq 13 à 7780 Comines
- Qualias Eupen (Lontzen), Rue Mitoyenne 910 à 4710 Lontzen
- Qualias Arlon, Place Didier 36 à 6700 Arlon
- SOLIVAL asbl, Chaussée de Haecht, 579 bp40 à 1031 Bruxelles

PRIMES

On entend par :

- frais de distribution : les dépenses effectuées pour informer une personne souhaitant souscrire un contrat d'assurance ou obtenir des informations supplémentaires sur les conditions d'un contrat existant.
- frais d'administration : les frais généraux (= non directement liés à une gestion individualisée des assurés) de MC Assure et les dépenses opérationnelles (exemple : les dépenses occasionnées par la perception des primes) qui ne sont ni des frais de distribution, ni des frais de gestion des demandes de remboursement introduites par les assurés.

Les comptes annuels de MC Assure, certifiés par son réviseur externe indépendant, sont la source du calcul des pourcentages utilisés pour répartir les primes payées par les preneurs d'assurance. Ces pourcentages sont calculés en comparant les différentes catégories de frais aux primes acquises, tous les produits d'assurance confondus.

Les primes Hospi + 2019 sont composées de la manière suivante :

Hospi +	Prime commerciale	Taxe Inami	Prime nette	Frais d'administration	Frais de distribution	Prime hors de ces frais
Âge						
De 0 à 17 ans	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
18 ans et plus	36,72 €	3,34 €	33,38 €	3,42 €	1,89 €	28,07 €
Dès la 4 ^e PAC	16,56 €	1,51 €	15,05 €	1,54 €	0,85 €	12,66 €

Les primes Hospi +100 2019 sans majoration sont composées de la manière suivante :

Hospi +100 Prime non majorée	Prime commerciale	Taxe Inami	Prime nette	Frais d'administration	Frais de distribution	Prime hors de ces frais
Âge						
De 0 à 17 ans	32,40 €	2,95 €	29,45 €	3,02 €	1,67 €	24,76 €
De 18 à 24 ans	48,00 €	4,36 €	43,64 €	4,47 €	2,47 €	36,70 €
De 25 à 49 ans	113,28 €	10,30 €	102,98 €	10,56 €	5,84 €	86,58 €
De 50 à 64 ans	145,56 €	13,23 €	132,33 €	13,56 €	7,5 €	111,27 €
A partir de 65 ans	258,84 €	23,53 €	235,31 €	24,12 €	13,34 €	197,85 €
A partir de 70 ans	414,36 €	37,67 €	376,69 €	38,61 €	21,36 €	316,72 €
Dès la 4e PAC	16,56 €	1,51 €	15,05 €	1,54 €	0,85 €	12,66 €

Les primes Hospi +100 2019 avec majoration sont composées de la manière suivante :

Hospi +100 Prime majorée		Prime commer- ciale	Taxe Inami	Prime nette	Frais d'admi- nistration	Frais de distribution	Prime hors de ces frais
Âge actuel	Âge d'affiliation						
De 25 à 49 ans	De 45 à 49 ans	124,80 €	11,35 €	113,45 €	11,63 €	6,43 €	95,39 €
De 50 à 64 ans	De 45 à 49 ans	159,96 €	14,54 €	145,42 €	14,91 €	8,25 €	122,26 €
	De 50 à 54 ans	167,52 €	15,23 €	152,29 €	15,61 €	8,63 €	128,05 €
	De 55 à 59 ans	189,24 €	17,20 €	172,04 €	17,63 €	9,75 €	144,66 €
	De 60 à 64 ans	218,64 €	19,88 €	198,76 €	20,37 €	11,27 €	167,12 €
À partir de 65 ans	De 45 à 49 ans	284,88 €	25,90 €	258,98 €	26,55 €	14,68 €	217,75 €
	De 50 à 54 ans	297,84 €	27,08 €	270,76 €	27,75 €	15,35 €	227,66 €
	De 55 à 59 ans	336,72 €	30,61 €	306,11 €	31,38 €	17,36 €	257,37 €
	De 60 à 64 ans	388,44 €	35,31 €	353,13 €	36,2 €	20,02 €	296,91 €
	À partir de 65 ans et avant 70 ans	703,44 €	63,95 €	639,49 €	65,55 €	36,26 €	537,68 €
À partir de 70 ans	À partir de 70 ans	703,44 €	63,95 €	639,49 €	65,55 €	36,26 €	537,68 €

