

ASSURANCE HOSPITALISATION HOSPI SOLIDAIRE ET ASSURANCE HOSPITALISATION FACULTATIVE

HOSPI GLOBALE PLUS 100 – HOSPI GLOBALE PLUS 200



RÈGLEMENT EN VIGUEUR AU 01-01-2011

DISPOSITIONS COMMUNES

Article 1 – OBJET DES ASSURANCES

Les assurances ont 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 – 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-forfaits, les salles de plâtre, les forfaits pour dialyse.
4. 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 17, § 1, e, et les frais en centre de rééducation.

Article 3 – 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 (facture) des frais exposés et du formulaire « Demande d'intervention » dûment complété et signé. En cas de décès, les prestations seront payées aux héritiers.
2. L'action en paiement des prestations organisées par le présent règlement se prescrit par un délai de trois ans, à compter de la fin du mois au cours duquel le droit au paiement est né. 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. Des franchises prévues 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 4 – 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 5 – 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 6 – 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 7 – MODIFICATIONS DU RÈGLEMENT

La Société mutualiste SOLIMUT se réserve le droit de modifier le présent règlement. Ces modifications sont publiées dans la presse mutualiste chrétienne.

Article 8 – JURIDICTION

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

DISPOSITIONS PARTICULIERES

ASSURANCE HOSPI SOLIDAIRE

Article 9 – 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 10 – CONDITIONS D'ADHÉSION

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

1. Être titulaire ou personne à charge au sens de l'A.S.S.I. auprès d'une Mutualité chrétienne affiliée à SOLIMUT.
2. Être 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 11 – 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 12 – DURÉE DE L'AFFILIATION

L'affiliation est valable pour une durée indéterminée.

Article 13 – 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 14 – OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS

Ne sont pris en compte que les frais restant à charge du patient après l'intervention selon l'une ou plusieurs des législations suivantes :

- 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 ou dans le cadre des projets européens de type « Interreg ».
- 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 15 – 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 adressé au membre, soit sur base d'une convention subrogatoire signée par le membre.

Article 16 – COTISATIONS

La cotisation pour ce service est comprise dans la cotisation d'assurance complémentaire perçue par la mutualité d'affiliation pour compte de la société mutualiste.

Article 17 – 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 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 19,10 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

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 forfaitaire 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), K (code service 34, 35, 36) et S6 (code service 66). 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.

§6. Couverture Maladies Graves et Coûteuses

1. Ce service a pour objet de favoriser le suivi médical et le bien-être des personnes présentant une maladie grave et coûteuse en accordant, à charge de la société mutualiste Solimut, une intervention financière forfaitaire en vue de couvrir les dépenses 'Frais ambulatoires' ou 'Frais hors Assurance Maladie', qui n'ont fait l'objet d'aucune autre intervention et qui peuvent se révéler importantes.
2. Procédures d'intervention
 - a. Pour obtenir l'intervention prévue au point 1, le membre doit être atteint d'une des affections reprises dans la liste établie par le Conseil d'Administration. Le cas échéant, le diagnostic sera complété par une motivation du médecin-traitant.
 - b. Lorsque la pathologie ne figure pas dans la liste reprise au point a. l'intervention forfaitaire ne sera pas accordée. Toutefois, l'affilié pourra introduire, auprès du Bureau de SOLIMUT, une demande de dérogation au moyen du document prévu à cet effet. Le Bureau, sur avis d'un conseiller médical, prend sa décision qui sera confirmée par écrit. Les critères de décision sont élaborés en fonction de l'état des connaissances médicales et du consensus scientifique.
 - c. L'intervention est accordée suite à une hospitalisation classique ou de jour relative à la pathologie déclarée et sur présentation du formulaire prévu à cet effet dûment complété et signé par le membre et par son médecin traitant.
 - d. Cette intervention est versée à l'affilié ou à toute personne désignée par ce dernier. En cas de décès, elle sera payée aux héritiers.
 - e. La demande de remboursement doit nous être adressée dans les 30 jours après la sortie de l'hospitalisation définie au point c. Le délai de prescription prend cours deux ans après cette date de sortie.
3. Montant de l'intervention
Cette intervention forfaitaire s'élève à 150 €. Elle est versée une seule fois à l'ouverture d'un dossier 'Maladie Grave et Coûteuse' du membre.

