

RÈGLEMENT EN VIGUEUR AU 01-01-2010

Article 1 – OBJET DE L'ASSURANCE

L'assurance a pour objet d'accorder, à charge de la Société mutualiste SOLIMUT, une intervention financière dans les frais résultant de l'hospitalisation d'un membre d'une Mutualité chrétienne affiliée à SOLIMUT dans un établissement hospitalier situé en Belgique et dont le coût est partiellement pris en charge par l'A.S.S.I (voir lexique).

Sont également prises en compte, les hospitalisations d'un affilié ou d'une personne à sa charge, ayant lieu en dehors du territoire national dans le cadre d'un accord bilatéral ou multilatéral, dans le cadre des projets européens « Interreg » ou lorsqu'un accord médical a été donné par le médecin conseil.

Les prestations fournies hors du territoire national sont accordées aux bénéficiaires ayant leur résidence principale dans une région frontalière et qui se font soigner dans un établissement hospitalier situé en dehors du territoire national dans un rayon de 25 km maximum de sa résidence principale (art. 294, 7° A.R. du 2 juillet 1996). Ces dispositions sont étendues aux bénéficiaires visés au 9° a. et b. de l'article précité.

Pour rappel, l'A.S.S.I. n'intervient pas :

1. pour les interventions purement esthétiques ;
2. pour les accidents de sport professionnel ;
3. lorsque l'assuré n'est pas en ordre d'assurabilité ;
4. pour le séjour en hôpital militaire.

Article 2 – LIMITES GÉNÉRALES ET CAS DE NON-INTERVENTION

Les remboursements octroyés par les services ne peuvent couvrir une intervention personnelle complémentaire découlant d'une disposition légale et ne pouvant faire l'objet d'un contrat d'assurance, d'un service mutualiste ou d'un quelconque remboursement sous quelque forme que ce soit.

Aucune intervention supplémentaire n'est accordée pour des prestations dont la réalisation à titre d'autre thérapeutique a été rendue nécessaire suite au refus pour une raison non médicale de la part du patient hospitalisé de prestations adéquates en concordance avec les données actuelles de la science et de la bonne pratique médicale.

Aucune intervention n'est accordée pour les prestations médicales, pharmaceutiques et hospitalières relevant de l'esthétique ou de la chirurgie plastique. Toutefois, si le médecin conseil de la Mutualité donne un accord préalable à ces prestations, il y aura intervention des services selon les mêmes modalités de remboursement que celles prévues dans les services concernés. Lorsque les critères prévus dans les dispositions légales et réglementaires (indications médicales, procédures, listes) ne sont pas rencontrés et qu'il n'y a pas d'intervention de l'A.S.S.I., il ne peut y avoir d'intervention de la part du service.

Dans ces situations, l'affilié pourra introduire, auprès du Bureau de SOLIMUT, une demande d'intervention du service au moyen du document prévu à cet effet. Le Bureau, sur avis d'un conseiller médical, prend sa décision en tenant compte des preuves scientifiques existantes par rapport à l'utilisation thérapeutique de l'implant non remboursable ou du médicament onéreux administré, des alternatives possibles, ainsi que du caractère absolu ou relatif de l'indication thérapeutique. Cette décision sera confirmée par écrit.

Aucune intervention n'est accordée pour les prothèses ou implants dentaires placés au cours d'un séjour hospitalier.

Article 3 – CONDITIONS D'ADHÉSION

Pour être membre adhérent, il faut répondre aux conditions suivantes :

1. Etre titulaire ou personne à charge au sens de l'A.S.S.I auprès d'une Mutualité chrétienne affiliée à SOLIMUT.
2. Etre en ordre de cotisation à l'Assurance complémentaire due en exécution des dispositions reprises aux statuts de la Mutualité chrétienne auprès de laquelle le membre adhérent est titulaire.

Article 4 – DATE DE PRISE DE COURS DE L'AFFILIATION

L'affiliation en tant que membre est définitive à partir du premier jour du mois au cours duquel la cotisation a été versée.

Article 5 – DURÉE DE L'AFFILIATION

L'affiliation est valable pour une durée indéterminée.