Les primes Hospi +200 2019 sans majoration sont composées de la manière suivante :

Hospi +200 Prime non majorée	Prime commerciale	Taxe Inami	Prime nette	Frais d'administration	Frais de distribution	Prime hors de ces frais
Âge						
De 0 à 17 ans	81,84 €	7,44 €	74,40 €	7,63 €	4,22 €	62,55 €
De 18 à 24 ans	120,84 €	10,99 €	109,85 €	11,26 €	6,23 €	92,36 €
De 25 à 49 ans	284,76 €	25,89 €	258,87 €	26,53 €	14,68 €	217,66 €
De 50 à 64 ans	366,12 €	33,28 €	332,84 €	34,12 €	18,87 €	279,85 €
A partir de 65 ans	650,40 €	59,13 €	591,27 €	60,61 €	33,53 €	497,13 €
A partir de 70 ans	1041,00 €	94,64 €	946,36 €	97,00 €	53,66 €	795,70 €
Dès la 4e PAC	42,00 €	3,82 €	38,18 €	3,91 €	2,16 €	32,11 €

Les primes Hospi +200 2019 avec majoration sont composées de la manière suivante :

Hospi +200 Prime majorée		Prime commer- ciale	Taxe Inami	Prime nette	Frais d'admi- nistration	Frais de distribution	Prime hors de ces frais
Âge actuel	Âge d'affiliation						
De 25 à 49 ans	De 45 à 49 ans	313,32 €	28,48 €	284,84 €	29,20 €	16,15 €	239,49 €
De 50 à 64 ans	De 45 à 49 ans	403,08 €	36,64 €	366,44 €	37,56 €	20,78 €	308,10 €
	De 50 à 54 ans	421,20 €	38,29 €	382,91 €	39,25 €	21,71 €	321,95 €
	De 55 à 59 ans	476,28 €	43,30 €	432,98 €	44,38 €	24,55 €	364,05 €
	De 60 à 64 ans	549,60 €	49,96 €	499,64 €	51,21 €	28,33 €	420,10 €
À partir de 65 ans	De 45 à 49 ans	715,56 €	65,05 €	650,51 €	66,68 €	36,88 €	546,95 €
	De 50 à 54 ans	748,08 €	68,01 €	680,07 €	69,71 €	38,56 €	571,80 €
	De 55 à 59 ans	845,40 €	76,85 €	768,55 €	78,78 €	43,58 €	646,19 €
	De 60 à 64 ans	975,72 €	88,70 €	887,02 €	90,92 €	50,29 €	745,81 €
	À partir de 65 ans et avant 70 ans	1358,64 €	123,51 €	1235,13 €	126,6 €	70,03 €	1038,50 €
À partir de 70 ans	À partir de 70 ans	1358,64 €	123,51 €	1235,13 €	126,6 €	70,03 €	1038,50 €

Abréviations

A.C.	Assurance Complémentaire
A.G.	Assemblée Générale
A.N.M.C.	Alliance nationale des Mutualités chrétiennes
A.S.S.I.	Assurance Obligatoire Soins de santé et Indemnités.
C.A.	Conseil d'Administration
M.A.F.	Maximum à facturer
M.C.A.	MC Assure
M.R.	Maison de Repos pour personnes âgées
M.R.S.	Maison de Repos et de Soins
O.C.M.	Office de Contrôle des Mutualités
P.A.C.	Personne à charge
S.M.A.	Société Mutualiste d'Assurance
T.M.	Tickets Modérateurs

Lexique

Accident :

Un événement soudain imprévisible et indépendant de la volonté de l'assuré portant atteinte à l'intégrité physique de la personne par l'action subite d'une force extérieure et générant des frais en soins de santé.