ASSURANCE HOSPITALISATION FACULTATIVE

HOSPI GLOBALE PLUS 100 HOSPI GLOBALE PLUS 200

Article 18 – OBJET DE L'ASSURANCE

Les assurances hospitalisation facultatives HOSPI Globale Plus 100 et HOSPI Globale Plus 200 interviennent

- après application des dispositions reprises aux articles 1 à 17 ci-dessus ;
- sur les frais résultant des soins médicaux et paramédicaux ambulatoires, liés à une hospitalisation, prodigués dans les 30 jours calendrier avant l'admission et 90 jours calendrier après la sortie de l'hôpital, et dont le coût est partiellement pris en charge par l'Assurance obligatoire Soins de santé et Indemnités (A.S.S.I.)

Article 19 – CONDITIONS D'ADHÉSION

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

1. Remplir les conditions reprises à l'article 10.
2. Etre âgé de moins de 70 ans à la date de prise de cours de l'affiliation (le premier jour du mois).
3. Affilier toutes les personnes de moins de 70 ans qui sont à sa charge. Toutefois, cette disposition n'est pas applicable au membre du ménage couvert par une assurance facultative de type « frais réels » souscrite à titre privé ou à titre collectif. Dans ce cas, il en fournira la preuve.
4. En cas de mutation ou d'inscription d'un membre âgé de 70 ans ou plus, bénéficier d'une assurance facultative hospitalisation mutualiste similaire.

Article 20 – DATE DE PRISE DE COURS DE L'AFFILIATION

L'affiliation prend cours le premier jour du mois suivant celui de la signature du formulaire d'adhésion et pour autant que la cotisation ait été payée avant la fin du deuxième mois suivant la demande d'affiliation. En cas de non-paiement dans ce délai, l'affiliation prend cours le premier jour du mois suivant celui du paiement de la cotisation.

Article 21 – DURÉE DE L’AFFILIATION

1. L’affiliation est valable pour une durée indéterminée.
2. Le membre peut résilier l’affiliation à tout moment, moyennant un préavis d’un mois. La couverture du service est garantie, pour les hospitalisations en cours au moment de la prise d’effet de la résiliation, jusqu’au dernier jour de l’affiliation au service.
3. Toutefois, les cotisations et arriérés éventuels restent dus dans son chef. La résiliation ne met pas fin à la dette du membre.
4. La Société mutualiste peut résilier l’affiliation si la cotisation n’est pas payée à l’expiration du troisième mois, et ce par envoi recommandé. En aucun cas, la Société mutualiste ne pourra invoquer des raisons liées à l’âge ou à l’état de santé du membre pour résilier son affiliation.

Article 22 – STAGE

Un stage de 6 mois est appliqué à dater de la prise de cours de l’affiliation :

- En cas d’inscription.
- Lors du passage de l’assurance Hospi de Base à l’Hospi Globale Plus 100 ou 200.
- Lors du passage de l’assurance Hospi Globale Plus 100 à l’assurance Hospi Globale Plus 200. Ce stage ne s’applique que sur l’intervention à 200 % sur les suppléments d’honoraires en chambre particulière.

En cas de transfert de couverture, pendant l’accomplissement du stage, les interventions de l’ancienne couverture restent garanties à l’affilié.

En cas d’hospitalisation, si le stage n’est pas terminé à la date d’admission, il n’y aura aucune intervention pour cette hospitalisation.

Le stage est supprimé pour les séjours consécutifs à un accident survenu après l’affiliation.

Article 23 – DISPENSE DE STAGE

1. Lorsque le membre est couvert par une assurance hospitalisation similaire et pour autant que toutes les cotisations soient acquittées, le droit est ouvert à la date de prise de cours de l’affiliation si l’inscription a lieu au plus tard dans les trois mois de la fin du contrat.
2. Lorsqu’elle devient titulaire, une personne à charge dont le titulaire avait souscrit une assurance facultative hospitalisation, et qui était en ordre de stage, est dispensée du stage si son affiliation est demandée dans le trimestre civil de son inscription comme titulaire auprès d’une Mutualité chrétienne affiliée à SOLIMUT.
3. En cas de mutation ou de transfert, le titulaire ou la personne à charge bénéficie de la dispense de stage si elle fait la preuve qu’elle était couverte par une assurance hospitalisation similaire.
4. En cas de naissance ou d’adoption, l’enfant est dispensé du stage, à condition que le titulaire qui lui ouvre les droits ait terminé son stage et que la cotisation le concernant soit payée au plus tard trois mois après la naissance ou l’adoption.