Article 6 – STAGE

Les membres en ordre de cotisation à l'assurance complémentaire dans leur Mutualité bénéficient immédiatement des avantages de ce service.

Les autres doivent effectuer une période de stage de 6 mois.

Article 7 – OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS

Ne sont pris en compte que les frais qui ne sont pas couverts par :

- l'A.S.S.I. telle qu'organisée par la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et ses arrêtés royaux d'exécution et par l'arrêté royal du 30 juin 1964.
- les législations relatives aux accidents du travail (loi du 10 avril 1971 et l'arrêté royal d'exécution) et aux maladies professionnelles (loi du 3 juin 1970 et l'arrêté d'exécution).
- les règlements CEE n°1408/71 et 574/72 ou par une convention multilatérale ou bilatérale de sécurité sociale conclue avec la Belgique.
- la loi du 5 juin 2002 portant sur le maximum à facturer (MAF).
- l'arrêté royal du 26 février 2001 organisant le fonds spécial de solidarité.

Les suppléments couverts sont donc déterminés par référence à ces interventions.

Article 8 – EXCLUSIONS

1. Les hospitalisations en cours au moment de la prise de cours de l'affiliation.
2. Les hospitalisations qui débutent pendant le stage.
3. Les mini-fofaits, les salles de plâtre, les forfaits pour dialyse.
4. Ne sont pas couverts : les frais de transport, les séjours en maisons de repos, en maisons de repos et de soins, en maisons de convalescence autres que ceux prévus à l'article 10, § 1, e, et les frais en centre de rééducation.

Article 9 – CUMUL DES COUVERTURES

L'ouverture du droit dans certaines législations peut être conditionnelle. Dans ces 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, la Société mutualiste SOLIMUT 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 10 – CALCUL DU REMBOURSEMENT

§1. Hospitalisation en chambre commune ou double

Le service « Hospi Solidaire » intervient dans les frais réellement supportés par le membre de la manière suivante :

- a. Remboursement des frais à charge du patient hormis les frais de téléphone.
- b. Remboursement des suppléments d'honoraires des médecins non conventionnés à raison de 1 fois le montant de l'honoraire prévu au barème officiel de l'A.S.S.I.
- c. Remboursement des frais d'accompagnement d'un parent auprès de la personne hospitalisée. Ces frais sont plafonnés à 6,20 euros par jour et à 15 euros par jour si la personne hospitalisée est âgée de moins de 18 ans.
- d. Remboursement des frais de séjour dans une « maison d'accueil » hospitalière de l'accompagnant du patient mutualiste chrétien hospitalisé ou du séjour dans un « hôtel hospitalier » à raison de 6,20 euros par jour. Cette intervention est limitée à 60 jours par année civile et à deux accompagnants maximum par patient hospitalisé.
- e. Lors d'un séjour en maison de convalescence dans un centre agréé, intervention sur la quote-part personnelle facturée par l'établissement à concurrence de 50 % du montant journalier avec un maximum de 16 euros par jour et de 30 jours par année civile.
Seuls les séjours jusqu'à 3 mois après l'hospitalisation sont pris en compte.
La convalescence doit avoir un lien direct avec l'hospitalisation.
Le séjour doit avoir été approuvé par le service « Caisse nationale de convalescence » de l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes dans les 14 jours suivant la sortie de l'hôpital.
- f. Une franchise de 275 euros est appliquée par admission sur le remboursement des frais repris en a., b., c., lorsque le membre hospitalisé a plus de 18 ans.