Année d'assurance :

La première année d'assurance se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle le contrat a pris effet.

Ensuite, chaque année d'assurance correspond à l'année civile.

A.S.S.I. :

Assurance obligatoire Soins de Santé et Indemnités (faisant partie de la sécurité sociale belge).

Assurance hospitalisation souscrite à titre privé ou collectif :

Une assurance à titre privé est souscrite et prise en charge par un assuré pour son propre compte et/ou pour un assuré secondaire auprès d'une compagnie d'assurances autre que MC Assure.

Une assurance collective est une assurance souscrite et prise en charge par un employeur en faveur d'un assuré auprès d'une compagnie d'assurances.

Assuré :

Le preneur d'assurance et les personnes à charge désignés aux conditions particulières qui bénéficient des garanties mentionnées dans la police.

Assureur :

MC Assure, société mutualiste d'assurances agréées auprès de l'O.C.M. sous le n°150/2 pour offrir des assurances au sens de la branche 2 « maladie » et ayant son siège social chaussée de Haecht 579, BP à 1031 Bruxelles (Belgique).

Chirurgie esthétique :

Une des deux « sous-discipline » de la chirurgie plastique dont la seule motivation est d'améliorer ou de corriger l'aspect esthétique du corps. Ces traitements ne sont pas remboursés par l'A.S.S.I. en vertu de l'article 1 § 7 de la nomenclature à l'inverse des traitements de chirurgie plastique reconstructrice ou réparatrice.

Contrat d'assurance :

Contrat en vertu duquel, moyennant le paiement d'une prime, l'assureur s'engage envers le preneur d'assurance (et les assurés) à fournir une prestation stipulée dans le contrat qui est formé par les Conditions Générales, les conditions Particulières d'Assurance et par les avenants éventuels.

Etablissement hospitalier :

les établissements de soins de santé où des examens et/ou des traitements spécifiques de médecine spécialisée relevant de la médecine, de la chirurgie et éventuellement de l'obstétrique peuvent être effectués ou appliqués à tout moment dans un contexte pluridisciplinaire dans les conditions de soins et le cadre médical, médico-technique, paramédical et logistique requis et appropriés pour ou à des personnes qui y sont admises et peuvent y séjourner parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins, afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais. Ne sont notamment pas considérés comme établissements hospitaliers : les établissements de thermalisme, les maisons de repos, les maisons de repos et de soins, les maisons de convalescence, les centres de rééducation, les préventoriums.

Fécondation in vitro (FIV) :

traitement médicalement assisté de la procréation consistant en un prélèvement d'ovule, suivi d'une fécondation de celui-ci en laboratoire puis, après maintien en incubateur pendant quelques jours, en une réimplantation de l'embryon en intra-utérin.

Frais d'accompagnant :

Frais liés au séjour d'un proche dans la chambre du patient : lit, repas,...

Frais de séjour :

Les frais de séjour, en cas d'hospitalisation, sont les frais à charge de l'assuré constitués par la quote-part légale fixée par l'A.S.S.I. à laquelle s'ajoutent les éventuels suppléments liés au type de chambre.

Frais pré- et post-hospitalisation :

Frais médicaux pré- et post-hospitaliers en relation directe avec une hospitalisation indemnisée par l'assurance et exposés 30 jours avant et 90 jours après cette hospitalisation

Hospitalisation :

Séjour médical nécessaire d'au moins une nuit dans un établissement hospitalier.

Hospitalisation de jour :

Séjour médical, dans un établissement hospitalier, pour des interventions définies dans la nomenclature des soins de santé de l'A.S.S.I. :

- Hospitalisation chirurgicale de jour
- Maxi forfait
- Forfait hôpital de jour
- Forfait pour traitement de la douleur chronique

Tels que définis aux articles 2 et 4 de la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs applicable au 01-07-2007.