Article 24 – COTISATION

1. La cotisation est due par le membre adhérent et est calculée en fonction du nombre et de l’âge des affiliés auxquels elle ouvre le droit.
2. Conformément à l’article 3bis, alinéa 1 de la loi du 6 août 1990, les membres s’engagent à payer, anticipativement, une cotisation sur base mensuelle. Pour les nouveaux adhérents, le montant est déterminé en fonction de l’âge à la date de prise de cours de l’affiliation. Pour les contrats en cours, c’est l’âge atteint au premier janvier de l’année civile qui détermine le montant de la cotisation annuelle.
3. La cotisation est payée annuellement, semestriellement ou trimestriellement par domiciliation ou annuellement par virement.
4. A l’inscription d’une nouvelle personne à charge, la modification du montant de la cotisation prend cours au premier jour du mois qui suit l’inscription.
5. Si le membre adhérent ne paie pas la cotisation dans le délai prévu, la Société mutualiste SOLIMUT lui adressera un rappel. Sans réaction dans la quinzaine, une mise en demeure lui sera transmise par envoi recommandé. 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 supprimée pour toutes les hospitalisations qui se seraient produites depuis la date d’exigibilité de la cotisation et le droit à l’indemnité disparaîtra, même pour l’hospitalisation qui serait en cours. La garantie ne ressortira ses effets que le lendemain (à 0 heure) de l’apurement intégral de la cotisation échue.
Si la cotisation n’est pas versée à l’expiration du troisième mois suivant l’échéance, l’affiliation sera résiliée. Le membre adhérent pourra se réinscrire dès qu’il le souhaite mais le droit à l’indemnisation ne s’ouvrira qu’après un nouveau stage.
Si la réaffiliation intervient après le 45ème anniversaire du membre, celui-ci se voit appliquer une majoration de cotisation (cfr.pt. 7).
6. En cas de décès et de mutation, les cotisations versées sont remboursées au prorata des mois non échus.
7. Montant de la cotisation annuelle (en euros) (au 1er janvier 2011) :

1° en cas d’affiliation avant 45 ans :

Hospi Globale Plus 100 :

moins de 18 ans	29,16
de 18 à 24 ans	43,20
de 25 à 49 ans	101,28
de 50 à 64 ans	130,20
65 ans et plus	231,12
65 ans et plus (*)	348,60
À partir de la 5 ^{ème} pers. à charge	15,12 (quel que soit son âge)

(*) en cas de première inscription à partir du 65^{ème} anniversaire et avant le 70^{ème} anniversaire.

Hospi Globale Plus 200 :

moins de 18 ans	39,24
de 18 à 24 ans	57,96
de 25 à 49 ans	136,08
de 50 à 64 ans	174,96
65 ans et plus	310,56
65 ans et plus (*)	468,36
À partir de la 5 ^{ème} pers. à charge	20,28 (quel que soit son âge)

(*) en cas de première inscription à partir du 65^{ème} anniversaire et avant le 70^{ème} anniversaire.

2° en cas d'affiliation après 45 ans :

Le membre de plus de 45 ans qui s'affilie à l'Hospi Globale Plus 100 ou à l'Hospi Globale Plus 200 se voit appliquer une majoration de cotisation. Cette majoration s'élève à 10% si le membre s'affilie entre 45 et 49 ans, à 15% entre 50 et 54 ans, à 30% entre 55 et 59 ans, à 50% entre 60 et 64 ans et à 80 % à partir du 65^{ème} anniversaire et avant le 70^{ème} anniversaire.

Hospi Globale Plus 100 :

	Cotisations majorées pour les personnes qui s'affilient à l'âge de :				
	45-49 ans + 10%	50-54 ans + 15%	55-59 ans + 30%	60-64 ans + 50%	65-69 ans + 80%
Moins de 18 ans					
De 18 à 24 ans					
De 25 à 49 ans	111,48				
De 50 à 64 ans	143,04	149,64	169,08	195,36	
65 ans et plus	254,28	265,80	300,48	346,68	
65 ans et plus (*)					627,48
5ème Pers. à charge	15,12	15,12	15,12	15,12	

(*) en cas de première inscription à partir du 65^{ème} anniversaire et avant le 70^{ème} anniversaire.