§2. Hospitalisation de jour en chambre commune ou double (voir lexique)

Le service « Hospi Solidaire » intervient dans les frais réellement supportés par le membre lors d'une hospitalisation de jour ou un financement pour programme agréé en médecine de la reproduction B (FIV), de la manière suivante :

- a. Pour la FIV, intervention dans les traitements effectués dans les centres de médecine agréés et exclusivement lorsque le traitement répond aux conditions de l'article 76bis de l'A.R. du 4 juin 2003.
L'intervention porte sur les éventuels frais à charge du patient et est plafonnée à 250 euros par cycle.
- b. Une intervention forfaitaire de 150 euros est accordée lors d'un accouchement en « maison de naissance » agréée par la Société mutualiste SOLIMUT. Cette intervention est également accordée lors d'un accouchement à domicile.
- c. Pour les autres types d'hospitalisation de jour repris ci-dessus :
 - Remboursement des frais à charge du patient hormis les frais de téléphone ;
 - Remboursement des suppléments d'honoraires des médecins non conventionnés, en chambre commune ou à deux lits, à raison de 1 fois le montant de l'honoraire prévu au barème officiel de l'A.S.S.I. ;
 - Remboursement des frais d'accompagnement d'un parent auprès du patient. Ces frais sont plafonnés à 6,20 euros par jour et à 15 euros par jour si la personne hospitalisée est âgée de moins de 18 ans.
- d. Une franchise de 150 euros est appliquée par admission sur le remboursement des frais repris en c. uniquement si le membre hospitalisé a plus de 18 ans.

- e. Lors d'un traitement médical nécessitant plusieurs hospitalisations de jour, une franchise de 275 euros est appliquée sur la période globale que nécessite le traitement.
La couverture précitée est étendue aux mini-forfaits.
Si le traitement doit être suivi par un affilié de moins de 18 ans, aucune franchise n'est appliquée.

§3. Hospitalisation en chambre privée

Le service « Hospi Solidaire » intervient de la même manière que celle décrite au §1 et §2 ci-dessus. Toutefois, les suppléments de chambre et les suppléments d'honoraires sont exclus du calcul de remboursement.

§4. Hospitalisation dans un établissement psychiatrique

Le service « Hospi Solidaire » couvre, sauf interdiction légale, les frais résultant de l'hospitalisation d'un affilié ou d'une personne à sa charge dans un établissement psychiatrique, pour lesquels l'A.S.S.I. est intervenue. L'intervention est identique à celle décrite au §1 du présent article mais elle n'est accordée qu'aux séjours en services A (code service 37, 38, 39 et 66) et K (code service 34, 35, 36). De plus, un plafond d'intervention de 370 euros par année civile par affilié est appliqué à ces remboursements.

§5. En cas de plusieurs hospitalisations

Pendant une même année civile, le montant cumulé des franchises est limité à 550 euros par affilié.

Article 11 – PROCÉDURE DE REMBOURSEMENT

1. Les remboursements seront effectués à l'affilié ou à toute personne désignée par ce dernier dès réception des pièces justificatives originales (factures) des frais exposés et du formulaire « Demande d'intervention » dûment complété et signé. En cas de décès, les prestations seront payées aux héritiers.
2. La demande de remboursement doit obligatoirement nous être adressée avant l'expiration d'un délai de deux ans prenant cours à la fin du mois au cours duquel le membre reçoit la facture d'hospitalisation. Est retenue comme date de réception de la facture, le troisième jour ouvrable qui suit la date reprise comme date d'envoi sur la facture émise par l'établissement de soins concerné.
3. En cas de concurrence d'intervention en vertu du droit commun, d'une autre législation, d'un autre contrat d'assurance ou d'un fonds social statutaire ou non, il peut y avoir une intervention subsidiaire de SOLIMUT moyennant le respect des conditions suivantes :
 - le membre aura signalé au préalable sur la demande d'intervention l'existence d'une autre couverture ;
 - lorsque les sommes accordées par l'intervention concurrente sont inférieures aux remboursements possibles dans les services obligatoires ou facultatifs, le membre a droit au remboursement de la différence.
4. Pour le calcul de remboursement, les frais exposés sont diminués successivement :
 1. De toute intervention résultant de l'application d'une législation générale ou particulière (notamment celle prévue par la législation relative à l'A.S.S.I. et aux accidents du travail) et se rapportant aux prestations en question.
 2. De toute intervention en exécution d'une assurance souscrite pour couvrir le même risque.
 3. De la franchise prévue au présent règlement.
 4. De toute autre intervention destinée à rembourser les frais décrits à l'article 1.
5. Les remboursements octroyés dans le cadre de ce service organisé par la Société mutualiste SOLIMUT, cumulés avec toute autre intervention pour la même cause, ne peuvent en aucun cas dépasser le montant des frais réellement supportés par l'affilié.