Hôtel hospitalier/maison d'accueil :

Infrastructure d'hébergement sur le site de l'hôpital pour les personnes dont les soins ou examens ne nécessitent pas de séjour hospitalier ou pour la personne accompagnant l'assuré hospitalisé.

Intermédiaire d'assurance/Mutualité chrétienne francophone et germanophone :

- Mutualité chrétienne du Brabant Wallon (109) ;
- Mutualité chrétienne du Hainaut Oriental (128) ;
- Mutualité chrétienne du Hainaut Picardie (129) ;
- Mutualité chrétienne de Liège (130) ;
- Mutualité chrétienne de la Province du Luxembourg (132) ;
- Mutualité chrétienne de la Province de Namur (134) ;
- Mutualité Saint-Michel (135) ;
- Mutualité chrétienne des arrondissements judiciaires de Verviers et d'Eupen (137).

M.A.F. :

Mesure de protection financière qui limite les frais médicaux annuels d'un ménage à un montant plafonné par année civile en fonction des revenus et de la santé.

Maladie grave et/ou coûteuse :

Affection entraînant pour le patient et/ou sa famille des dépenses importantes. La maladie peut être de longue durée voire de très longue durée (affection chronique).

Ménage mutualiste :

Un ménage mutualiste comprend un titulaire et sa/ses personnel(s) à charge.

MCFG :

Mutualités chrétiennes Francophones et Germanophone
Ensemble des mutualités francophones et germanophone.

MUTAS :

Avantage de l'assurance complémentaire (centrale d'appel 24/24 et 7/7) pour assistance médicale lors de vacances à l'étranger.

Mutation :

Changement d'Organisme assureur prévu dans la loi sur l'A.S.S.I. avec effet au 1er jour d'un trimestre civil sur base d'une demande écrite du membre. On ne peut muter qu'une fois par année.

Personne à charge (P.A.C.) :

Personne à charge au sens de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités : personne qui obtient le droit aux avantages du chef du membre avec lequel elle a un lien particulier.

Preneur d'assurance :

La personne qui souscrit l'assurance pour son propre compte et/ou au bénéfice des d'autres assurés, et qui est tenue au paiement des primes.

Prime :

Il s'agit du montant fixé en vertu des statuts de MC Assure, majoré, le cas échéant, de la taxe sur les contrats et des impôts, contributions ou cotisations imposés par une loi ou par toute autre disposition réglementaire.

Produit pharmaceutique :

Toute spécialité pharmaceutique enregistrée auprès du Ministère de la Santé Publique en vertu de l'article 6 de la loi du 25 mars 1964 et de l'A.R. du 3 juillet 1969, modifié par les arrêtés ultérieurs.

Soins ambulatoires :

Soins réalisés hors hospitalisation classique ou de jour par un prestataire de soins agréé par l'I.N.A.M.I.

Soins médicaux et para-médicaux :

Soins réalisés par un prestataire agréé par l'I.N.A.M.I.

SOLIMUT :

Société Mutualiste créée par les Mutualités chrétiennes francophones et germanophone pour organiser ensemble des produits et services dont la couverture Hospi Solidaire. Solimut est agréée par l'O.C.M.

Stage :

Période pendant laquelle l'assurance n'intervient pas en cas d'hospitalisation.

Supplément d'honoraires :

Différence restant à charge du patient entre le montant réellement facturé par le prestataire ou le fournisseur et le tarif officiel fixé par l'A.S.S.I. (barème de la convention).

Ticket modérateur :

Différence restant à charge du patient entre l'honoraire fixé par la convention et le remboursement de l'organisme assureur.

Titulaire :

Membre au sens de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités: le titulaire des prestations de santé (visé aux articles 2, k) de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994).

MC Assure, société mutualiste d'assurances agréée
auprès de l'O.C.M. sous le n° 150/02 au sens de la branche 2
«maladie» et ayant son siège social chaussée de Haecht 579,
BP 40 à 1031 Bruxelles (Belgique)



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.