Hospi Globale Plus 200 :

	Cotisations majorées pour les personnes qui s'affilient à l'âge de :				
	45-49 ans + 10%	50-54 ans + 15%	55-59 ans + 30%	60-64 ans + 50%	65-69 ans + 80%
Moins de 18 ans					
De 18 à 24 ans					
De 25 à 49 ans	149,64				
De 50 à 64 ans	192,48	201,24	227,40	262,44	
65 ans et plus	341,64	357,12	403,68	465,84	
65 ans et plus (*)					843,00
5ème Pers. à charge	20,28	20,28	20,28	20,28	

(*) en cas de première inscription à partir du 65^{ème} anniversaire et avant le 70^{ème} anniversaire.

En cas de réaffiliation du membre, la majoration est également appliquée.

C'est l'âge de la personne au moment de l'affiliation ou réaffiliation qui détermine la majoration à appliquer. La majoration ne s'applique qu'à la personne concernée.

Toutefois, aucune majoration ne sera appliquée dans les situations suivantes :

- lorsque le membre, cotisant sans interruption volontaire à l'assurance complémentaire depuis au moins cinq années consécutives, fait la preuve d'une assurance hospitalisation similaire.
- en cas de mutation, si le membre a fait la preuve de sa qualité de cotisant régulier auprès de l'ancienne mutualité et prouve qu'il est couvert par une assurance hospitalisation similaire.

Article 25 – MODALITÉS D'INTERVENTION

1. Pour les frais d'hospitalisation :

a) Intervention pour séjour en établissement général.

L'intervention de l'assurance hospitalisation est accordée à concurrence de :

1° Pour les membres de plus de 18 ans

La franchise prévue dans le service Hospi solidaire pour les hospitalisations classiques et l'hospitalisation de jour.

2° Pour tous les membres :

- les suppléments d'honoraires en chambre particulière
Hospi Globale Plus 100 : limités à 1 fois maximum le montant du barème des honoraires fixés par l'A.S.S.I. pour les prestations médicales ;
Hospi Globale Plus 200 : limités à 2 fois maximum le montant du barème des honoraires fixés par l'A.S.S.I. pour les prestations médicales ;
- 100 euros maximum par jour pour les suppléments de chambre en chambre privée ;
- 3,72 euros maximum par journée d'hospitalisation pour les frais de téléphone facturés par l'établissement hospitalier ;
- Pour les implants non remboursables par l'ASSI lorsque le membre n'a pas obtenu une décision positive du Bureau de SOLIMUT telle que prévue à l'article 9 ci-dessus (article 39 – al. 5 des statuts), le remboursement est plafonné à 2.000 € par admission.
Cette intervention n'est pas accordée pour les prothèses ou implants dentaires placés au cours d'un séjour hospitalier.

Pour les soins délivrés à l'étranger, l'intervention financière est accordée sur base des pièces justificatives originales (factures) des frais exposés :

- s'ils sont facturés sur base des frais réels, l'intervention peut atteindre, au maximum, 1 fois le 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, 1 fois le montant accordé par le barème belge ;
- s'ils sont facturés forfaitairement, l'intervention peut atteindre, au maximum, 62 euros par journée d'hospitalisation.

Le cumul des interventions ne pourra en aucun cas dépasser le montant total de la facture sur laquelle l'intervention est calculée.

Si tel était le cas, le solde de l'intervention forfaitaire est reporté sur la facture suivante.

b) Franchises

- Hospitalisation classique

- En chambre commune ou à deux lits : pas de franchise appliquée.

- En chambre particulière : une franchise de 100 euros sur les suppléments relatifs à la chambre particulière est appliquée par année civile pour les séjours des affiliés de 18 ans et plus

- Hospitalisation de jour

- En chambre commune ou à deux lits : pas de franchise appliquée. Pas de franchise non plus sur la période globale de traitement médical nécessitant plusieurs hospitalisations de jour ou mini forfait

- En chambre particulière : une franchise de 100 euros est appliquée sur les suppléments relatifs à la chambre particulière, par année civile pour les séjours des affiliés de 18 ans et plus.