Article 12 – SUBROGATION

(Article 40 L. du 6 août 1990 – M.B. 28 septembre 1990)

En cas de sinistre dont une autre personne peut être rendue totalement ou partiellement responsable, la Société mutualiste est subrogée à concurrence de ses dépenses aux droits de l'affilié ou des ayants-droits en ce qui concerne les droits de recours. Mais la Société mutualiste n'exerce pas ce droit contre les membres de la famille de l'affilié qui ont causé l'accident non intentionnellement, sauf si ces personnes peuvent effectivement invoquer une assurance de responsabilité.

Article 13 – MODIFICATION DES COTISATIONS

Les cotisations du service ne peuvent, en dehors de leur adaptation à l'index-santé, être augmentées que :

- 1° lorsque la hausse réelle et significative des coûts des prestations garanties ou lorsque l'évolution des risques à couvrir le requiert ;
- 2° ou en présence de circonstances significatives et exceptionnelles.

Toute modification doit être décidée par l'Assemblée générale de la Société mutualiste et publiée dans la presse mutualiste chrétienne.

Article 14 – MODIFICATION DES CONDITIONS DE COUVERTURE

Les conditions de couverture des membres du service ne peuvent être modifiées que sur la base d'éléments objectifs durables et de manière proportionnelle à ces éléments.

Toute modification doit être décidée par l'Assemblée générale de la Société mutualiste et publiée dans la presse mutualiste chrétienne.

Article 15 – MODIFICATIONS DU RÈGLEMENT

La Société mutualiste SOLIMUT se réserve le droit de modifier le présent règlement.

Article 16 – JURIDICTION

Toute contestation relative au respect des présentes conditions générales relève de la compétence des juridictions du lieu du domicile du membre.

A.C. :

Assurance Complémentaire. Il s'agit de la cotisation statutaire qui ouvre le droit aux différents services et avantages organisés par la Mutualité en complément de l'ASSI.

Par leur adhésion à la Mutualité, tous les membres s'engagent à payer cette cotisation.

A.S.S.I :

Assurance obligatoire Soins de Santé et Indemnités.

CHIRURGIE ESTHETIQUE :

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.

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 préventorioms.

FECONDATION 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 (ROOMING-IN) :

il s'agit du séjour d'un parent proche dans la chambre du patient. Certains frais sont portés à charge de l'accompagnant (lit, repas).

FRANCHISE :

la partie des frais déduite du calcul de notre intervention et qui reste à charge du membre. La franchise s'applique à chaque admission (sauf réadmission dans les 3 jours).

HOSPITALISATION :

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

HOSPITALISATION DE JOUR :

séjour médical, dans un établissement, pour des interventions définies dans la nomenclature des soins de santé de l'ASSI :

- Hospitalisation chirurgicale de jour, telle que définie à l'article 2 ;
- Maxi forfait, tel que défini à l'article 4, § 4° ;
- Forfait hôpital de jour, tel que défini à l'article 4, § 5 ;
- Forfait pour traitement de la douleur chronique, tel que défini à l'article 4, § 8 ;

de la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs applicable au 01-07-2007.

HOTEL HOSPITALIER :

infrastructure d'hébergement sur le site de l'hôpital pour les personnes dont les soins ou examens ne nécessitent pas de séjour hospitalier.

M.A.F. :

Maximum A Factorer

MAISON D'ACCUEIL :

certaines établissements hospitaliers disposent d'une infrastructure permettant d'accueillir la personne accompagnant le patient.

M.R. :

Maison de Repos pour personnes âgées.

M.R.S. :

Maison de Repos et Soins.

MUTATION :

la loi prévoit que les membres d'une mutualité peuvent décider de changer de mutualité. Ceci ne peut se faire que chaque trimestre, une fois par année.

STAGE :

période pendant laquelle le service statutaire n'intervient pas en cas d'hospitalisation.