

Assurance Hospitalisation Hospi +200

DOCUMENT D'INFORMATION SUR LE PRODUIT D'ASSURANCE

Compagnie : Société mutualiste d'assurances des Mutualités chrétiennes-MC Assure

Produit : Hospi +200

N° agrément code OCM 150/02



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

Ce document d'information a pour unique but de vous donner un aperçu général des principales couvertures et exclusions relatives à ce produit. Il n'est pas personnalisé en fonction de vos besoins spécifiques et les informations qui y sont reprises ne sont pas exhaustives. Pour toute information complémentaire concernant ce produit, vos droits et obligations, veuillez consulter les Conditions Générales, la demande de souscription, la lettre d'acceptation, les conditions particulières et les avenants éventuels.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

L'assurance Hospi +200 est une assurance hospitalisation facultative à caractère indemnitaire. Elle intervient en complément de l'intervention de la Sécurité Sociale (A.S.S.I.) et, le cas échéant, de l'assurance complémentaire obligatoire, de la société mutualiste SOLIMUT, « Hospi Solidaire ».



Qu'est-ce qui est assuré ?

- ✓ Séjour en établissement général hospitalier et psychiatrique en chambre commune, à 2 lits ou à 1 lit : Intervention à concurrence de la franchise prévue dans le service «Hospi Solidaire» de SOLIMUT.
- ✓ Les suppléments en lien avec le choix de la chambre à 1 lit :
 - suppléments d'honoraires plafonnés à 200% du montant du barème fixé par l'A.S.S.I.
 - suppléments de chambre : 100 € maximum par jour.
- ✓ Remboursement de maximum 5000 € par admission pour implants non remboursables par l'A.S.S.I.
- ✓ Séjour en établissement psychiatrique : intervention forfaitaire de 10 € par jour, avec un maximum de 30 jours par admission.
- ✓ Interventions dans l'aide à domicile des entités juridiques agréées par MC Assure suite à une hospitalisation :
 - dans la location de matériel sanitaire : intervention plafonnée mensuellement à 30 € pendant maximum 3 mois.
 - dans la location d'un matériel de bio-télé vigilance : intervention plafonnée mensuellement à 17 € pendant maximum 3 mois.
- ✓ Intervention dans les frais de soins ambulatoires non couverts par l'A.S.S.I. et liés à une maladie grave et/ou coûteuse dans l'année calendrier précédant la demande d'ouverture du dossier :
 - un forfait de 200 € par année civile.
 - une intervention de 50% sur les dépenses admissibles entre 400 € et 4000 €, avec un plafond de 1800 € par année civile. (Médicaments/produits pharmaceutiques, bandagisterie, frais de transport vers un centre ou prestataire de soins, prestations des prestataires paramédicaux, traitements pour préservation de la fertilité)



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Franchise de 100 € appliquée par année civile uniquement pour les séjours en chambre à 1 lit des assurés de 18 ans et plus.
- ✗ Les frais de téléphone supérieurs à 3.72 € par jour.
- ✗ Les frais pré et post suivants : les médicaments, les frais de lunettes et lentilles, les appareils auditifs, les soins non remboursés par l'A.S.S.I., les frais pris en charge par le service soins ambulatoires pour la petite enfance de Solimut et les frais pré/post liés à une hospitalisation non couverte par l'assurance.
- ✗ Les maladies graves et/ou coûteuses non reprises dans la liste annexée aux conditions générales
- ✗ Les hospitalisations lorsqu'il n'y a pas d'intervention légale.



Y a-t-il des exclusions à la garantie ?

- ! Les frais de transport.
- ! Les séjours en maison de repos, maison de repos et de soins et maison de convalescence.
- ! Les hospitalisations, soins et fournitures en lien avec la pratique d'un sport rémunéré ou à titre professionnel y compris les entraînements.
- ! Les hospitalisations, soins et fournitures pour un traitement esthétique, de rajeunissement ou de chirurgie plastique.
- ! Les prothèses ou implants dentaires.
- ! Les frais liés aux traitements expérimentaux qui n'ont pas de base scientifique.
- ! Les forfaits salle de plâtre, les forfaits pour dialyse tels qu'ils sont définis par l'A.S.S.I.



Qu'est-ce qui est assuré ?

- ✓ Intervention dans le coût des soins délivrés au cours d'une hospitalisation à l'étranger :
 - facturés sur base des frais réels : maximum 100% du montant des barèmes des honoraires fixés par l'assurance maladie obligatoire du pays des soins et 100% du montant accordé par le barème belge pour le séjour hospitalier
 - facturés forfaitairement : l'intervention de maximum 62 € par journée d'hospitalisation.
- ✓ Frais pré et post hospitalisation : les tickets modérateurs des prestations médicales et paramédicales et les suppléments d'honoraires plafonnés à 100% du montant des barèmes de l'A.S.S.I., 30 jours avant et 90 jours après l'hospitalisation.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En Belgique.
- ✓ Avec une couverture différente (cf ci-dessus) :
 - dans les pays liés par un accord bilatéral ou multilatéral ou par les projets européens de type «Interreg».
 - pour les bénéficiaires ayant leur résidence principale dans une région frontalière : les prestations dans un établissement hospitalier, situé en dehors du territoire national dans un rayon de 25 km maximum de leur résidence principale.



Quelles sont mes obligations ?

Être membre d'une Mutualité chrétienne francophone ou germanophone.

Avoir moins de 70 ans (ou plus de 70 ans avec assurance précédente similaire).

Prester un délai de 6 mois de stage (sauf si assurance similaire précédente ou en cas d'accident).

Communiquer par écrit 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, la survenance d'un sinistre le plus rapidement possible à l'aide des documents prévus à cet effet ainsi que toutes les pièces justificatives originales des frais exposés.

Payer ses primes dès réception de l'avis d'échéance.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La prime est payée anticipativement par domiciliation ou virement selon la périodicité convenue. Elle est due dès réception de l'avis d'échéance.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la réception par l'assureur de la proposition d'assurance complétée et signée par le preneur d'assurance pour autant que la prime ait été payée pour cette date.

Le contrat est conclu à vie. Il prend fin en cas de mutation vers un autre organisme assureur, de non-paiement des primes, de résiliation par le preneur d'assurance ou de fraude.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Après au minimum un an de souscription à l'assurance, le preneur d'assurance peut résilier son contrat 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. A défaut la résiliation est reportée à la fin du trimestre suivant.

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.