La franchise est appliquée sur la période globale en cas de traitement médical nécessitant plusieurs hospitalisations de jour ou mini forfait.

c) Intervention pour séjour en établissement psychiatrique

L'intervention de l'assurance hospitalisation est accordée à concurrence de :

Pour tous les membres, lors d'un séjour en établissement psychiatrique dans un service A, K ou S6, une intervention forfaitaire de 10 euros par jour, avec un maximum de 30 jours par admission, sera accordée lorsque le plafond annuel d'intervention prévu à l'article 17 § 4 ci-dessus est atteint après application des dispositions reprises aux points 1, a) et b) ci-dessus.

2. Pour les frais pré et post hospitalisation :

- les tickets modérateurs à charge du patient ;
 - les suppléments d'honoraires limités à 1 fois le montant du barème des honoraires fixés par l'A.S.S.I. pour les prestations médicales ou paramédicales ;
- L'intervention telle que prévue ci-dessus sera également accordée pour les soins reçus en Belgique, 90 jours après la fin d'une hospitalisation à l'étranger couverte par Eurocross ou par une convention bilatérale.

Elle sera également accordée suite à un accouchement dans une maison de naissance ou à domicile, pour les soins pendant les 30 jours qui précèdent et les 90 jours qui suivent la naissance.

- Ne sont pas couverts les frais pré ou post hospitalisation relatifs aux :
 - soins et prothèses dentaires ;
 - médicaments ;
 - forfaits dialyse ;
 - quote-part personnelle lors d'un traitement en centre de réhabilitation ;
 - frais de lunettes et lentilles ;
 - appareils auditifs ;
 - soins non remboursés par l'A.S.S.I.

3. Interventions dans l'aide à domicile

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

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

L'intervention est accordée si la location débute dans un délai maximum de 30 jours calendrier après la date de sortie de l'hospitalisation.

L'intervention est accordée uniquement pour les prestations réalisées par les entités juridiques agréées par le Conseil d'administration.

4. Couverture Maladies Graves et Coûteuses

a) Ouverture du dossier :

On ouvre le dossier lorsqu'au moins un forfait tel que prévu à l'article 17 § 6, a été versé dans l'année civile en cours.

b) Clôture du dossier :

Le dossier sera automatiquement clôturé au 31 décembre de chaque année.

Pour les dossiers ouverts à partir du 1er juillet, la clôture sera effectuée au 31 décembre de l'année suivante.

La période de droit pourra être prolongée d'un an sur présentation d'un formulaire de prolongation prévu à cet effet, dûment complété et signé par le membre et par son médecin traitant. Pour être recevable, la demande de prolongation doit être rentrée au plus tard le 31 janvier de l'année. Cette prolongation pourra être renouvelée.

c) Intervention :

L'intervention est fixée, pendant la période d'ouverture du dossier, à 50 % des dépenses admissibles conséquentes à la (aux) maladie(s) déclarée(s) sans toutefois dépasser le plafond de 1.000 € par année civile.

La prise en charge est calculée après toute autre intervention accordée.

d) Dépenses admissibles en lien avec la (les) maladie(s) déclarée(s), sur présentation des pièces justificatives originales :

- Médicaments ou produits pharmaceutiques non remboursables prescrits, sur présentation du document BV/AC délivré par le pharmacien ou de la facture établie par l'hôpital.
- Matériel de bandagisterie délivré par les entités juridiques agréées par le Conseil d'administration..
- Frais de transport vers un centre de soins ou un prestataire de soins : les transports en commun en tarif 2ème classe, les transports en voiture privée ou en taxi à raison de 0,25 € du km, les frais de parking.
- Les prestations effectuées par des prestataires para-médicaux (Psychologue, Esthéticien, Diététicien, Ergothérapeute, Podologue).

e) Modalités d'intervention

L'intervention est accordée sur présentation des pièces justificatives originales au moyen du formulaire prévu à cet effet à concurrence du montant cité au point c) ci-dessus.

La demande d'intervention doit obligatoirement nous être adressée avant l'expiration d'un délai de trois ans prenant cours à la fin du mois au cours duquel les prestations ont été délivrées.

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

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 préventoriums.

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) pour l'Hospi Solidaire avec un plafond annuel de 550 € et annuellement pour l'Hospi de Base, l'Hospi Globale plus 100 – l'Hospi Globale plus 200.

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 à facturer

MALADIE GRAVE ET CÔUTEUSE :

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).

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.